

UNIVERSITÀ PONTIFICIA SALESIANA

Facoltà di Scienze dell'educazione

Curricolo di Psicologia Clinica e dello Sviluppo

**TOSSICODIPENDENZE ED EVENTI TRAUMATICI.  
IL TRAUMA COME FATTORE DI RISCHIO PER LO  
SVILUPPO DI UNA TOSSICODIPENDENZA**

Tesi di Licenza

Dello studente: Andrea VITALI

Relatore: Massimo VASALE

Roma, 2011-2012

## **INTRODUZIONE**

Questa tesi di licenza trova origine in due elementi, da una parte nella consapevolezza della notevole incidenza che le tossicodipendenze hanno nell'odierna società e, dall'altra, nella constatazione di come gli eventi traumatici siano strettamente associati ai fenomeni di dipendenza.

La ricerca scientifica continua a fornire una grande mole di dati che confermano questo legame. I disturbi traumatici e le condotte tossicomane, infatti, si presentano spesso in concomitanza e non sempre appare facile discernere la direzione causale tra traumi e tossicodipendenze, sia perché l'abuso e la dipendenza da sostanze possono mascherare disturbi antecedenti, sia perché lo stile di vita proprio del tossicodipendente può provocare ulteriori traumi, creando una sorta di circolo vizioso per il quale, in alcuni casi, causa ed effetto si confondono, ponendo seri problemi al trattamento, come dimostrano le situazioni di doppia diagnosi. Legandomi alle ipotesi di automedicazione e di adattamento disfunzionale cercherò di descrivere il possibile percorso che conduce gli individui dall'evento traumatico allo stabilirsi di una condotta di tossicodipendenza.

Nel corpo del testo analizzerò come le tossicodipendenze, pur essendosi modificate nel corso del tempo, possano presentare un nucleo originario legato ad eventi traumatici non adeguatamente elaborati e risolti, siano essi traumi precoci o recenti, legati a contingenze naturali o all'ambito relazionale.

La letteratura sui fattori di rischio per le tossicodipendenze ha evidenziato come i traumi svolgano un ruolo importante nella fase di iniziazione e soprattutto nella fase di consolidamento dell'uso di sostanze psicoattive. Quando poi l'evento traumatico porta all'instaurarsi di quadri psicopatologici tipici dei disturbi da stress, il rischio di ricercare sostanze "curative" potrebbe aumentare e l'effetto di temporaneo sollievo dalla sofferenza psicologica determinato dall'uso di tali sostanze può costituire un rinforzo del comportamento di ricerca della sostanza stessa con la creazione di un circolo negativo che incrementa il rischio di sviluppare una tossicodipendenza. Anche senza esitare in un vero e proprio disturbo da stress, i traumi (abusi, carenze ecc.) possono costituirsi come fattori di

vulnerabilità per l'abuso di sostanze psicoattive, come evidenziato in Italia dalle ricerche di Cancrini, Cirillo e collaboratori.

Comprendere l'origine traumatica di alcune tossicodipendenze e l'impatto che gli eventi traumatici possono avere come fattori di rischio per il consolidamento del consumo di sostanze psicoattive risulta di estrema importanza affinché il professionista sia in grado di avvicinarsi adeguatamente alla persona e di contestualizzarne la sofferenza tossicomane. La comprensione delle basi traumatiche delle tossicodipendenze può risultare utile non solo in chiave terapeutica, ma anche in chiave preventiva, suggerendo interventi su specifiche popolazioni a rischio.

Svilupperò il lavoro in quattro capitoli, articolandone il percorso logico nel modo seguente. Inizialmente cercherò di offrire una definizione di trauma, illustrando i concetti di eventi traumatici, disturbi dell'adattamento e disturbo da stress post-traumatico, per fornire le basi concettuali che possano sostenere in seguito il nucleo centrale dell'elaborato. Utilizzando la prospettiva delle neuroscienze cognitive approfondirò gli effetti del trauma sul sistema nervoso mostrando come si modifica il sistema della memoria. La teoria della rappresentazione duale ci consentirà non solo di comprendere come il trauma e gli eventi traumatici agiscano a livello biologico e cognitivo ma anche di agganciare efficacemente la parte riservata ai trattamenti presentata nel quarto capitolo.

Nel secondo capitolo cercherò di illustrare come l'individuo possa sperimentare un evento traumatico e, in mancanza di un'adeguata elaborazione dello stesso, iniziare o incrementare l'uso di sostanze psicotrope, considerando in questo modo il trauma come fattore di rischio per l'insorgenza delle tossicodipendenze. Parallelamente a questo mi occuperò del problema della comorbilità ed analizzerò i risultati delle più recenti ricerche che mettono in relazione eventi traumatici e tossicodipendenze.

La comorbilità è un fenomeno che interessa tutta la psicopatologia ed in generale riguarda la concomitanza di due o più situazioni di sofferenza in uno stesso individuo. In riferimento alla tematica scelta, la comorbilità si esplicita sia nella conclamata presenza di disturbo da stress post traumatico e disturbo di dipendenza da sostanze sia, in modo più sottile, in un quadro clinico che tende a nascondere le manifestazioni cliniche dei disturbi

da stress, i cui sintomi emergeranno chiaramente solo nel momento in cui i sintomi tipici della tossicodipendenza siano risolti.

Nel terzo capitolo illustrerò alcuni modelli esplicativi dell'assunzione di sostanze psicoattive, dando particolare spazio al paradigma dell'adattamento disfunzionale, al concetto di automedicazione ed a quello di vulnerabilità, per la loro capacità di offrire un quadro concettuale adeguato alla comprensione del legame tra eventi traumatici e sviluppo successivo di una tossicodipendenza.

Illustrerò le ipotesi teoriche presenti nella letteratura scientifica che tentano di spiegare la funzione che la sostanza può assumere per l'individuo in caso di eventi traumatici e, in specifico riferimento a questi ultimi, cercherò di chiarire per quale motivo l'incontro e le prime esperienze con le sostanze psicotrope possono evolversi e stabilire una relazione di dipendenza vera e propria.

Nel quarto ed ultimo capitolo, infine, mi occuperò del trattamento, osservando come dai modelli di trattamento tradizionali focalizzati esclusivamente sull'astensione dall'uso si sia giunti a interventi che, pur mantenendo una forte focalizzazione sulle sostanze, tengono presente l'origine traumatica di molte tossicodipendenze o prevedono un trattamento parallelo del trauma e della dipendenza da sostanze. In quest'ottica illustrerò uno dei più recenti trattamenti del trauma, l'EMDR, che sembra offrire buone prospettive in un'ottica integrata di trattamento.

L'obiettivo ultimo di questa tesi è quello di fornire una sintesi chiara e aggiornata dei più recenti contributi in ambito psicologico che indicano negli eventi traumatici uno dei più importanti fattori di rischio per lo sviluppo delle tossicodipendenze, offrendo altresì delle ipotesi teoriche che permettono di inquadrare la relazione tra trauma ed abuso/dipendenza da sostanze e di impostare delle modalità di trattamento capaci di rispondere alla complessità della psicopatologia racchiusa nella diagnosi di dipendenza da sostanze.

La ricerca in questione si basa su un metodo analitico-descrittivo che ha permesso la scelta del materiale da presentare, privilegiando contributi recenti ed internazionali. La ricerca bibliografica rappresenta la base e la struttura dell'elaborato con l'obiettivo di ottenere materiale attuale adatto all'introduzione di elementi e contenuti che possano

arricchire la conoscenza scientifica delle tossicodipendenze “traumatiche” e indicare elementi utili ad un intervento mirato relativo a tali situazioni.

## Capitolo primo

### **EVENTI TRAUMATICI**

In questo capitolo offrirò una panoramica del concetto di trauma in letteratura, illustrando dapprima quella che è la “tradizione” in psicologia e psicopatologia circa la concezione dell’evento traumatico e, in seguito, distinguendo tra le diverse tipologie di trauma per concentrare l’attenzione su quegli aspetti che più ci interessano per l’interazione con le tossicodipendenze.

#### **1. La definizione di trauma in letteratura**

La storia degli studi e delle ricerche circa il trauma psichico subisce da sempre un singolare fenomeno. Ricorsivamente, lungo il corso della storia, si sono alternati momenti di grande slancio negli studi a periodi di completo oblio (Herman, 2005).

Il discorso, più complesso e lungo di quanto questa tesi possa consentire di illustrare, risale alle dinamiche tra persecutore e vittima e al conflitto inevitabile che caratterizza il testimone o, in questo caso, il clinico di fronte agli avvenimenti drammatici che possono caratterizzare una relazione umana che conduca ad un evento traumatico.

Tralasciando per il momento il discorso sulle catastrofi naturali, di cui ci occuperemo in seguito, ci si riferisce in questo caso a quegli eventi caratterizzati da un “disegno” umano preciso. La guerra e le nevrosi da combattimento, da una parte, e le violenze sessuali e domestiche, dall’altra, hanno dato la spinta decisiva affinché le persone traumatizzate acquisissero appieno lo status di vittime e tutto ciò che ne consegue, tra cui soprattutto la dignità della loro personale sofferenza ed il diritto ad essere aiutati e curati (Herman, 2005).

Tutte le dispute circa il trauma hanno dovuto confrontarsi, nel secolo passato, con le tendenze a screditare le persone traumatizzate e gli eventi traumatici stessi. Gli specialisti e coloro che investigano su tali fenomeni, inoltre, sono stati spesso “isolati” professionalmente a causa della loro eccessiva, secondo le critiche, vicinanza e contatto con le vittime, come se la troppa attenzione potesse in qualche modo contaminare il

ricercatore e fargli perdere quell'atteggiamento critico di fondamentale importanza per una buona comprensione del fenomeno (Herman, 2005).

Decisivo in questo senso si rivela il contesto sociale e politico di riferimento. Un contesto che salvaguardi l'incolumità della vittima e stimoli un'alleanza con i testimoni. Per la singola persona questo contesto è formato dalle relazioni con amici e familiari, per la società in generale devono essere presenti movimenti politici che diano voce a coloro che sono svantaggiati ed in condizioni di silenzio.

Per quanto riguarda lo studio sul trauma di guerra, ad esempio, esso diviene legittimo ed accettabile solo in una società in cui sia fervente la discussione circa il sacrificio di vite umane immolate ad una causa ultima che non si può raggiungere se non con l'atto violento. Parimenti le violenze sessuali e domestiche acquisiscono dignità e visibilità in un contesto in cui i diritti umani siano privilegiati insieme alla messa in discussione della subordinazione all'uomo di donne e bambini (Herman, 2005).

Nel secolo passato questa situazione si è presentata in tre occasioni e da ciascuna è scaturita una spinta decisiva all'approfondimento delle tematiche sugli eventi traumatici: "La prima a emergere fu l'isteria, l'archetipico disturbo psichico delle donne. Il suo studio si sviluppò all'interno del movimento politico repubblicano e anticlericale degli ultimi anni del XIX secolo in Francia. Il secondo a imporsi fu lo shock da bombardamento o la nevrosi da combattimento. Il suo studio iniziò in Inghilterra e negli Stati Uniti dopo la prima guerra mondiale e raggiunse il suo apice dopo la guerra del Vietnam. Il contesto politico portò al collasso del culto della guerra e alla nascita del movimento pacifista. L'ultimo a divenire di pubblico dominio è stato il trauma legato alla violenza sessuale e a quella domestica. Il contesto politico è il movimento femminista dell'Europa occidentale e del Nord America. La nostra attuale comprensione del trauma psichico nasce dalla sintesi di queste tre separate linee di ricerca" (Herman, 2005, 22).

Come si evince da quanto appena detto è importante comprendere le origini e le condizioni che hanno consentito l'emergere di una coscienza critica, in tutta la società, così da permettere lo studio approfondito degli eventi traumatici e del concetto stesso di trauma psichico.

L'importanza che è stata assegnata negli ultimi decenni al ruolo di fattore di rischio per l'insorgenza di disturbi psicopatologici degli eventi di vita delle persone non è una scoperta, bensì una riscoperta di teorie e ricerche già svolte e sviluppate in passato.

Sin dalla fine dell'800 assistiamo ad un costante aumento dell'interesse verso i traumi. I concetti di “nevrosi post-traumatica” di Oppenheim nel 1892 e di “nevrosi da spavento” di Kraepelin nel 1896 rappresentano i punti di partenza di questo studio (Biondi, 2002; de Silva, 2000). Contemporaneamente la psicoterapia moderna, insieme all'utilizzo estensivo dell'ipnosi, si propone come metodo valido per il trattamento dei disturbi ad eziologia traumatica: ricordiamo in questo ambito gli studi di Janet, Freud e Breuer (Giannantonio, 2009).

Come ormai sappiamo, però, i tre studiosi per motivi diversi abbandonarono le loro prime formulazioni e riflessioni lasciando lo studio del trauma e delle sue conseguenze sulla persona ad un destino di oblio almeno fino alla seconda metà del '900. Breuer non si occupò più di psicoterapia, Freud tralasciò la pratica dell'ipnosi e Janet, colui che potenzialmente avrebbe potuto proporre una terapia dei disturbi a eziologia post-traumatica, venne criticato aspramente ed infine messo da parte dalla comunità scientifica dell'epoca (Giannantonio, 2009).

Freud aveva inizialmente aderito alle teorie di Janet e da queste era stato notevolmente influenzato al punto da ipotizzare un'origine traumatica dell'isteria proprio in abusi sessuali nell'infanzia. Successivamente lo stesso Freud rivide le sue prime teorie, contestò le formulazioni di Janet e ne negò l'influenza sulle proprie idee. Lo sviluppo psicopatologico per Freud non trovava le radici in esperienze traumatiche reali, ma i sintomi isterici, come sappiamo, sarebbero espressione del conflitto tra desideri inconsci e difese dell'Io. I seguaci di Freud e l'ortodossia psicoanalitica seppellirono, quindi, le teorie di Janet sul trauma fino a dopo la seconda guerra mondiale (Liotti, 2011).

La nuova attenzione contemporanea posta sugli eventi traumatici riprende la discussione proprio lì dove ci si era interrotti con il lavoro di Janet. Quest'ultimo ha rappresentato e svolge tutt'ora una grande influenza su molti autorevoli studiosi di psicotraumatologia e disturbi dissociativi quali Ellenberger, Hacking, Lapassade, Nemiah, Pennati e van der Kolk (Giannantonio, 2009).



Bisogna attendere la metà degli anni '70 del secolo scorso perché il clima all'interno del panorama scientifico sia pronto per una riscoperta dell'importanza del trauma e per la nascita della traumatologia (Williams, 2009).

Tre fattori hanno consentito di riportare l'attenzione sugli eventi traumatici e sulla loro interazione con l'individuo, le sue esperienze passate e le sue caratteristiche genetiche. Innanzitutto le neuroscienze e la genetica del comportamento hanno evidenziato il ruolo che i fattori genetici ed ambientali svolgono nel determinare la patologia mentale nelle sue diverse forme. In secondo luogo, le nuove metodologie statistiche, impiegate in psichiatria per verificare le associazioni tra diversi quadri psicopatologici specifici, insieme agli studi longitudinali, hanno permesso di comprendere come esistano reazioni disadattive di origine post-traumatica precise e distinte. Infine, l'essenziale svolta concettuale rappresentata dalla nascita della psicopatologia evolutiva, secondo la quale lo sviluppo del disturbo mentale deve essere analizzato e compreso allo stesso modo di qualsiasi altro fenomeno biologico, come adattamento all'ambiente. L'ambiente non è solamente una delle cause scatenanti di una predisposizione personale ed individuale, ma è anche il contesto nel quale le reazioni disadattive si configurano in modalità originali (Williams, 2009).

Il terreno è ormai pronto per accogliere le teorie e le formulazioni circa gli eventi traumatici e la loro interazione con gli individui.

“Ricorrendo a metodologie statistiche per l'individuazione di singole categorie nosografiche (è il caso dell'impostazione del DSM), ai dati osservativi longitudinali, oltre che ai contributi delle neuroscienze sulla patofisiologia dello stress, questo approccio si concentra sui disturbi mentali e dell'adattamento che derivano dalle sollecitazioni traumatiche del sistema di risposta dello stress” (Williams, 2009, 209).

Questa impostazione ha portato alla definizione di disturbo da stress post-traumatico e allo studio delle connessioni tra le esperienze traumatiche e altre patologie come possibili reazioni di adattamento al trauma.

L'idea che singoli eventi traumatici possano causare disturbi specifici nell'individuo è, come abbiamo visto, una conquista degli ultimi decenni che trova però le

sue radici nelle prime formulazioni teoriche di diversi studiosi a cavallo tra la fine dell'800 e l'inizio del '900.

Nonostante nel DSM-I, pubblicato nel 1952, fosse già presente il concetto di “gravi reazioni allo stress”, essi non erano organizzati in un'unità diagnostica definita ed autonoma (Giannantonio, 2009).

La seconda edizione del DSM, nel 1968, sopprime la categoria per i problemi diagnostici che si presentavano e si parla di “nevrosi d'ansia” o di “disturbo transitorio situazionale” (Horowitz, 2009).

Solo negli ultimi trent'anni gruppi sempre più grandi all'interno della comunità scientifica concordano nel ritenere, come elementi di importanza essenziale per lo sviluppo di disturbi psicopatologici, eventi traumatici specifici che interagiscono con le caratteristiche dell'individuo a prescindere delle condizioni premorbose (Briere, 2004). Questo cambio di prospettiva venne ufficializzato dalla terza edizione del DSM nel 1980 con l'introduzione di una nuova categoria, il disturbo da stress post-traumatico, anche se la definizione che venne fornita dell'evento traumatico appare troppo generica: “un evento psichicamente traumatico che è generalmente al di fuori dell'esperienza umana consueta” (APA, 1980, 258).

La questione si pone su cosa sia “generalmente al di fuori dell'esperienza umana consueta” e anche la revisione del DSM-III del 1987 non è riuscita a dare una spiegazione chiara e che togliesse i dubbi una volta per tutte: “[...] un evento al di fuori dell'abituale esperienza umana che [...] evocherebbe sintomi significativi di malessere per la maggior parte delle persone. [...] Una reale minaccia alla vita o all'incolumità fisica della persona, una reale minaccia o danno ai figli, al coniuge o ad altri parenti stretti o amici, distruzione improvvisa della casa o della comunità, vedere un'altra persona ferita o uccisa in un incidente o in un'aggressione” (APA, 1987, 304).

Una precisazione dovrebbe essere effettuata a partire dalle condizioni che pongono un evento “fuori dall'esperienza umana consueta”. Gli eventi traumatici, infatti, sono straordinari non perché rari, ma perché travalicano le capacità di coping dell'individuo, la capacità di adattamento di ciascuno agli eventi di vita (Herman, 2005).

Il *Comprehensive Textbook of Psychiatry* suggerisce che il tratto distintivo del trauma psichico è un insieme di sentimenti e sensazioni che comprendono “intensa paura, impotenza, perdita di controllo e minaccia di annichilimento” (Andreasen, 1985).

L’inversione di tendenza decisiva, che ha portato alla formulazione dei quadri clinici odierni, si raggiunge con il progressivo abbandono del concetto di “oggettività” dello stressor in favore di un maggior interesse circa la soggettività nell’interpretazione dell’evento traumatico, associata all’attenzione posta sui fattori di rischio nello sviluppo del disturbo da stress post-traumatico e dei disturbi post-traumatici in generale (Giannantonio, 2009).

La revisione del DSM-IV, nel 2000, ha stabilito dei criteri diagnostici che segnano un netto miglioramento del quadro psicopatologico rispetto alle precedenti edizioni del manuale. Vedremo più avanti nel dettaglio quali sono i criteri per la diagnosi di disturbo da stress post-traumatico; per il momento interessa dire che, accanto all’esposizione all’evento traumatico che ha comportato minaccia all’integrità fisica della persona, sono presenti elementi che fanno riferimento a sintomi precisi mostrati dall’individuo: intrusione, evitamento, riduzione dell’affettività, iperattivazione (Giannantonio, 2009).

Il disturbo da stress post-traumatico è attualmente la diagnosi più studiata dalla ricerca e rappresenta, in un certo senso, il prototipo dei diversi disturbi traumatici che possono presentarsi: “come tale riassume al suo interno una serie di opzioni teoretiche della massima importanza, l’approfondimento delle quali apre un varco sulla gran parte della fenomenologia post-traumatica” (Giannantonio, 2009, 6).

## **2. L’interpretazione delle neuroscienze cognitive del trauma e del disturbo da stress post-traumatico – la teoria della rappresentazione duale**

Esistono in letteratura diversi modelli esplicativi circa il trauma e il disturbo da stress post-traumatico (Foa, 1989; Creamer, 1992; Brewin, 1996; Ehlers, 2000a) e ciascun contributo spiega abilmente alcuni aspetti del disturbo. Oggigiorno i ricercatori riconoscono che è utile elaborare spiegazioni integrative che tengano conto sia delle

conoscenze biologiche che degli aspetti psicologici (Bremner, 1995; van der Kolk, 1996a; Metcalfe, 1998; Pitman, 2000).

In questo senso sono interessanti le ultime formulazioni relative alle scienze cognitive, in particolare all'ipotesi secondo la quale esistano diversi tipi di memoria, con le relative differenti basi neurali, che agiscono in maniera del tutto singolare tale da spiegare gli effetti e i sintomi del trauma (Brewin, 2009).

Ciò di cui parleremo nelle prossime pagine è utile anche per comprendere come mai molti trattamenti che implicano la ricostruzione e la ripetizione del racconto del trauma si siano rivelati così efficaci nel trattamento dei disturbi traumatici.

Tra gli aspetti più interessanti del disturbo da stress post-traumatico troviamo la disorganizzazione e la carenza di completezza nel ricordo del trauma, il rivivere l'evento in forma di flashback, l'impossibilità di conoscere in anticipo la durata e l'intensità dei sintomi intrusivi e della sensazione di irrealtà che solitamente accompagna i ricordi traumatici (Brewin, 2009).

La disorganizzazione del ricordo del trauma è una caratteristica saliente dei disturbi di origine traumatica ed è stata descritta da diversi autori (Foa, 1995; Harvey, 1999). Procedendo nella terapia il paziente diviene sempre più abile nel ricostruire una storia legata all'evento traumatico anche se i momenti di rievocazione volontaria si alternano con i cosiddetti *hotspots*, momenti di grande sofferenza e attivazione in cui l'individuo rivive l'evento attraverso i flashback (Ehlers, 2000a; Hellowell, 2000a; Hellowell, 2000b). A questi momenti, di durata istantanea o anche di alcuni minuti in cui il racconto si fa più frammentario, sono correlati altri fenomeni quali depersonalizzazione, derealizzazione e torpore emotivo (Pillemer, 1998; Reynolds, 1999).

I flashback hanno caratteristiche diverse dalla memoria autobiografica. Si verificano involontariamente e gli individui possono solo cercare di evitare gli stimoli che incrementano la probabilità di sperimentare un ricordo involontario. Essi hanno caratteristiche percettive più "potenti" rispetto ai normali ricordi sia per quanto riguarda la sensazione di chiarezza che per l'impatto emotivo della memoria stessa. I flashback, infine, a differenza della memoria autobiografica, vengono vissuti come se riaccadessero concretamente nel presente, rimandando ad una sorta di distorsione del tempo soggettivo.

“Tali episodi sembrano essere prodotti da una forma separata di memoria che non interagisce necessariamente con la conoscenza autobiografica generale” (Brewin, 2009, 179).

Per comprendere le caratteristiche del trauma e degli eventi traumatici appena descritti Brewin e colleghi (1996; 2009) hanno elaborato la teoria della rappresentazione duale. Questa teoria, di matrice cognitiva, si basa sull’esistenza di sistemi di memoria multipli che possono elaborare i ricordi relativi all’evento traumatico in due diverse modalità.

Il primo tipo, la *memoria a cui si può accedere verbalmente* (verbally accessible memory o VAM), è proprio dei ricordi autobiografici cui si può accedere volontariamente. Questi ricordi non solo possono essere modificati ma inoltre interagiscono con la totalità delle conoscenze autobiografiche così da integrare il trauma in un contesto personale completo di passato, presente e futuro. Essi contengono informazioni sugli elementi cui l’individuo ha prestato attenzione prima, durante e dopo l’evento traumatico ed inoltre sono informazioni sufficientemente elaborate per essere trasferite nella memoria a lungo termine (Brewin, 2009).

I ricordi VAM sono quindi facilmente recuperabili e comunicabili verbalmente ma, essendo legati ad un processo seriale come l’attenzione, contengono un numero ridotto di informazioni. Essendo inoltre l’attenzione influenzata negativamente da stati di intensa attivazione emotiva, è chiaro come i ricordi legati al trauma siano ulteriormente ridotti in termini di informazioni corrette (Brewin, 2009).

Il secondo formato, la *memoria a cui si accede in situazioni specifiche* (situationally accessible memory o SAM), è specifico dei sogni e dei flashback caratteristici del trauma. La teoria della rappresentazione duale sostiene che questo sistema di immagazzinamento delle informazioni lavora con un’elaborazione percettiva più ampia e di livello inferiore dell’evento traumatico e delle reazioni corporee dell’individuo. I flashback sono in questo modo più dettagliati e legati fortemente ad un’attivazione emotiva rispetto ai ricordi di cui abbiamo parlato precedentemente (Brewin, 2009).

Dal momento che il sistema SAM lavora ad un livello preconsco e non ricorre al codice verbale, i ricordi in esso contenuti sono di difficile comunicazione agli altri e non si

integrano necessariamente con la memoria autobiografica generale della persona. Le emozioni legate a questo tipo di ricordi sono quelle vissute precisamente nel momento del trauma e nelle fasi successive di alta attivazione, tipicamente si tratta di paura, impotenza ed orrore (Brewin, 2009).

In una recente ricerca (Hellawell, 2000a; Hellawell, 2000b) è stato chiesto a persone con esperienze di traumi e con diagnosi di disturbo da stress post-traumatico di scrivere un racconto dettagliato della propria esperienza traumatica e di indicarne successivamente le parti che avevano scritto mentre avevano un flashback. I risultati confermano che, nelle parti legate ai ricordi intrusivi, maggiore era l'uso di termini legati alla percezione e alla emozioni di paura, impotenza ed orrore.

Per meglio comprendere come opera l'immagazzinamento e la processazione delle informazioni nei contesti del trauma è utile ricordare le differenze tra memoria dichiarativa o esplicita e memoria non dichiarativa o implicita che possono essere riferite ai due sistemi mnemonici appena esposti. In particolare, è interessante analizzare quali sono le aree del sistema nervoso coinvolte e attivate dal trauma (Brewin, 2009).

La memoria dichiarativa, che contiene informazioni recuperabili volontariamente dagli individui, compresa la memoria autobiografica, è supportata da alcune strutture cerebrali tra cui il lobo temporale mesiale e, soprattutto, l'ippocampo. Quest'ultimo è responsabile dell'elaborazione delle informazioni legate all'esperienza, ma necessita di un lungo tempo per processare tutti i dati che provengono dai diversi sensi (Brewin, 2009).

La memoria non dichiarativa, d'altra parte, contiene l'insieme di informazioni apprese per condizionamento durante la vita della persona, implicite, che non hanno bisogno di essere recuperate volontariamente. Tipiche di questo tipo di memoria sono le abilità motorie e cognitive. Il percorso neurale che caratterizza la memoria non dichiarativa, inoltre, è particolarmente breve e le informazioni si trasmettono con modalità eccezionalmente rapide (Brewin, 2009).

Le reazioni alla paura, ad esempio, legate all'amigdala sono un tipo di informazione che necessita di una scarsa elaborazione delle informazioni sulle condizioni circostanti e di contorno a vantaggio di una rapida risposta comportamentale e motoria. L'amigdala è implicata nella produzione di diverse risposte innate al pericolo, tra cui il rilascio degli

ormoni dello stress, l'attivazione del sistema nervoso simpatico e alcune reazioni comportamentali quali l'attacco-fuga e il freezing (Brewin, 2009).

Proprio gli ormoni dello stress prodotti dall'amigdala influenzano negativamente l'attività dell'ippocampo e, di conseguenza, la qualità della memoria dichiarativa che risulterà incompleta, non integrata e dissociata rispetto alla memoria autobiografica della persona. Il funzionamento dell'amigdala, legato a risposte in condizioni di pericolo, risulta subire un incremento in condizioni di stress provocando però delle risposte condizionate eccessivamente radicate e forti (Pitman, 2000).

Le informazioni ottenute attraverso il più rapido percorso della memoria non dichiarativa, inoltre, riguardando più prettamente la percezione e, essendo caratterizzate da un'elaborazione meno sofisticata, forniscono dei ricordi di qualità inferiore, ugualmente non integrati nella vita dell'individuo e non disponibili ad una rievocazione volontaria (Brewin, 2009).

Come detto precedentemente, i flashback hanno caratteristiche peculiari: è infatti un tipo di memoria altamente percettiva; sono relativamente stereotipati e fissi, a differenza dei ricordi ordinari che possono essere modificati; sono vissuti nel presente, dimostrando una dissociazione dal contesto temporale. Tali caratteristiche suggeriscono che il tipo di memoria coinvolto nei ricordi intrusivi non sia legato all'ippocampo quanto piuttosto all'amigdala e a percorsi di memoria implicita (Brewin, 2009).

Come ipotizzato da diversi autori (van der Kolk, 1996a; Metcalfe, 1998; Pitman, 2000) la chiave per comprendere la dinamica alla base dei sintomi caratteristici dei disturbi di origine traumatica risiede proprio nel funzionamento reciproco tra ippocampo e amigdala. Lo stress e l'attivazione influiscono sul funzionamento di entrambe le strutture e il tentativo dell'ippocampo di fornire ricordi continuativi e coerenti degli eventi sotto l'influsso delle condizioni di stress, crea quegli *hot spot* associati alla carenze dell'elaborazione dell'informazione in cui il lavoro dell'amigdala è preponderante (Brewin, 2009).

A qualunque omissione dell'informazione dell'ippocampo nella memoria VAM corrisponde una maggiore probabilità che l'amigdala venga attivata e il ricordo sia immagazzinato nella memoria SAM (Ehlers, 2000a).

Brewin avanza, quindi, l'ipotesi che "rivivere il trauma nella forma del flashback, come accade frequentemente subito dopo l'evento traumatico, giochi un ruolo importante nel trasferire l'informazione dal magazzino della memoria SAM, che non dipende dall'ippocampo, al sistema VAM, che invece si basa sull'ippocampo" (Brewin, 2009, 187-188).

I pazienti, di conseguenza, possono riuscire a ricodificare l'informazione percettiva in un ricordo accessibile a livello verbale attraverso l'impegno nel ricordare volontariamente i contenuti dei ricordi intrusivi. L'informazione può essere così inserita in un contesto e collocata nel passato così da azzerare la minaccia per la persona stessa (Brewin, 2009).

Tutto questo procedimento, basandosi sulla memoria di lavoro, che ha una capacità limitata, richiede però che il flashback sia esaminato diverse volte ed in questo l'attenzione deve essere posta sullo stato di attivazione che deriva dal rivivere l'esperienza traumatica. Se, infatti, i sentimenti di paura relativi divengono troppo intensi si riattiva inevitabilmente il sistema legato all'amigdala con una conseguente incapacità del paziente di rielaborare e ricodificare il ricordo stesso (Brewin, 2009).

La teoria appena esposta rappresenta non solo un valido approccio grazie al quale osservare e comprendere il trauma e il disturbo da stress post-traumatico, ma anche una delle basi della modalità di trattamento che analizzeremo nel quarto capitolo, l'EMDR.

### **3. Il disturbo da stress post-traumatico**

Dopo aver illustrato come si sia evoluto il concetto di evento traumatico e come si sia arrivati alle più recenti formulazioni circa i disturbi post-traumatici possiamo ora analizzare quello che è considerato il prototipo dei disturbi traumatici: il disturbo da stress post-traumatico.

Nel DSM-IV-TR il disturbo da stress post-traumatico è classificato all'interno dei disturbi d'ansia ed è caratterizzato da sintomi che derivano direttamente dall'esposizione all'evento traumatico.



- D. La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:
1. la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri
  2. la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore.  
**Nota:** Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.
- E. L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:
1. ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni.  
**Nota:** Nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma
  2. sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento.  
**Nota:** Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile
  3. agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione).  
**Nota:** Nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma
  4. disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico
  5. reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.
- F. Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:
1. sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma
  2. sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma
  3. incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma
  4. riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative
  5. sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri
  6. affettività ridotta (per es., incapacità di provare sentimenti di amore)
  7. sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli o una normale durata della vita).

- A. Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:
1. difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno
  2. irritabilità o scoppi di collera
  3. difficoltà a concentrarsi
  4. ipervigilanza
  5. esagerate risposte di allarme.
- B. La durata del disturbo (sintomi ai Criteri B, C e D) è superiore a 1 mese.
- C. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

*Specificare se:*

- **Acuto:** se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi
- **Cronico:** se la durata dei sintomi è 3 mesi o più.

*Specificare se:*

**Ad esordio ritardato:** se l'esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l'evento stressante.

Fonte: American Psychiatric Association, 2000

“La risposta della persona all'evento deve comprendere paura intensa e la sensazione di essere inerme e senza possibilità di fuga. I sintomi presenti in questo disturbo includono il continuo rivivere l'evento (attraverso pensieri, flashback, sogni), l'evitamento degli stimoli associati con il trauma e l'ottundimento della reattività generale. Per poter formulare una diagnosi di disturbo da stress post-traumatico tale sindrome deve essere presente per più di un mese e deve causare un disagio significativo e una menomazione del funzionamento sociale, lavorativo e/o di altre aree importanti” (Ammaniti, 2002, 254).

Questi sono i criteri diagnostici per la diagnosi di disturbo da stress post-traumatico della più recente edizione del Manuale dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association. Come si può desumere dai criteri diagnostici, l'idea dei clinici circa il disturbo e gli eventi traumatici si è molto modificata fino a giungere ad un complesso quadro clinico formato da diversi sintomi non sempre di facile individuazione.

Per il primo criterio diversi studiosi hanno dibattuto, e continuano a discutere, su cosa possa essere ritenuto come evento traumatico rilevante. Individui che intenzionalmente arrecano danno agli altri, ad esempio, possono non essere per nulla

traumatizzati qualora assistano alla morte o a serie conseguenze per la salute delle loro vittime. D'altra parte, una donna costretta a rapporti sessuali con una persona conosciuta, evento che può non rappresentare una minaccia di morte o di serio danno fisico, può comunque rimanere traumatizzata dall'esperienza e vivere l'avvenimento come un evento traumatico a tutti gli effetti (Wiechelt, 2007).

Carlson (1997) ipotizza che tre caratteristiche siano necessarie ma non sufficienti affinché un evento possa essere considerato traumatico: valenza negativa, carattere improvviso e repentino della situazione e perdita di controllo. Su queste tre variabili interverrebbero in seguito altri fattori che possono mitigare o facilitare la risposta traumatica come: fattori biologici, stadi di sviluppo, gravità del trauma, contesto sociale ed eventi di vita precedenti.

Ad ogni modo l'ultima edizione del DSM segna cambiamenti molto importanti rispetto al passato. Non è più necessario che l'evento traumatico sia collocabile "al di fuori dell'esperienza umana consueta" ed è dato maggiore spazio all'interpretazione soggettiva (Giannantonio, 2009).

Questo non solo ha fornito alla ricerca una spinta decisiva nello studio della psicopatologia associata ai traumi, ma ha anche avviato un ricco scambio di informazioni e tecniche tra diversi approcci all'interno della psicologia e della psicopatologia evolutiva.

Un'ulteriore critica mossa alla categorizzazione del DSM-IV è la mancata distinzione tra gli eventi traumatici che possono essere vissuti come tali dagli adulti o dai bambini. Possiamo solo ipotizzare come un bambino possa interpretare dei continui litigi tra i genitori o, addirittura, la separazione della coppia coniugale, fino ad un'eccessiva intimità in ambito familiare, insieme possibilmente a connotazioni sessuali anche se mai espresse (Giannantonio, 2009). Sembrerebbe adatto inserire qualche parametro per valutare gli eventi traumatici a seconda del periodo di vita e dello stadio di sviluppo della persona. "Le particolari caratteristiche della vita mentale del bambino e le particolari risposte evocate dalla ripetizione del trauma in un ambiente familiare maltrattante non sono del tutto colte dai criteri del DPTS per identificare cosa sia traumatico nell'infanzia, né i sintomi derivanti dai particolari tentativi di adattamento dei bambini a relazioni familiari traumatiche, fonte di maltrattamenti e abusi ripetuti e cumulativi" (Liotti, 2011, 21).

Altre condizioni di vita che potrebbero essere traumatiche possono essere l'abuso psicologico, condizioni anche lievi di abuso fisico, mancanza di sintonizzazione affettiva nell'infanzia, la separazione e il divorzio (Rodin, 1998).

Cambiamenti di vita radicali, gravi problemi economici improvvisi e licenziamenti inaspettati ed umilianti possono, infine, rappresentare degli eventi traumatici anche se non rispettano il criterio A del DSM. Tali condizioni andrebbero, quindi, codificate nel quarto asse sotto i "problemi psicosociali o ambientali" anche se potrebbero rispettare gli altri criteri per il disturbo da stress post-traumatico quali: intrusività, evitamento, diminuzione della reattività ed aumento dell'arousal.

Tali riflessioni hanno causato grandi dibattiti all'interno della comunità scientifica e l'ipotesi che i criteri adottati nel DSM-IV-TR siano debolmente fondati dal punto di vista clinico e teorico (Carlson, 2000).

Si può considerare l'esistenza di un disturbo da stress post-traumatico qualora si assista alla morte di uno sconosciuto, qualora si venga abbandonati dal partner si può diagnosticare solo un disturbo dell'adattamento.

Sempre per quanto riguarda il criterio A, in riferimento al secondo punto, il DSM prevede che vi sia stata esperienza di orrore, impotenza o paura. I processi dissociativi caratteristici del disturbo possono essere stati talmente preponderanti nella persona da azzerare completamente la percezione delle suddette emozioni (Carlson, 2000); in aggiunta, va ricordato che questi sintomi dissociativi sono presenti nel disturbo acuto da stress che spesso si manifesta come prodromo del disturbo da stress post-traumatico.

Il criterio B indica che, per porre diagnosi di disturbo da stress post-traumatico, l'evento debba essere rivissuto "persistentemente", mentre la pratica clinica ha dimostrato che questo avviene solo raramente. Anche in questo caso gli elementi del criterio C, evitamento o dissociazione, possono svolgere un ruolo di barriera tra la persona e il ricordo dell'evento traumatico permettendole di vivere relativamente libera da pensieri intrusivi e spiacevoli. Questo evitamento naturalmente non è del tutto efficace e, talvolta, possono emergere, nel sogno o in caso di particolari stimoli esterni, elementi dell'evento traumatico sperimentato che, tuttavia, porterebbero esclusivamente ad una diagnosi di disturbo dell'adattamento (Giannantonio, 2009).

I processi dissociativi sono molto più importanti di quello che si è ipotizzato in passato, anche per ciò che riguarda il ricordo volontario o involontario dell'evento traumatico. L'individuo si muove su un continuum che va dalla completa amnesia fino alla massima intrusività di un flashback. Diversi autori hanno ipotizzato che, al momento dell'esperienza traumatica, operi una sorta di "dissociazione peritraumatica", caratterizzata da derealizzazione, depersonalizzazione, vuoti di memoria, confusione e disorientamento, che produca una modificazione dello stato di coscienza tale che l'evento venga memorizzato in stati di coscienza differenti rispetto a quelli utilizzati normalmente (Marmar, 1998).

Come ben suggerito da Giannantonio (2009), il concetto di dissociazione peritraumatica potrebbe essere meglio inserito nel criterio A del DSM come possibile risposta soggettiva all'evento traumatico senza però divenire un elemento imprescindibile della diagnosi stessa per evitare di spostarsi all'estremo opposto. L'instaurarsi e il consolidarsi di un disturbo da stress post-traumatico può procedere secondo il semplice evitamento, il ricorso ad una massiccia dissociazione oppure, come accade nella maggioranza dei casi, attraverso l'utilizzo di modalità che si trovano nel mezzo dei due meccanismi appena descritti.

Seppur il concetto di evento traumatico sia stato meglio specificato con il passare del tempo e lo svilupparsi degli studi e delle ricerche, attualmente il disturbo da stress post-traumatico, così come è categorizzato dal DSM-IV-TR, risulta non completamente affidabile per poter porre una corretta diagnosi e per poter "accogliere" tutti i differenti casi di eventi traumatici. Molti studiosi hanno proposto, quindi, di inserire altri concetti che siano d'aiuto alla pratica clinica quali disturbo da stress post-traumatico in "remissione parziale", "sotto-soglia", "parziale" (Johnson, 2003; Mylle, 2004; Yule, 2000). Alternativamente è stato anche proposto di rivedere le basi teoriche del concetto stesso di disturbo da stress post-traumatico ipotizzando che la creazione di uno "spettro del disturbo da stress post-traumatico e dei disturbi correlati allo stress" o di "sindromi post-traumatiche" renda maggiormente corretta la diagnosi (Giannantonio, 2009).

Da alcune ricerche sull'incidenza degli eventi traumatici nella vita quotidiana emerge che la maggioranza degli individui in una popolazione occidentale sperimenta

almeno una volta nella vita un evento potenzialmente traumatico; di questi una su quattro ha possibilità di sviluppare un disturbo da stress post-traumatico (Hidalgo, 2000).

Siamo in presenza di un disturbo molto frequente anche se è difficile e fuorviante calcolare l'incidenza delle risposte patologiche agli eventi traumatogeni esclusivamente sulla base delle categorie diagnostiche del DSM. Queste, infatti, sono state studiate e proposte per permettere di cogliere le risposte disadattive di una persona ad un singolo evento traumatico o, in alternativa, a diversi traumi in un arco di tempo molto breve. Il disturbo da stress post-traumatico così come è formulato non riesce a cogliere e descrivere tutte le diverse possibili espressioni patologiche derivate da traumi ripetuti in periodi di tempo molto lunghi, ancor di più se queste esperienze traumatiche sono state sperimentate nell'infanzia dell'individuo (Liotti, 2011).

Da ciò deriva che la diagnosi di disturbo da stress post-traumatico non riesce a cogliere quelle che sono le manifestazioni adulte come risultato di ripetute esperienze traumatiche nell'infanzia (Chu, 2010). Tanto i criteri del DSM-IV quanto quelli, finora proposti, del DSM-V non descrivono adeguatamente la realtà clinica del trauma, soprattutto quello nell'infanzia (Bryant, 2010a; Chu, 2010). Questo rappresenta certamente un problema al quale porre rimedio se si pensa che i bambini maltrattati sono decisamente di più delle persone traumatizzate in guerra o a seguito di disastri naturali (De Bellis, 2005).

#### **4. Il disturbo da stress post-traumatico complesso**

Come abbiamo visto la diagnosi di disturbo da stress post-traumatico, così come ora è proposta, risulta inadeguata per comprendere la complessità delle manifestazioni a seguito di eventi traumatici ripetuti.

I criteri diagnostici sono derivati esclusivamente dall'analisi degli individui sopravvissuti alla guerra, ai disastri e allo stupro. "La sindrome che si manifesta in seguito a un trauma prolungato e ripetuto deve avere una sua propria definizione. Propongo di chiamarla *disturbo da stress post-traumatico complesso*. Le risposte al trauma si comprendono meglio come uno spettro di condizioni piuttosto che come un singolo

disturbo. Condizioni che possono andare da una breve reazione allo stress che migliora da sola e non si precisa mai come diagnosi, al classico disturbo da stress post-traumatico, alla più complessa sindrome da trauma prolungato e ripetuto” (Herman, 2005, 160).

Per “traumi complessi”, quindi, si intendono non episodi isolati come incidenti stradali, violenza sporadica e disastri naturali, ma eventi traumatici multipli che, soprattutto, si ripetono in un arco di tempo prolungato.

I traumi complessi sono quasi sempre di natura interpersonale e sono eventi da cui la persona non può fuggire, come i maltrattamenti di un genitore verso il suo bambino. Gli effetti sono poi particolarmente gravi se si verificano durante la maturazione della personalità. Possono venire danneggiati, infatti, la capacità di autoregolazione e di adattamento interpersonale, la costruzione dell’immagine di sé e la regolazione delle emozioni e dell’impulsività, fino ai casi più gravi di dissociazione tra stati dell’Io e alterazione dell’identità (Liotti, 2011).

I traumi di origine interpersonale causano di solito reazioni più gravi nelle vittime rispetto a quegli eventi così detti impersonali o casuali, incidono maggiormente sull’equilibrio psicologico della persona proprio per la diversa origine, cioè del fatto stesso che non sono accidentali ma derivano da un atto deliberato. Un terzo tipo di evento traumatico, che si posiziona tra i due precedenti, è quello che riguarda i disastri che hanno una causa ultima nell’uomo. Gli incidenti nei trasporti di massa causati dall’errore umano, per esempio, si collocano nel mezzo di un ideale continuum tra reazione meno grave e reazione più intensa a seconda che l’origine, come detto precedentemente, sia deliberata o accidentale (Courtois, 2010).

È stato di conseguenza proposto da diversi autori, tra cui Herman e van der Kolk, un nuovo quadro clinico, il “disorder of extreme stress non otherwise specified” (disturbo da stress estremo non altrimenti specificato). In effetti, indagini statistiche effettuate per verificare la validità dei criteri diagnostici del DSM-IV-TR hanno confermato che questi non sono adeguati per descrivere i sintomi di esperienze traumatiche precoci, ripetute e di natura relazionale che invece si avvicinano all’insieme di sintomi descritto dal disturbo da stress post-traumatico complesso (van der Kolk, 2005a).

Nonostante la necessità di un nuovo quadro nosologico per la diagnosi degli eventi traumatici ripetuti e prolungati sia stata confermata ulteriormente da altre ricerche (Ford, 2009; Roth, 1997), il disturbo da stress post-traumatico complesso non è stato inserito all'interno del DSM-IV, ma sono stati solamente specificati dei "sintomi associati" al quadro principale in riferimento ai traumi infantili e di natura interpersonale: "modulazione delle emozioni deficitaria, auto distruttività e comportamenti impulsivi, sintomi dissociativi, [...] problemi relazionali e alterazione della personalità" (APA, 2000). Recentemente Judith Herman (2009) ha sostenuto che il motivo di tale scelta risiede nella constatazione che il disturbo da stress post-traumatico complesso non si adatterebbe al meglio all'interno dei disturbi d'ansia, ma troverebbe miglior collocazione tra i disturbi dissociativi, i disturbi di somatizzazione o, addirittura, tra i disturbi di personalità.

Da qui un ulteriore dibattito circa l'ipotesi di riposizionare anche il disturbo da stress post-traumatico all'interno dei disturbi dissociativi. Altri teorici propongono, in alternativa, di considerare il disturbo da stress post-traumatico complesso come una variante del disturbo di personalità borderline caratterizzato da una più ampia incidenza di fenomeni dissociativi e somatoformi (Liotti, 2011).

Un gruppo di ricercatori ha proposto di inserire il disturbo da stress post-traumatico complesso in asse II con il nome di disturbo di personalità post-traumatico, da distinguere dal disturbo di personalità borderline a seconda della presenza o meno di eventi traumatici precoci e di sintomi dissociativi. È noto, infatti, come una gran parte dei pazienti cui è stato diagnosticato un disturbo di personalità borderline riferisca una lunga storia di traumi e presenti sintomi dissociativi più evidenti di altri pazienti con la medesima diagnosi, ma che non hanno sperimentato eventi traumatici (Classen, 2006).

Le difficoltà di sistemazione nosografica di questo disturbo deriva direttamente dall'annosa questione tra diagnosi categoriale e dimensionale. Lo sviluppo traumatico si basa su processi dissociativi che, per loro natura, si articolano con modalità dimensionali attraverso diverse aree del funzionamento psichico e l'approccio tendenzialmente categoriale del DSM si scontra inevitabilmente con la realtà diametralmente opposta del disturbo stesso. "Pensare a uno spettro post-traumatico composto da disturbi diversi ma tutti riconducibili a sviluppi traumatici, e tutti collocabili nella dimensione della



dissociazione, potrebbe rivelarsi la sola via d'uscita da questa impasse nosologica” (Liotti, 2011, 23).

Recentemente Ford e Courtois hanno cercato di chiarire quali siano le origini e le possibili conseguenze del disturbo da stress post-traumatico complesso. In particolare, una diagnosi di questo disturbo prevede “inabilità di autoregolazione, auto organizzazione e una condizione in cui l'individuo attinge e si affida alle relazioni con l'obiettivo di recuperare un senso di integrità propria” (Ford, 2009, 17). Gli eventi traumatici complessi “sono associati a storie di eventi stressanti multipli ed esperienze di “denudamento” di se stessi insieme a gravi disturbi nella relazione di accudimento primaria” (Ford, 2009, 18).

Questi eventi traumatici particolari possono condurre all'abuso di sostanze, alla disoccupazione, alla vita “senza tetto” e colpiscono la totalità degli aspetti psicosociali della vita dell'individuo. Come vedremo nei successivi capitoli, una tale diagnosi richiede il trattamento con modelli e approcci che intervengano immediatamente sui sintomi post-traumatici senza tralasciare una consulenza di natura psicosociale, il trattamento circa l'abuso di sostanze e interventi in ambito di violenza domestica (Ringel, 2012).

Analizzando i dati provenienti da una ricerca dell'istituto “Kaiser Permanente” e del “Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie” del 1998, van der Kolk ha rilevato che l'11% degli oltre 17.000 partecipanti ha riferito di essere stato emozionalmente abusato nell'infanzia, il 30% di essere stato vittima di abusi fisici e il 20% di aver subito abuso sessuale (van der Kolk, 2005b).

La ricerca ha evidenziato che l'abuso infantile è molto più comune e diffuso di quanto prima si pensasse e che i bambini in oggetto, privati di interventi e trattamenti dei sintomi riferibili ad un abuso precoce, molto probabilmente soffriranno per il resto della loro vita di disturbi cognitivi, nel campo del comportamento e delle emozioni (Ringel, 2012).

I traumi precoci, inoltre, colpiscono lo sviluppo neurologico delle strutture necessarie per il processo di analisi delle informazioni, per la regolazione delle emozioni e per catalogare correttamente le esperienze. “Questo può condurre a scarso controllo degli impulsi, aggressività e difficoltà nelle relazioni interpersonali. [...] Successivamente gli stessi individui potranno mostrare comportamenti di auto aggressione e disturbi da abuso

di sostanze nello sforzo di regolare la loro attivazione emozionale e di lenire le difficoltà di confortarsi da soli” (Ringel, 2012, 7).

Van der Kolk suggerisce che l’esposizione a traumi multipli nell’infanzia come “abbandono, tradimento, abuso fisico o sessuale e assistere a violenze domestiche” può avere conseguenze molto negative e che continuerà a mostrare i suoi effetti non solo nell’infanzia ma anche, attraverso l’adolescenza, fino all’età adulta (van der Kolk, 2005b, 406).

## 5. Il disturbo da stress acuto

Il disturbo da stress acuto compare solo nel DSM-IV nonostante i sintomi che lo caratterizzano siano conosciuti da molto tempo (Giannantonio, 2009).

È stato introdotto essenzialmente per descrivere le possibili reazioni acute alle stress che possono precedere il disturbo da stress post-traumatico. Due ragioni fondamentali sono alla base della sua utilità: descrivere, come detto, le reazioni acute allo stress che possono presentarsi nel mese successivo all’esposizione ad un evento traumatico e che prima venivano identificate come disturbi dell’adattamento; identificare gli individui con storie di traumi ad alto rischio per il successivo instaurarsi di un disturbo da stress post-traumatico (Bryant, 2010a).

Criteria diagnostici per il disturbo da stress acuto

- A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui erano presenti entrambi i seguenti elementi:
  - 1. la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno comportato la morte, o una minaccia per la vita, o una grave lesione, o una minaccia all’integrità fisica, propria o di altri
  - 2. la risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore.
  
- B. Durante o dopo l’esperienza dell’evento stressante, l’individuo presenta tre (o più) dei seguenti sintomi dissociativi:
  - 1. sensazione soggettiva di insensibilità, distacco o assenza di reattività emozionale
  - 2. riduzione della consapevolezza dell’ambiente circostante (per es., rimanere storditi)
  - 3. derealizzazione
  - 4. depersonalizzazione
  - 5. amnesia dissociativa (cioè incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma).

- C. Marcato evitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma (per es., pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi, persone).
- D. Sintomi marcati di ansia o di aumentato arousal (per es., difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate, irrequietezza motoria).
- E. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti, oppure compromette la capacità dell'individuo di eseguire compiti fondamentali, come ottenere l'assistenza necessaria o mobilitare le risorse personali riferendo ai familiari l'esperienza traumatica.
- F. Il disturbo dura al minimo 2 giorni e al massimo 4 settimane e si manifesta entro 4 settimane dall'evento traumatico.
- G. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale, non è meglio giustificato da un Disturbo Psicotico Breve e non rappresenta semplicemente l'esacerbazione di un disturbo preesistente di Asse I o Asse II.

Fonte: American Psychiatric Association, 2000

È un disturbo molto simile al disturbo da stress post-traumatico che si distingue da quest'ultimo, oltre che per la durata dei sintomi inferiore nel tempo, per la prevalenza dei sintomi dissociativi.

I sintomi devono manifestarsi entro quattro settimane dall'evento e deve durare da almeno due giorni fino a quattro settimane. Qualora il disturbo si estenda oltre bisogna prendere in considerazione un disturbo da stress post-traumatico.

Nonostante il disturbo da stress acuto sia altamente predittivo di un successivo insorgere di disturbo da stress post-traumatico, la relazione tra i due non è ancora totalmente chiara. In alcuni casi, infatti, è stato possibile per il paziente sviluppare un disturbo da stress post-traumatico anche in assenza dei sintomi dissociativi peritraumatici essenziali per il disturbo da stress acuto. D'altra parte, altri pazienti non hanno sviluppato un disturbo da stress post-traumatico anche in presenza di forti sintomi dissociativi (Bryant, 2000).

I sintomi del disturbo da stress acuto che sembrano predire con maggior precisione il successivo instaurarsi del disturbo da stress post-traumatico sono: elevato evitamento ed

elevata iperattivazione, depersonalizzazione e sensazione di rivivere l'esperienza traumatica (Giannantonio, 2009).

Una recente ricerca di Bryant e colleghi su bambini tra i sette e i tredici anni ha mostrato come le diagnosi di disturbo da stress acuto che non presentino sintomi dissociativi prevalenti siano maggiormente predittive di un successivo instaurarsi di un disturbo da stress post-traumatico rispetto a diagnosi di disturbo da stress acuto che soddisfino in pieno i criteri dello stesso (Bryant, 2007).

Due ricerche, in particolare, hanno esaminato come la diagnosi di disturbo da stress acuto si relazioni con il disturbo da stress post-traumatico. Sia Kassam-Adams e colleghi (2004), sia Meiser-Stedman e colleghi (2005) hanno rilevato la prevalenza della diagnosi di disturbo da stress acuto in bambini ed adolescenti coinvolti in incidenti stradali e vittime di violenza. Gli stessi ricercatori hanno studiato come questa diagnosi sia efficace nel predire un disturbo da stress post-traumatico. I risultati hanno evidenziato che, rimanendo strettamente aderenti ai criteri proposti dal DSM, la prevalenza della diagnosi di disturbo da stress acuto sia dell'8% circa, mentre la capacità predittiva di un futuro disturbo da stress post-traumatico sia notevolmente inferiore a quanto ci si poteva attendere. La situazione migliorava notevolmente qualora i sintomi dissociativi non erano tenuti in conto con un'importanza preminente, portando la prevalenza al 19%.

Uno studio simile ha riportato sostanzialmente gli stessi risultati: il 9% dei partecipanti rispettava appieno i criteri del disturbo da stress acuto, compresi i sintomi dissociativi, mentre il 18,5% mostrava tutti i sintomi tranne quelli dissociativi. Questi dati confermano l'ipotesi secondo cui il requisito della presenza di tre sintomi dissociativi per porre diagnosi di disturbo acuto da stress sia eccessivamente restrigente, soprattutto per bambini e adolescenti (Meiser-Stedman, 2007).

Bryant ha successivamente avanzato l'ipotesi che, mentre i sintomi del rivivere il trauma, dell'evitamento e dell'iperattivazione si sovrappongono perfettamente tanto nel disturbo da stress acuto quanto nel disturbo da stress post-traumatico, lo stesso non avviene per la dissociazione che, in effetti, non è rappresentata in modo così deciso nel disturbo da stress post-traumatico (Bryant, 2010a).

Da ciò consegue che si otterrebbe una migliore predittività qualora la diagnosi di disturbo da stress acuto fosse effettuata tenendo sullo stesso piano di importanza tanto i sintomi dissociativi quanto l'evitamento, l'iperattivazione e il rivivere l'esperienza traumatica (Bryant, 2010a).

Uno degli obiettivi della categoria diagnostica "Disturbo da stress acuto" è sempre stata quella di identificare e descrivere le reazioni acute allo stress. In letteratura sono presenti una gran quantità di studi che definiscono queste reazioni caratterizzate da fenomeni quali: ansia, disturbi dell'umore, problemi del sonno, aggressività, abuso di sostanze e molti altri (Isserlin, 2008). Per questo motivo la diagnosi di disturbo da stress acuto trascurava una gran quantità di sintomi altrettanto debilitanti.

È questo il caso, ad esempio, della sofferenza prolungata. Nonostante non sia stata formalmente riconosciuta a tutti gli effetti come un disturbo psichiatrico, sentimenti di angoscia, malessere e dolore prolungati nel tempo, originati a seguito di eventi traumatici, possono avere un'influenza sullo stato psicologico della persona non meno grave rispetto alle "normali" reazioni acute allo stress (Bryant, 2010b).

Una delle critiche mosse all'attuale categorizzazione diagnostica consiste proprio nel concentrarsi eccessivamente, oltre che sui sintomi dissociativi, sulle risposte di ansia e di trascurare in tal modo altre reazioni emozionali disadattive altrettanto debilitanti quali depressione, colpa, vergogna, rabbia e reazioni somatiche (Bryant, 2010b).

Nell'attuale sistema diagnostico tali manifestazioni rientrano sotto la categoria "Disturbi dell'adattamento".

## **6. I disturbi dell'adattamento**

La diagnosi di disturbi dell'adattamento condivide con il disturbo da stress post-traumatico e con il disturbo da stress acuto l'eziologia di un evento stressante che causa un'alterazione clinicamente significativa nella cognizione, nelle emozioni o nel comportamento o anche in tutti questi aspetti (Strain, 2011).

La caratteristica fondamentale dei disturbi dell'adattamento è la comparsa di sintomi emotivi, accompagnati o meno da modificazioni del comportamento, a seguito

dell'esposizione ad eventi stressanti. Non è necessario che gli eventi in questione siano di origine traumatica e ciò rende questa diagnosi molto utilizzata dai clinici (Gur, 2005).

I sintomi sono abbastanza comuni, devono svilupparsi entro 3 mesi dall'evento e non devono protrarsi oltre i 6 mesi. Qualora sia presente un fattore stressante cronico, come una condizione medica generale, cade quest'ultimo limite temporale. Quando sono presenti sintomi che corrispondono alla condizione di lutto non è corretto porre diagnosi di disturbi dell'adattamento (Giannantonio, 2009).

Criteria diagnostici per i disturbi dell'adattamento

- A. Lo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali in risposta ad uno o più fattori stressanti identificabili che si manifesta entro 3 mesi dell'insorgenza del fattore, o dei fattori stressanti.
- B. Questi sintomi o comportamenti sono clinicamente significativi come evidenziato da uno dei seguenti:
  1. marcato disagio che va al di là di quanto prevedibile in base all'esposizione al fattore stressante
  2. compromissione significativa del funzionamento sociale o lavorativo (scolastico).
- C. L'anomalia correlata allo stress non soddisfa i criteri per un altro disturbo specifico e non rappresenta solo un aggravamento di un preesistente disturbo.
- D. I sintomi non corrispondono a un lutto.
- E. Una volta che il fattore stressante (o le sue conseguenze) sono superati, i sintomi non persistono per più di altri 6 mesi.

*I Disturbi dell'Adattamento si distinguono in:*

- **Con Umore Depresso**
- **Con Ansia**
- **Con Ansia e Umore Depresso Misti**
- **Con Alterazione della Condotta**
- **Con Alterazione Mista dell'Emotività e della Condotta**

Fonte: American Psychiatric Association, 2000

Uno dei vantaggi della diagnosi di disturbi dell'adattamento consiste nella possibilità di appurare la condizione di disturbo nel paziente immediatamente dopo l'evento stressante.

Non sono previsti, inoltre, dei sintomi specifici. È richiesto solamente che siano presenti alterazioni, correlate all'evento stressante, nel campo dell'umore, dell'ansia o del comportamento, associate ad una sofferenza o difficoltà funzionali clinicamente rilevanti (Strain, 2011).

La categoria diagnostica in questione si distingue dalla precedente di disturbo da stress acuto per diversi motivi. Laddove quest'ultimo si limita a espressioni di ansia e paura, i disturbi dell'adattamento comprendono tutte le forme di risposte allo stress quali, ad esempio, depressione, rabbia e senso di colpa. Inoltre, nonostante la diagnosi di disturbo dell'adattamento predica con buona probabilità la compromissione futura di diverse abilità, essa descrive condizioni disadattive attuali in modo intenzionale e non prevede lo specifico obiettivo di individuare patologie successive (Bryant, 2010b).

I vari sottotipi di disturbi dell'adattamento, poi, comprendono un ventaglio di condizioni cliniche nelle quali possono essere predominanti i sintomi depressivi, i sintomi ansiosi o le alterazioni comportamentali. Tale non-specificità ha permesso ai professionisti del settore di porre una diagnosi, rilevante dal punto di vista psichiatrico, su quei pazienti che non rientravano in altre categorie simili, come il disturbo da stress acuto, ma che necessitavano ugualmente di attenzione e di trattamento terapeutico (Strain, 2011).

Come caso esemplificativo è interessante notare che Runeson e colleghi hanno svolto una ricerca dalla quale emerge la presenza di un lasso di tempo inferiore, 1 mese, tra la diagnosi di disturbo dell'adattamento e comportamenti suicidari rispetto all'intervallo tra diagnosi e tentativo di suicidio nel caso di depressione (3 mesi), disturbo di personalità borderline (30 mesi) e schizofrenia (47 mesi). Ciò fa capire come esista un gran numero di individui seriamente sofferenti, ad alto potenziale di suicidio o di auto aggressione, che non soddisfino altri criteri diagnostici se non quelli per i disturbi dell'adattamento, motivo per cui questa categoria diagnostica è stata ed è estremamente utile (Runeson, 1996).

Nello specifico, il 25% degli adolescenti con diagnosi di disturbo dell'adattamento mette in atto comportamenti suicidari (Pelkonen, 2005), mentre tra gli adulti la cifra raggiunge il 60% (Kryzhananovskaya, 2001).

In una ricerca su 1397 suicidi in Finlandia alla fine degli anni '80, in circa un terzo delle morti era presente questa diagnosi (Lonnqvist, 1995), mentre nei Paesi in via di sviluppo i disturbi dell'adattamento sono la diagnosi più diffusa (Manoranjitham, 2010).

Per quanto riguarda le critiche mosse alla diagnosi di disturbi dell'adattamento, gli studiosi si dividono principalmente su due aspetti critici. La prima delle valutazioni negative riprende il concetto della non-specificità e contesta il tentativo di “medicalizzare” i problemi della vita quotidiana, sostenendo che i disturbi dell'adattamento rappresentano un'eccezione, all'interno del DSM, proprio perché essi non si conformano ai criteri dei disturbi così detti tradizionali, in altre parole non è quantificato nello specifico come e quanto intensi debbano presentarsi i sintomi (Casey, 2011).

Il secondo aspetto che mette in dubbio la validità di questa categoria diagnostica è che essa è vista, da molti operatori del settore, come un “cestino” all'interno del quale vengono inseriti tutti quei pazienti che non rispettano i criteri di altri disturbi (Casey, 2011).

L'assenza di chiari criteri sintomatologici sposta indiscutibilmente il peso della decisione verso il giudizio del clinico. Sintomi come umore sottotono, tristezza, preoccupazione, ansia e insonnia, preceduti da un recente evento stressante, sono buoni indici per la diagnosi di disturbi dell'adattamento, anche se bisogna sempre tenere a mente che potrebbe essere presente la depressione maggiore. In questo caso, un'utile elemento di discriminazione è il coinvolgimento cognitivo con l'evento stressante stesso. Spesso, infatti, i sintomi peggiorano quando il paziente ricorda o parla dell'evento stressante, mentre quando egli è relativamente libero ed impegnato in altre attività si assiste ad un generale miglioramento del quadro sintomatologico (Casey, 2011).

Per quanto riguarda la diagnosi differenziale, infine, oltre a dover ricordare, come già accennato la depressione maggiore, devono essere fatte le dovute distinzioni tra disturbi dell'adattamento, disturbo da stress acuto e disturbo da stress post-traumatico.

Tale distinzione si basa sulla gravità dei sintomi e sulla loro durata, sull'impatto circa il funzionamento generale in relazione allo “stressor” e sul contesto personale ed interpersonale all'interno del quale questo si è verificato.



Il disturbo da stress post-traumatico e il disturbo da stress acuto prevedono che sia presente un evento di tale dimensione e importanza da essere traumatico per la maggior parte delle persone; i sintomi indicati, inoltre, sono abbastanza specifici. Non tutti coloro che sono esposti ad un evento traumatico sviluppano un disturbo da stress post-traumatico. In questo caso una diagnosi di disturbi dell'adattamento deve essere tenuta in considerazione soprattutto se sono presenti sintomi significativi e difficoltà di funzionamento psicosociale (Casey, 2011).

Ulteriore attenzione deve essere posta sull'eventualità che un quadro sintomatologico che rimanda ad un disturbo dell'adattamento potrebbe essere in realtà un altro disturbo di asse I in fase di evoluzione, il quale necessita evidentemente di un periodo di osservazione e di controllo (Casey, 2011).

Poche ricerche sono state eseguite circa la comorbidità dei disturbi dell'adattamento con altre condizioni cliniche di asse I. Uno di questi studi ha individuato che quasi la metà dei pazienti presentava comorbidità, come era lecito aspettarsi, con la depressione maggiore e con il disturbo da stress post-traumatico (Maercker, 2008).

Anche l'abuso di sostanze è una condizione che si trova facilmente presente in contemporanea con i disturbi dell'adattamento, certamente a causa dell'uso che il paziente può fare della sostanza psicotropa al fine di trovare sollievo dall'ansia e dalla depressione. È da specificare, infine, che l'alcol, essendo una sostanza che deprime il sistema nervoso centrale, può condurre a diagnosi errate di disturbi dell'adattamento, qualora altresì sia presente una condizione di abuso di sostanze (Casey, 2011).

## **7. Riflessioni conclusive**

In questo capitolo ho cercato di definire e chiarire il concetto di trauma e di evento traumatico.

Abbiamo visto come diversi studiosi e teorici abbiano da sempre riservato grande attenzione a questo tema e come, seppur tra alterne vicende, si sia giunti a una definizione condivisa di evento traumatico.

La seconda metà del secolo scorso ha avuto, in questo senso, un ruolo estremamente importante. Le prime formulazioni e riflessioni teoriche di grandi pensatori, risalenti all'inizio del '900, sono state riprese e approfondite per poi giungere ad una descrizione del trauma secondo parametri maggiormente scientifici.

Questa descrizione, partita dalla constatazione della condizione di sofferenza dei reduci della seconda guerra mondiale e della guerra del Vietnam, è passata attraverso la "scoperta" delle dinamiche familiari, spesso disadattive e violente, che portavano all'insorgenza di fenomeni simili nelle donne e nei bambini.

Successivamente, oltre all'attenzione riguardo gli avvenimenti e le catastrofi naturali, il campo si è ampliato prendendo in considerazione tutti quegli eventi potenzialmente traumatici che riguardano la vita di ogni singolo individuo, modificando così il parametro di partenza e tralasciando il concetto di "straordinarietà" dell'evento osservato per passare a considerare gli accadimenti di vita normali ed usuali. Da qui consegue direttamente la maggiore attenzione posta ai vissuti soggettivi e agli stati di sofferenza personale.

Ho successivamente presentato ed analizzato le categoria diagnostiche contemporanee che si rifanno al concetto di trauma. Il disturbo da stress-post traumatico, il disturbo da stress acuto e i disturbi dell'adattamento rappresentano un continuum nello spettro post-traumatico di manifestazioni sintomatologiche simili anche se maggiormente articolate e gravose per la persona. Il dibattito all'interno della comunità scientifica circa il disturbo da stress post-traumatico ha condotto alla definizione di un'evoluzione di questa categoria diagnostica, introducendo il concetto di disturbo da stress post-traumatico complesso.

Quest'ultimo rappresenta una trasformazione, seppur non ancora inserita nel Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali, del disturbo precedentemente conosciuto che permette ai clinici un miglior inquadramento del paziente e delle sue manifestazioni sintomatologiche.

Le controversie non sono naturalmente concluse e, aspetto che si è rivelato a seguito delle analisi di diverse ricerche, si ipotizza che il disturbo da stress post-traumatico complesso possa rappresentare una sorta di ponte tra i disturbi post-traumatici tradizionali,

di asse I e il disturbo di personalità borderline, inserito in asse II. In accordo con l'obiettivo di questo lavoro di tesi ho volutamente introdotto soltanto un accenno a questa questione per mostrare quali siano le direzioni attuali della ricerca e i punti aperti che rimangono da approfondire nella comunità scientifica, dato che una trattazione più approfondita avrebbe richiesto ben altro spazio.

Inoltre, è continuo il tentativo di modificare le correnti categorie diagnostiche per definire sempre meglio il campo di studio e ciò che deve condurre ad una diagnosi piuttosto che ad un'altra. L'attuale formulazione del DSM-IV-TR, ad esempio, si dimostra debole e non perfettamente corretta ed una gran quantità di ricerche apporta continuamente nuovi dati per una maggiore comprensione dei fenomeni.

Attraverso il chiarimento circa il concetto di evento traumatico e l'analisi dei punti forti e dei punti deboli delle categorie diagnostiche odierne ho cercato di definire il punto di partenza nello studio del fenomeno oggetto della mia tesi per permettere la trattazione dei successivi capitoli nei quali illustrerò il ruolo di fattore di rischio degli eventi traumatici per lo stabilirsi di una dipendenza da sostanze.

## Capitolo secondo

### **DALL'EVENTO TRAUMATICO ALLA TOSSICODIPENDENZA**

Dopo aver presentato ed analizzato il concetto di trauma e di evento traumatico, analizzerò l'influenza di quest'ultimi nell'insorgenza di una tossicodipendenza e come essi interagiscano con il disturbo da abuso di sostanze. Attraverso i risultati delle più recenti ricerche vedremo, infatti, in che modo reazioni ad eventi traumatici e dipendenza da sostanze si relazionino e conducano l'individuo verso un quadro sintomatologico relativamente definito che necessita di un'attenta analisi per la sua totale comprensione e per programmare interventi terapeutici ad hoc.

Illustrerò quali siano le ipotesi circa la relazione che intercorre tra reazioni ad eventi traumatici e dipendenza da sostanze e, nello specifico, come sia possibile considerare il disturbo da stress post-traumatico un importante fattore di rischio per il successivo stabilirsi di condotte tossicomane. Offrirò, inoltre, una panoramica circa la questione della comorbilità e, infine, chiarirò quali sostanze tipicamente vengono assunte a seconda dei diversi sintomi che caratterizzano il disturbo da stress post-traumatico.

#### **1. La relazione tra eventi traumatici e uso/abuso di sostanze alla luce della ricerca empirica**

“In ambito clinico, le dipendenze da sostanze si connotano per una loro intrinseca complessità. Esse, infatti, derivano dal convergere, sul singolo individuo:

- a) delle sostanze d'abuso con le loro peculiarità farmacologiche;
- b) delle condizioni di specifica vulnerabilità psicobiologica del paziente;
- c) dell'influenza di numerosi fattori ambientali.” (Manna, 2006, 78).

L'associazione che può intercorrere tra l'abuso di sostanze e altre patologie mentali può essere, secondo Edwards e colleghi, autori di uno studio per l'Organizzazione Mondiale della Sanità, di tre tipi: i disturbi mentali causano l'assunzione di sostanze psicoattive; i disturbi mentali sono successivi all'abuso di sostanze; tra le due patologie esistenti è presente esclusivamente una dinamica casuale (Edwards, 1981).

Naturalmente notevole attenzione deve essere posta qualora si analizzi la relazione tra due diverse patologie e la loro associazione deve rispettare alcuni principi di fondo come la forza del nesso tra i due elementi, vale a dire che il rischio relativo di sviluppare una seconda patologia psichiatrica a seguito di un quadro sintomatologico ben preciso deve essere sensibilmente elevato. I quadri clinici devono essere ben definiti, il fattore ipotizzato come causa deve ovviamente precedere l'effetto con modalità stabili e non equivoche e, infine, la coerenza dell'ipotesi e dell'osservazione deve essere l'elemento fondante le necessarie ed indispensabili ricerche epidemiologiche che dovranno verificare la correttezza dell'associazione (Manna, 2006).

Esulando per un momento dai quadri clinici indotti esclusivamente dagli eventi traumatici, esistono dati epidemiologici che mostrano una prevalenza, nella popolazione del Nord America, di un disturbo da abuso di sostanze nel 50% degli individui affetti da un altro disturbo psichiatrico contro solo il 6% della popolazione generale. Il rischio calcolato è di circa 5 volte superiore rispetto a chi non presenta quadri psicopatologici. Un soggetto psicotico, ad esempio, presenta un rischio quasi 4 volte superiore di sviluppare una dipendenza da sostanze rispetto ad un individuo "sano" (Regier, 1990).

La ricorrenza di condotte di assunzione di sostanze psicoattive nella popolazione soggetta a malattia mentale in percentuali notevolmente maggiori rispetto alla popolazione generale può avere una duplice interpretazione. Entrambe le condizioni psicopatologiche condividono una comune base neurobiologica oppure le loro interazioni si sviluppano su altri livelli di interesse nella vita dell'individuo (Manna, 2006).

Lo studio di queste complesse interazioni può contribuire non solo ad ampliare la conoscenza generale sui fattori eziopatogenetici di diverse categorie diagnostiche, ma può avere anche importanti risvolti per quel che riguarda il trattamento e la prevenzione dei disturbi psicopatologici.

Gli eventi traumatici e il disturbo da stress post-traumatico sono considerati elementi estremamente importanti nello sviluppo e nello stabilirsi di un disturbo da uso e abuso di sostanze. Questi elementi sono tenuti in sempre maggiore considerazione sia per il trattamento sia per la prevenzione dell'abuso di sostanze psicotrope (Ouimette, 2003).

Quando un disturbo clinico si presenta insieme ad una condizione di abuso di sostanze, infatti, si possono verificare tre diverse situazioni. La prima prevede che le due manifestazioni che richiedono attenzione clinica abbiano fattori patogenetici comuni. La seconda ipotizza un uso delle sostanze psicoattive per alleviare gli effetti del disturbo mentale. La terza suggerisce che l'abuso di sostanze possa svolgere un ruolo di induzione o di "precipitazione" della condizione psichiatrica stessa (Manna, 2006).

In riferimento alla prima ipotesi, si postula il coinvolgimento del sistema nervoso centrale, in particolare delle strutture meso-cortico- limbiche a causa delle funzioni di selezione ed apprendimento di comportamenti adattivi e di stimoli ambientali associate all'attività edonica di cui questo apparato si occupa. In questo senso, una disregolazione o disedonia potrebbe essere alla base di diversi disturbi psicopatologici. Per quanto riguarda l'ultima teoria è ormai noto come alcune sostanze illegali possano produrre quadri sintomatologici simili a diversi disturbi psichiatrici. Le amfetamine e la cocaina possono generare psicosi deliranti, gli allucinogeni possono causare dispercezioni simili a quadri psicotici ed altre sostanze, infine, possono produrre cambiamenti nel tono dell'umore sia in senso maniaco che, al contrario, sul versante depressivo (Manna, 2006).

Il secondo punto, l'automedicazione, riguarda una delle ipotesi che analizzeremo nel terzo capitolo per cercare di spiegare e comprendere il ruolo dell'abuso di sostanze in riferimento al disturbo da stress post-traumatico.

Come detto nel precedente capitolo, il disturbo da stress post-traumatico è una delle potenziali conseguenze dell'esposizione ad eventi traumatici. Quando questi, in particolare, si riscontrano nell'infanzia e comportano la compromissione delle relazioni con importanti figure di riferimento, in questo senso sono esemplificative le violenze domestiche di natura sessuale o meno, si verifica la successiva presenza di tutta una serie di sintomi che, come vedremo, sono in stretta relazione con i disturbi da abuso di sostanze. Questo insieme di manifestazioni sintomatiche è stato denominato come "disturbo da stress post-traumatico complesso" (Ford, 2008).

Tali effetti includono: persistenti problemi di grave disregolazione in ambito emotivo, comportamentale e corporeo; dissociazione; percezione alterata di sé; relazioni

disturbate che passano repentinamente da estremi di isolamento ad elevato invischiamento; distorsioni nelle credenze spirituali ed esistenziali (Ford, 2008).

### *1.1. Adverse Childhood Experience*

Sono state condotte molte ricerche sull'associazione tra disturbo da stress post-traumatico e altre patologie, tra cui depressione maggiore, distimia e abuso di sostanze. Diversi studi suggeriscono che traumi infantili precoci possono condurre a stili di vita negativi e comportamenti disadattivi, compreso l'abuso di sostanze. In particolare, l'abuso fisico e sessuale è strettamente correlato alla tossicodipendenza (Dube, 2003).

Dube e colleghi hanno utilizzato una parte dei risultati dello studio ACE (Adverse Childhood Experiences) per studiare l'associazione tra diverse variabili nei primi 18 anni di vita degli individui e la loro interazione con l'utilizzo di sostanze illegali (Dube, 2003).

Lo studio in questione si riferisce ad oltre 17.000 pazienti dell'Health Maintenance Organization, una collaborazione tra il Centro per la Salute dell'Associazione Kaiser Permanente a San Diego ed il Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie, che ha esaminato i soggetti in due grandi gruppi, il primo tra il 1995 ed il 1996 ed il secondo nel 1997.

Il gruppo di studio di Dube ha analizzato le risposte al questionario di 8.613 individui. Le domande, come detto, si riferivano ai primi 18 anni di vita degli esaminati e prevedevano l'analisi di abuso, abbandono e negligenza, sia emotiva che fisica e diverse variabili circa le condizioni di vita in casa, come episodi di violenza sulla madre, separazione e divorzio. Veniva, inoltre, indagato il rapporto di ciascuno con le sostanze psicoattive, il primo contatto e la tipologia di droga utilizzata (Dube, 2003).

I risultati mostrano chiaramente come ciascuna esperienza negativa nell'infanzia aumenti tra le 2 e le 4 volte la possibilità di contatto con le sostanze illecite in adolescenza o in età adulta. Dalla constatazione, inoltre, che dette esperienze raramente si verificano con modalità isolate, ma si ripetono o si relazionano con altre esperienze altrettanto negative, il gruppo di studio ha cercato di correlare l'accumulo di quest'ultime e i loro effetti sull'utilizzo delle droghe. Il rischio di sviluppare l'uso o abuso di sostanze aumenta

esponenzialmente con il sommarsi degli episodi, in particolare con una massima incidenza nel periodo tra i 14 ed i 15 anni (Dube, 2003).

La stretta relazione individuata non è sorprendente visto che la prossimità nel tempo delle esperienze negative e il fattore esponenziale, qualora siano associate tra di loro, rendono le persone, già particolarmente soggette a difficoltà di sviluppo, estremamente sensibili agli eventi avversi e stressanti. In particolare, i bambini e gli adolescenti esposti a tali avvenimenti possono sviluppare sentimenti quali impotenza, confusione ed instabilità che conducono direttamente a problemi nella regolazione dei propri stati affettivi (Dube, 2003).

L'utilizzo di sostanze illecite può rappresentare una via per fuggire o per operare una dissociazione dai sentimenti di dolore, ansia e rabbia che, quasi sempre, accompagnano le esperienze di cui parliamo (Bensley, 1999; Lebling, 1986).

Nel caso in cui il disturbo da abuso di sostanze si sia sviluppato in età adulta si può essere sicuri che le esperienze traumatiche in età infantile ed adolescenziale abbiano preceduto le condotte tossicomane, confermando così l'estrema vulnerabilità che si viene a creare in situazioni simili (Dube, 2003; Lebling, 1986; Robins, 1980).

Il calcolo del rischio che deriva dalle esperienze precoci infantili circa l'instaurarsi di condotte di tossicodipendenza arriva a determinare che il 64% dell'utilizzo di droghe per via parenterale è attribuibile agli episodi di abuso e trauma di cui abbiamo parlato finora (Dube, 2003).

Dube e colleghi, i cui risultati individuati sono confermati da diversi ulteriori studi quali Dembo (1992), Malinosky-Rummell (1993) e Bensley (1999), specificano, infine, che, nonostante l'interrelazione temporale tra gli eventi traumatici precoci e le tossicodipendenze instauratesi prima dei 18 anni non possa con chiarezza essere analizzato da questo tipo di ricerca, l'alto fattore di rischio ricavato dall'analisi statistica circa l'insorgenza delle condotte tossicomane a 14 anni in caso di eventi stressanti multipli merita un grande considerazione e necessita di ulteriori approfondimenti.

Di conseguenza, una comprensione adeguata dei comportamenti tossicomani in oggetto può consentire di sviluppare programmi di prevenzione e di intervento non solo



per la guarigione del singolo individuo, ma anche per evitare che adolescenti a rischio possano instaurare abitudini disadattive.

### *1.2. National Survey of Adolescents*

Come detto in precedenza, è stata individuata una chiara relazione tra episodi di violenza interpersonale ed eventi traumatici e instaurarsi di un disturbo da stress post-traumatico. Violenze sessuali, aggressioni fisiche, violenza familiare, disastri naturali ed incidenti sono correlati positivamente con questo particolare disturbo (Resnick, 1993; Kessler, 1995).

Successive ricerche hanno dimostrato che i suddetti eventi traumatici rappresentano anche forti fattori di rischio per il successivo instaurarsi di un disturbo da abuso di sostanze (Kessler, 1997; Kilpatrick, 1997; Saunders, 1999).

Uno dei più recenti è lo studio di Kilpatrick e colleghi (2000) che hanno indagato i fattori di rischio e la loro interrelazione per lo stabilirsi del disturbo da abuso di sostanze. I ricercatori si sono basati su campioni di adolescenti a livello nazionale individuati dal National Comorbidity Survey svolto all'inizio degli anni '90 e successivamente replicato fino al biennio 2001-2002 (<http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/>).

I risultati hanno confermato che le stesse variabili utilizzate per gli studi circa il disturbo da stress post-traumatico sono responsabili anche del disturbo da uso e abuso di sostanze psicoattive (Kilpatrick, 2000).

Lo studio, effettuato tra 4.023 adolescenti tra i 12 ed i 17 anni, ha individuato in particolare 5 chiari risultati:

- a) una parte significativa degli adolescenti, circa il 10% dei diciassettenni, mostrava i sintomi di abuso o di dipendenza da sostanze;
- b) osservare o essere coinvolti in prima persona in episodi di violenza aumentava il rischio di problemi con le sostanze psicoattive nell'anno precedente l'intervista;
- c) preesistenti problemi con l'uso di alcol in famiglia erano correlati positivamente con condotte tossicomane e di abuso di alcol negli

adolescenti, ad eccezione dell'uso e abuso di marijuana. Al contrario, l'abuso di sostanze in famiglia elevava il rischio per l'utilizzo di droghe, compresa la marijuana, negli adolescenti ma non il loro atteggiamento nei confronti dell'alcol;

- d) il disturbo da stress post-traumatico accresceva in modo determinante il rischio per un disturbo da uso o abuso di sostanze, ma non per la dipendenza da alcol;
- e) in base a categorie demografiche e familiari i caucasici incontravano i criteri per la diagnosi di abuso di sostanze tra le tre e le nove volte di più rispetto agli afro-americani, mentre gli ispanici e i nativi americani non avevano differenze significative rispetto ai caucasici (Kilpatrick, 2000).

I risultati della ricerca di Kilpatrick e colleghi confermano altri studi precedenti e pongono alcuni punti fermi sui quali porre una riflessione per continuare ed ampliare la ricerca.

Appare innanzitutto chiaro che gli adolescenti subiscano un modellamento dei comportamenti genitoriali. L'abuso di alcol da parte dei genitori raddoppia il rischio di un abuso di alcol o di droghe nei ragazzi, mentre l'abuso unicamente di sostanze psicoattive influisce sul rischio di instaurare condotte tossicomane negli adolescenti, ad eccezione dell'abuso di alcol.

L'elevato rischio che si è riscontrato nei risultati della ricerca può naturalmente essere legato al pericolo, cui sono esposti gli adolescenti con genitori con disturbo da abuso di sostanze, di essere vittime di episodi di violenza nell'infanzia. Maltzman e Schweiger (1991) hanno individuato che l'81% delle donne adolescenti sottoposte a trattamento per abuso di sostanze sono state vittime di violenza fisica o sessuale da parte di genitori che soffrivano dello stesso disturbo rispetto al 57% delle donne che non avevano un genitore tossicodipendente.

L'abuso di sostanze nei genitori, quindi, accresce il rischio per la stessa patologia nei figli adolescenti sia direttamente, attraverso un modellamento del comportamento, sia in modo indiretto, attraverso l'aumento della possibilità di sperimentare eventi traumatici i quali, a loro volta, conducono successivamente alle condotte tossicomane (Kilpatrick, 2000).

I risultati più importanti e maggiormente rilevanti sono connessi, comunque, all'essere vittima o all'assistere ad episodi di violenza. Sia sperimentare in prima persona l'abuso sessuale o fisico, sia essere oggetto di tentativi di violenza, raddoppia il fattore di rischio per l'insorgenza di un disturbo da abuso di sostanze (Kilpatrick, 2000).

Non solo, osservare un episodio di violenza interpersonale è altamente stressante e può indurre reazioni di coping disadattive, come l'uso o abuso di sostanze. Essere testimoni di un episodio violento, infatti, è tra i fattori di rischio più importanti e potenti, triplicando la possibilità di instaurare comportamenti di abuso di sostanze psicotrope (Kilpatrick, 2000).

La violenza domestica è particolarmente terrorizzante per i bambini e causa un livello di affetti negativi estremamente alto. Le caratteristiche di questo tipo di violenza, inoltre, complicano le reazioni degli individui. La violenza domestica, infatti, è normalmente ripetuta nel tempo e ciò, unito all'incapacità del bambino di allontanarsi dalla situazione stressante, conduce all'esacerbarsi delle reazioni disadattive e delle emozioni negative provate (Kilpatrick, 2000).

Il terzo punto individuato è il ruolo di fattore di rischio del disturbo da stress post-traumatico per il successivo instaurarsi di condotte tossicomane.

Dallo studio che stiamo analizzando non emerge una causalità diretta tra disturbo da stress post-traumatico e abuso di alcol, dato questo in contrasto con altre ricerche tra cui Epstein (1998). Gli autori ricordano che, essendo il focus della loro ricerca centrato esclusivamente sull'utilizzo di sostanze stupefacenti, la loro analisi statistica potrebbe aver tralasciato dati importanti riguardanti l'uso e abuso di alcol, suggerendo, inoltre, come alcune "classi" di sostanze possano agire in maniera maggiormente energica su sintomi quali arousal, pensieri intrusivi ed evitamento. L'alcol può effettivamente mascherare alcuni sintomi così da rendere più difficile l'interpretazione del fenomeno (Kilpatrick, 2000).

Ad ogni modo, i risultati emersi hanno stabilito con certezza che giovani esposti ad eventi traumatici di natura interpersonale si avvicinano più facilmente alle sostanze psicoattive, stabiliscono condotte di consumo e, in seguito, mostrano i sintomi di disturbo

da abuso di sostanze ad un'età precoce rispetto ai coetanei non esposti a violenza (Kilpatrick, 2000).

Questo dato conferma l'ipotesi secondo la quale assistere o essere oggetto di violenza in età di sviluppo gioca un ruolo di fattore di rischio estremamente importante per il successivo disturbo da abuso di sostanze.

Le condotte tossicomane in adolescenza, inoltre, sono eccezionalmente resistenti al trattamento e, oltre alle chiare difficoltà e rischi per la salute, il pericolo ulteriore è rappresentato dall'instaurarsi di una sorta di circolo vizioso per cui l'adolescente tossicodipendente incorre più facilmente in successivi episodi di violenza i quali, a loro volta, rinforzano la condotta disadattiva favorendo e perpetuando l'assunzione di sostanze psicoattive (Kilpatrick, 2000).

Dai dati emersi dallo studio è chiaro che gli episodi di violenza, sia fisica che sessuale, o anche solo essere stati testimoni di tali eventi, rappresentano un fattore di rischio preponderante nella successiva diagnosi di disturbo da abuso di sostanze. Tale relazione non può essere tralasciata e gli interventi terapeutici e preventivi devono necessariamente porre sotto la corretta attenzione questi eventi per comprendere appieno il fenomeno e risolvere alla radice il problema dell'adolescente o dell'adulto.

L'importanza della ricerca svolta da Kilpatrick e colleghi risiede nello spettro ampio di situazioni problematiche che è stato utilizzato. Lo studio ha analizzato il rapporto e la correlazione che può intercorrere tra diversi episodi di violenza e uso di diverse sostanze psicotrope. Molti studi in passato hanno cercato di analizzare il fenomeno dell'abuso di sostanze, ma erano concentrati su una singola sostanza in relazione con una singola categoria di eventi tra gli appartenenti ad un solo sesso.

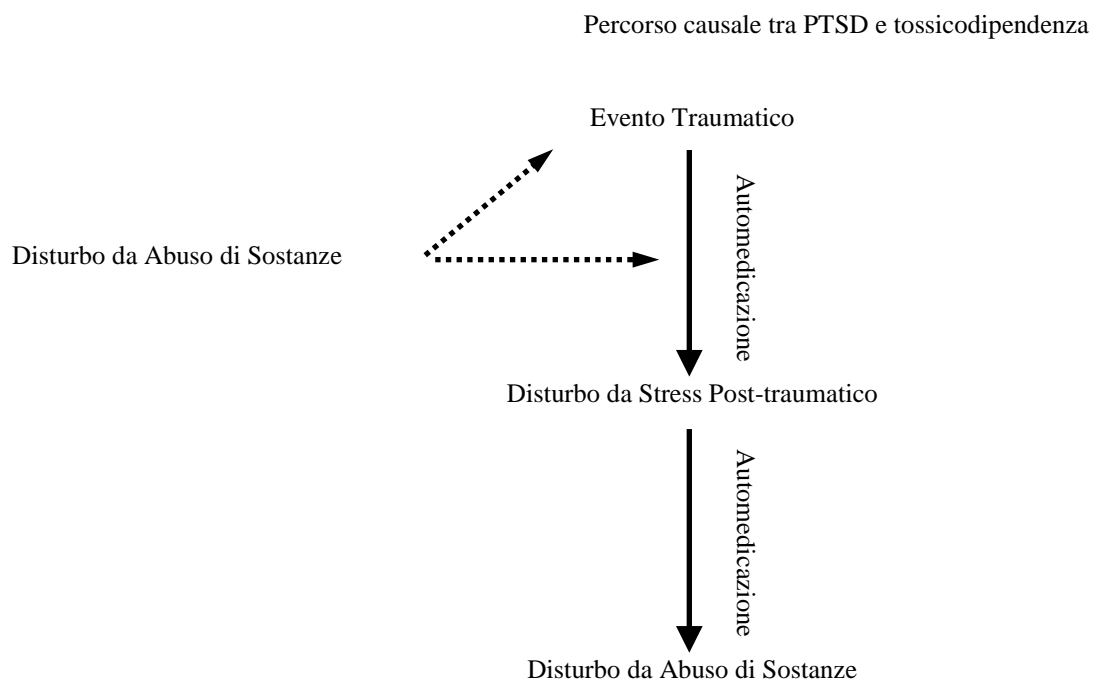
Analizzare gli effetti negativi dell'abuso fisico, dell'abuso sessuale, della violenza domestica e dell'essere presenti a tali eventi con tutte le sostanze psicoattive, eccezion fatta per l'alcol, ha rappresentato un cambio radicale nella ricerca, possibile solo grazie alle indagini epidemiologiche a livello nazionale.

## 2. Il disturbo da stress post-traumatico come fattore di rischio per l'insorgenza delle tossicodipendenze

Come abbiamo visto nel precedente paragrafo, diverse ricerche si sono concentrate sul rapporto che intercorre tra eventi traumatici e dipendenza da sostanze. Nonostante tale associazione sia ormai chiara ed ampiamente confermata, ciò che manca è una piena comprensione dell'eziologia e dei meccanismi causali tra di esse.

A dispetto del gran numero di studi effettuati, infatti, la relazione causale che intercorre tra eventi traumatici e disturbo da abuso di sostanze è stata stabilita con scarsa evidenza. In altre parole, è chiara l'associazione tra i due disturbi, ma mancano progressi decisi verso l'individuazione del ruolo di fattore di rischio di un disturbo verso l'altro e viceversa. Di questo si occupa un interessante articolo di Chilcoat e Breslau (1998) che utilizza nuove analisi statistiche per cercare di fare chiarezza circa il ruolo di fattore di rischio di ciascun disturbo.

Nella ricerca contemporanea sono stati individuati tre possibili precorsi di associazione tra i due disturbi.



Fonte: Chilcoat, 1998

La spiegazione causale prominente è l'ipotesi dell'automedicazione, rappresentata in figura dalle frecce nere continue, nella quale i sintomi di disturbo da stress post-traumatico, posteriori all'esposizione ad un evento traumatico, influenzano e favoriscono il successivo disturbo da abuso di sostanze. Questo modello si basa in modo preponderante sull'osservazione clinica ed ipotizza, come vedremo in modo approfondito nel prossimo capitolo, che le sostanze psicoattive siano utilizzate dagli individui per alleviare i sintomi dolorosi ed invalidanti del disturbo da stress post-traumatico originati dal ricordo intrusivo dell'evento traumatico stesso (Brown, 1994; Khantzian, 1985; Stewart, 1996).

Le altre due possibili interpretazioni dell'associazione tra i due disturbi considerano l'abuso di sostanze come elemento causale del disturbo da stress post-traumatico.

Nel primo percorso, ipotesi "dell'alto rischio", rappresentata dalla prima freccia tratteggiata, l'uso di droghe è considerato parte di un più largo insieme di comportamenti ad alto rischio che incrementano la possibilità di essere esposti ad eventi traumatici che, a loro volta, causano l'insorgenza di un disturbo da stress post-traumatico il quale, infine, rinforza l'utilizzo di sostanze psicotrope (Chilcoat, 1998).

La seconda interpretazione, ipotesi della "suscettibilità", raffigurata come una freccia tratteggiata orizzontale, suppone che individui con disturbo da uso e abuso di sostanze siano più inclini a sviluppare la sintomatologia del disturbo da stress post-traumatico nel caso in cui siano protagonisti di un evento traumatico. Questa suscettibilità può essere indotta attraverso diversi meccanismi, come la difficoltà di attuare strategie di coping adattive fino a cambiamenti a livello di sistema nervoso centrale a causa dell'uso prolungato delle sostanze psicoattive (Chilcoat, 1998).

Diverse ricerche in passato hanno indagato il ruolo di ciascun disturbo basandosi sull'età nella quale i sintomi sono divenuti manifesti per la prima volta. Questo tipo di approccio ha condotto a risultati contrastanti in cui, ad esempio, Cottler e colleghi (1992) hanno stabilito che l'uso di droghe tipicamente precede il disturbo da stress post-traumatico, mentre Kessler e colleghi (1995) hanno altresì evidenziato come il disturbo da stress post-traumatico sia precedente al disturbo da abuso di sostanze.

Questa discrepanza potrebbe essere originata dai limiti metodologici che caratterizzano gli studi in questione. Infatti, considerando come discriminante l'età di

insorgenza del disturbo da stress post-traumatico e del disturbo da abuso di sostanze, questa procedura include nell'osservazione solo i casi in cui siano presenti i due disturbi perdendo di vista l'obiettivo specifico dell'individuazione di quale fenomeno rappresenti il fattore di rischio (Chilcoat, 1998).

“L'ipotesi quindi che un disturbo eserciti un'influenza causale sull'altro sarebbe rafforzata qualora potessimo dimostrare che esso incrementi il rischio di insorgenza del secondo disturbo” (Chilcoat, 1998, 830).

Per raggiungere questo obiettivo Chilcoat e Breslau utilizzano due metodi statistici analitici che prendono in considerazione la sequenza temporale di ciascun disturbo. Il primo approccio impiega una modalità prospettica per stimare il rischio di sviluppare un disturbo da abuso di sostanze sia in gruppi con sintomatologia di disturbo da stress post-traumatico sia in gruppi in cui questo disturbo sia assente. Viceversa, analizza anche il rischio di incorrere in eventi traumatici e in disturbo da stress post-traumatico in gruppi con o senza preesistenti patologie correlate alle sostanze psicoattive. Il secondo approccio, l'analisi della sopravvivenza, utilizza le informazioni circa il tempo di occorrenza di un evento per confrontare il rischio di insorgenza del disturbo in entrambi i gruppi (Chilcoat, 1998).

L'analisi statistica dei due autori è stata effettuata su una parte dei partecipanti ad una ricerca epidemiologica condotta dall'Health Maintenance Organization nel Michigan. 955 individui tra i 21 ed i 30 anni, selezionati in modo casuale, hanno risposto a diverse interviste, per testare l'evoluzione della loro condizione, nel 1989, 1992 e 1994 (Chilcoat, 1998).

Il primo importante risultato ha sottolineato come il 25% degli individui con problemi di uso e abuso di sostanze presenti una “storia” di disturbo da stress post-traumatico rispetto a solo il 9% di coloro che sono liberi da patologie associate alla droga. Inoltre, l'incidenza nel corso della vita del disturbo da abuso di sostanze è del 29% in coloro con un passato caratterizzato da disturbo da stress post-traumatico rispetto al 12% in soggetti esenti da sintomi correlati con il trauma. Nonostante questi dati indichino e confermino una forte associazione tra i due disturbi poco si può dedurre sulla loro relazione eziologica (Chilcoat, 1998).

L'analisi prospettica analizza la prevalenza dell'insorgenza di un disturbo da abuso di sostanze in coloro che, all'epoca della prima intervista del 1989, non presentavano sintomi ad esso associati. 110 individui mostravano condotte di dipendenza da sostanze psicoattive, gli altri 855 rimanevano quindi "a rischio" per un possibile instaurarsi di tossicodipendenze nei 5 anni seguenti di follow-up. Sintomi preesistenti di disturbo da stress post-traumatico aumentano decisamente il rischio di sviluppare una dipendenza da sostanze. L'incidenza è, infatti, oltre 4 volte maggiore rispetto a coloro che non presentano sintomi di origine traumatica (Chilcoat, 1998).

Allo stesso modo si è analizzato il possibile ruolo della tossicodipendenza come fattore di rischio per lo sviluppo di sintomatologie post-traumatiche. Dato che gli individui esposti in passato ad eventi traumatici rimangono a rischio per il successivo presentarsi di eventi simili, l'intero campione è stato considerato a rischio nei successivi 5 anni. I risultati non hanno mostrato alcun aumento di rischio qualora la persona presenti condotte tossicomane. Coloro che presentavano questa patologia alla prima intervista avevano sostanzialmente la stessa probabilità o rischio relativo di incorrere in eventi traumatici rispetto ai soggetti non tossicodipendenti, rispettivamente del 25 e del 24% (Chilcoat, 1998).

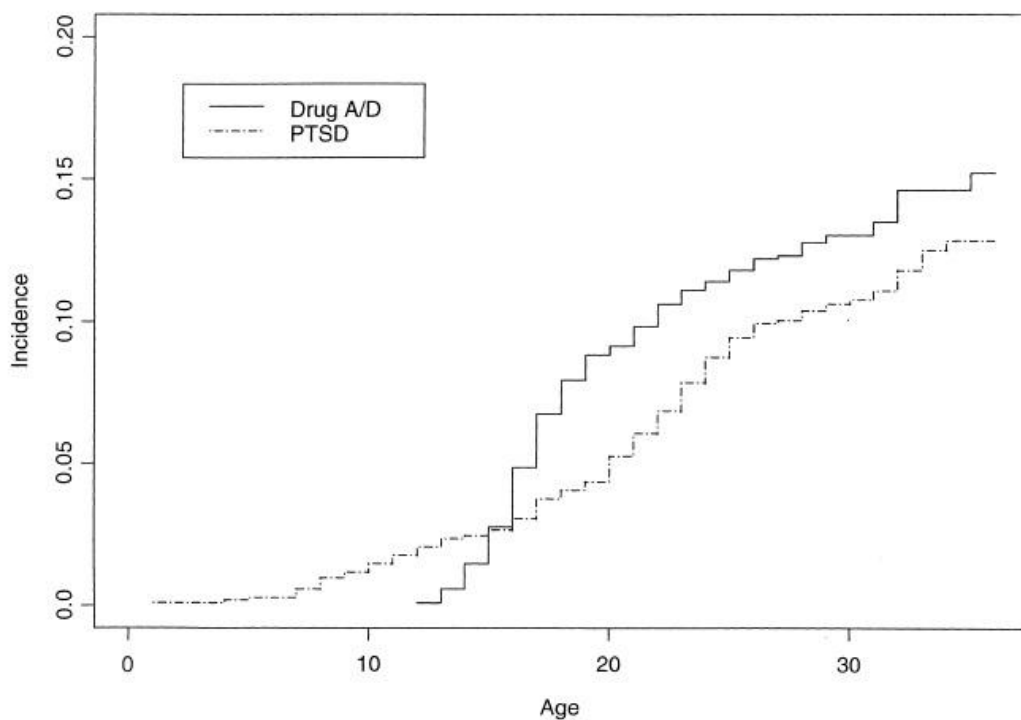
I risultati dell'analisi prospettica, quindi, forniscono supporto all'ipotesi dell'automedicazione, segnalando un incremento del rischio di sviluppare un disturbo da abuso di sostanze di 4 volte superiore per gli individui con un passato legato ad eventi traumatici rispetto ad altri senza esperienze di questo tipo. Le altre due ipotesi, l'alto rischio e la suscettibilità non sembrano trovare conferma empirica (Chilcoat, 1998).

Il secondo metodo statistico utilizzato è, come detto, l'analisi della sopravvivenza. Questo approccio permette di confrontare diverse variabili, definite come esiti, in differenti gruppi in relazione al momento della comparsa dei sintomi. In questo caso, sono state analizzate: l'abuso e la dipendenza da sostanze, prendendo in considerazione il momento in cui i primi sintomi sono comparsi; il disturbo da stress post-traumatico, analizzando l'età di comparsa dei primi indici diagnostici; gli eventi traumatici all'epoca della prima esperienza (Chilcoat, 1998).



I ricercatori hanno utilizzato le procedure di analisi della sopravvivenza proposte da Kaplan e Maier che permettono di individuare e rappresentare su grafico le curve di incidenza dei due disturbi a seconda dell'età di insorgenza mettendole in relazione tra di loro per ottenere una stima dell'“incidenza cumulativa” (Chilcoat, 1998).

Come si evince dal grafico, l'incremento più importante e rapido in riferimento al disturbo da abuso di sostanze si ha tra i 15 e 23 anni, mentre per quel che riguarda il disturbo da stress post-traumatico, questo si verifica nell'infanzia e continua ad influenzare gli individui fino all'età adulta con un picco nell'incidenza cumulativa tra i 20 ed i 27 anni. L'incidenza dei due disturbi, seppur attraverso diversi percorsi, è praticamente identica una volta giunti in età adulta, come mostra l'andamento “parallelo” delle due curve dai 23 anni in avanti (Chilcoat, 1998).



Fonte: Chilcoat, 1998

L'utilità di questo metodo di analisi risiede nella possibilità di considerare i disturbi come variabili che possono, come in effetti avviene, modificarsi nel tempo. Questo può avvenire quando si utilizzano delle variabili dipendenti dal tempo. Nelle metodologie

classiche le variabili indipendenti, in questo caso i disturbi, sono spesso considerate come stabili nel tempo perché altrimenti non si otterrebbero dei risultati validi.

Per chiarire ulteriormente il concetto si può considerare che, sempre in riferimento al campione selezionato da Chilcoat e Breslau, un individuo che manifesti sintomi di disturbo da stress post-traumatico, anche se solo da un mese, verrebbe, con le metodologie classiche, considerato appartenente alla categoria “individui con disturbo da stress post-traumatico” anche se, per i precedenti 30 anni della sua vita, non ha mostrato alcuna sintomatologia post-traumatica. Non solo, qualora questa stessa persona presentasse un disturbo da abuso di sostanze precedente al disturbo da stress post-traumatico, verrebbe comunque inclusa nel secondo gruppo di individui, essendo la sintomatologia occorsa nel periodo di follow-up, nonostante in questo caso sarebbe palese che il disturbo da stress post-traumatico non potrebbe essere considerato come fattore di rischio per il disturbo da abuso di sostanze (Chilcoat, 1998).

Tenere in considerazione l'età di insorgenza di un disturbo, la sua progressione e i cambiamenti che ogni individuo può incontrare nella sua vita risulta, quindi, essenziale per comprendere completamente il fenomeno.

I ricercatori hanno, infine, analizzato i risultati circa il rischio di sviluppare un disturbo da abuso di sostanze partendo da una condizione di disturbo da stress post-traumatico e viceversa.

Utilizzando, come detto, le variabili come dipendenti dal tempo, il disturbo da stress post-traumatico incrementa il rischio di insorgenza di un disturbo da abuso di sostanze di ben 4,5 volte rispetto al 2,8 calcolato con le variabili fisse. D'altra parte, avvalendosi della stessa metodologia, un preesistente disturbo da abuso di sostanze rappresenta un rischio considerevolmente minore rispetto ai risultati ottenuti con metodologie classiche, rispettivamente 1,6 contro 2,3 (Chilcoat, 1998).

In conclusione, è confermata la stretta associazione tra i due disturbi, mentre è possibile chiarire la relazione causale tra di essi. Il disturbo da stress post-traumatico rappresenta un importante fattore di rischio per la successiva insorgenza del disturbo da abuso di sostanze. Ciò fornisce un supporto per l'ipotesi dell'automedicazione che, come

vedremo nel prossimo capitolo, è ritenuta da molti studiosi e clinici come strategia adattiva utilizzata dalle persone coinvolte in eventi traumatici.

### **3. La questione della comorbidità**

Il termine comorbidità è stato introdotto da Feinstein come “[...] qualsiasi distinta entità clinica che coesiste o può manifestarsi lungo il decorso clinico di un paziente che è in trattamento” (Feinstein, 1970, 456-457). In psichiatria e psicopatologia questo concetto, comunemente utilizzato in riferimento al sovrapporsi di due o più disturbi psichiatrici, ha ricevuto sempre maggiore attenzione da parte di clinici e ricercatori soprattutto riguardo all’occorrenza contemporanea dei disturbi da abuso di sostanze con altri disturbi mentali (Wittchen, 1996).

Alla fine degli anni '90 Angold e colleghi hanno delineato una distinzione all’interno del concetto stesso di comorbidità dividendola in due fenomeni: la comorbidità omotipica ed eterotipica. La prima si riferisce all’evenienza in cui siano presenti due disturbi dello stesso gruppo diagnostico, come ad esempio una dipendenza da alcol e cannabis, mentre la seconda distinzione riguarda la ricorrenza di disturbi appartenenti a diverse categorie diagnostiche (Angold, 1999). Questo è il caso che ci interessa maggiormente per la sovrapposizione con il disturbo da stress post-traumatico, una comorbidità eterotipica tra il disturbo da abuso di sostanze e un disturbo d’ansia.

Lo studio della comorbidità ha pesanti implicazioni per l’eziologia, la prevenzione ed il trattamento dei problemi di salute mentale.

Come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, una volta appurato il fenomeno di sovrapposizione di diversi disturbi mentali, nuove ipotesi vengono avanzate per studiare e comprendere l’eziologia delle tossicodipendenze in relazione ad altri disturbi psichiatrici e viceversa.

Questo elemento deve essere tenuto in considerazione, inoltre, sia nella valutazione dello stato di un paziente sia nel programmare l’eventuale trattamento.

La comorbilità, infatti, può predire differenti esiti terapeutici: l'efficacia dei trattamenti per la dipendenza da alcol, ad esempio, può essere migliorata qualora siano previsti interventi anche sulla depressione dell'individuo (Hall, 1998).

Per quel che riguarda la prevenzione è necessaria un'integrazione dei diversi programmi in atto. I professionisti, a tutt'oggi, non sono abituati a programmare interventi terapeutici combinati: la prevenzione circa l'uso delle sostanze psicoattive, ad esempio, viene condotta separatamente da programmi preventivi riguardanti l'educazione sessuale e il rischio in cui si incorre con comportamenti sessuali non corretti (Degenhardt, 2003).

L'Epidemiological Catchment Area, richiesto dalla Commissione di Salute Pubblica degli Stati Uniti negli anni '80, ha rappresentato una pietra miliare nello studio dell'epidemiologia psichiatrica e psicopatologica. Analizzando le risposte a diverse interviste strutturate di quasi 21.000 individui, non solo ha fornito una panoramica completa ed esaustiva della condizione di salute generale della popolazione, ma ha anche favorito l'ideazione e la conduzione di studi simili in altre parti del mondo come Germania, Canada, Nuova Zelanda, Cina e Corea.

In particolare, tra tutti i soggetti che avevano avuto nel corso della loro vita una diagnosi e un trattamento per un disturbo mentale, quasi il 15% mostrava sintomi di abuso o dipendenza da sostanze e il 29% riferiva un abuso o dipendenza da alcol. Per i pazienti con abuso da sostanze il rischio di esibire disturbi psicopatologici è di circa 4 volte superiore rispetto alla popolazione generale (Manna, 2001).

I tassi di comorbilità più alti con il disturbo da abuso di sostanze sono risultati essere la schizofrenia nel 27%, i disturbi affettivi nel 19% e i disturbi di personalità nel 42% (Manna, 2001).

L'associazione tra disturbo di personalità e tossicodipendenza è variabile tra il 30% e il 100% (Kernberg, 1978; Nace, 1991). I disturbi di personalità più frequenti sono risultati essere quelli del cluster B del DSM-IV con prevalenza per il disturbo di personalità antisociale, anche se alcuni studiosi hanno suggerito che i tossicodipendenti con disturbo di personalità di cluster A o C possano distribuirsi uniformemente tra servizi terapeutici ambulatoriali e residenziali a differenza dei primi che, a causa delle difficoltà incontrate in programmi terapeutici con alta valenza sociale ed interpersonale, come i

servizi residenziali comunitari, si concentrano prevalentemente nei servizi ambulatoriali (Clerici, 1989; Clerici, 1993; Clerici, 1996).

Il National Comorbidity Survey svolto nel 1992 è l'altro grande studio epidemiologico che ha fornito robusti dati circa la condizione della popolazione generale statunitense in relazione ai disturbi mentali.

Questa ricerca prende spunto dall' Epidemiological Catchment Area con l'obiettivo di indagare direttamente il fenomeno della comorbidità. Le interviste sono state proposte a quasi 10.000 persone tra i 18 e i 54 anni, evitando di operare distinzioni tra la popolazione istituzionalizzata o meno. Il precedente studio aveva indicato con chiarezza che gli indici di prevalenza nei pazienti erano sostanzialmente equivalenti a quelli della popolazione generale (Andrews, 2003).

I risultati sono stati pressoché identici: il 56% degli individui con una diagnosi di disturbo mentale lungo il corso della loro vita presentavano almeno un altro disturbo conclamato (Kessler, 1995).

Numerosi altre ricerche sono state svolte sul tema della comorbidità, ma i due appena descritti sono gli unici che hanno esaminato il fenomeno "lifetime" e non restringendo l'osservazione ai precedenti 3, 6 o 12 mesi. Ad ogni modo, il Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study del 1998 ha rilevato che il 45% degli individui con un disturbo psichiatrico presentava, nei 12 mesi precedenti, almeno un'altra diagnosi specifica (Andrews, 2003).

In sostanza, le diagnosi multiple, passate o odierne che siano, sono molto più comuni di quanto ci si attendeva osservando le incidenze dei disturbi nei singoli pazienti. Come si pensa, il peso del disturbo mentale tende a concentrarsi in alcuni individui. I risultati che abbiamo appena visto appaiono indipendenti dal Paese in cui viene effettuato lo studio e dagli strumenti utilizzati per le rilevazioni ed è, quindi, altamente improbabile che essi siano artefatti o suscettibili di radicali modifiche (Andrews, 2003).

È interessante osservare come il fenomeno della comorbidità "lifetime" sia maggiormente presente tra disturbi appartenenti alla stessa categoria diagnostica. La depressione maggiore è fortemente associata, ad esempio, alla distimia. Qualora l'analisi dei due grandi studi epidemiologici venga però ristretta all'anno di vita precedente,

l'associazione tra disturbi d'ansia e tossicodipendenza e tra quest'ultima e i disturbi dell'umore aumenta notevolmente la sua incidenza, indicando che i disturbi in questione si presentano spesso contemporaneamente e per un periodo di tempo limitato (Andrews, 2003). Questo elemento necessita naturalmente di ulteriori studi e di programmazione di interventi terapeutici e preventivi adatti alla particolare evenienza.

Il fenomeno di cui ci stiamo occupando stimola gli studiosi ed i teorici a confrontarsi circa i sistemi diagnostici in uso e ad ipotizzare metodi alternativi per semplificare il cruciale momento della diagnosi e per risolvere, se possibile ed almeno in parte, il problema della doppia diagnosi.

Gli enormi progressi della conoscenza scientifica in campo neuro-biologico hanno messo in crisi quello che, sin dal lavoro di Kraepelin, è stato il modello nosografico dominante. Diversi studi di neuro-morfologia, neuro-fisiologia e di trasmissione inter-generazionale indicano una possibile continuità nei disturbi dello spettro schizofrenico, così come i disturbi d'ansia e dell'umore possono ora essere interpretati non come categoria diagnostiche distinte e separate, ma come disturbi che si collocano su di un unico continuum (Roth, 1972; Crow, 1991; Elkis, 1995; Altamura, 1992; Altamura, 1996; Breier, 1985).

La diagnosi, in effetti, ha attualmente più un valore comunicativo tra clinici piuttosto che rappresentare un'abilità di identificazione dei meccanismi eziopatogenetici dei diversi disturbi. L'importanza dei manuali di diagnosi categoriale, DSM-IV e ICD-10, è notevolmente ridotta. Nella pratica clinica si evidenziano dimensioni patologiche trans-sindromiche e l'approccio categoriale non permette di cogliere quegli aspetti di somiglianza tra sindromi diverse che potrebbero condurre allo studio di meccanismi patogenetici comuni (Manna, 2001).

Ad ogni modo, un sistema diagnostico multiassiale, come quello del DSM, permette al professionista di valutare il paziente in diversi aspetti della propria vita e in diverse aree di funzionamento per poter comprendere al meglio il fenomeno per cui è richiesta una specifica attenzione clinica.

Negli ultimi decenni abbiamo assistito ad un grande dibattito circa gli strumenti diagnostici in uso e il dialogo si sta muovendo verso una comprensione dei disturbi che

tenda non ad un inquadramento in categorie nosografiche precise e ristrette, quanto piuttosto all'individuazione di quelle componenti sintomatologiche fondamentali che possono rappresentare una comune base per disturbi anche molto diversi tra di loro come ad esempio ansia, aggressività, problemi cognitivi e così via (Manna, 2000).

Anche per la diagnosi di dipendenza patologica da sostanze, di conseguenza, assisteremo a sviluppi legati alle conoscenze scientifiche circa i correlati neuro-biologici del comportamento umano. Ciò non toglie che l'eventuale nuova sistematizzazione nosografica ed interpretativa dovrà rientrare in quella visione bio-psico-sociale dell'uomo e dei suoi comportamenti in relazione al contesto relazionale ormai accertata e ritenuta come punto di riferimento.

#### **4. Quali sostanze per quali sintomi**

L'ipotesi dell'automedicazione (Khantzian, 1985) suggerisce, come vedremo più approfonditamente nel prossimo capitolo, che le sostanze psicoattive siano utilizzate, dalle persone con disturbo da stress post-traumatico conclamato, per alleviarne determinati sintomi.

Le prime teorie in questo senso derivano dall'osservazione dei reduci e veterani di guerra e una ricerca particolarmente interessante è stata svolta da Bremner e colleghi (1996) su un gruppo di 61 veterani della guerra nel Vietnam ammessi ad un programma di trattamento del disturbo da stress post-traumatico correlato con i combattimenti in guerra del "Centro Nazionale per il PTSD".

Si tratta di uno studio longitudinale retrospettivo: ai pazienti sono state somministrate diverse interviste strutturate con l'obiettivo di risalire nel tempo e di stabilire l'esordio e lo sviluppo dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico e dei sintomi del disturbo da abuso o dipendenza da sostanze. È stato indagato, inoltre, il ruolo di questi ultimi sulla gravità dei primi secondo la percezione dei pazienti (Bremner, 1996).

Il 62% dei soggetti ha sviluppato una sintomatologia relativa al disturbo da stress post-traumatico entro i due anni successivi al termine dell'esperienza in guerra, mentre il 15% mostrava almeno un sintomo già nel periodo di impegno diretto nei combattimenti. 8

dei 61 pazienti hanno avuto un esordio tardivo del disturbo fino a 10 anni dopo la conclusione dell'esperienza (Bremner, 1996).

È interessante osservare che il 63% dei pazienti ha riferito l'iperattivazione come primo sintomo a manifestarsi, mentre il 32% sperimentava sintomi di evitamento e solo il 5% era caratterizzato da ricordi intrusivi. Tutti i pazienti, ad ogni modo, sviluppavano in modalità rilevanti: "essere in guardia", ottundimento emotivo e reazioni di paura (Bremner, 1996).

L'abuso di sostanze segue parallelamente l'intensità dei sintomi di disturbo da stress post-traumatico giungendo ad un picco tra i 10 e i 12 anni successivi all'esposizione per poi lentamente diminuire in termini di abuso sostituito da una ormai conclamata dipendenza (Bremner, 1996).

I sintomi di entrambi i disturbi sembrano, quindi, stabilizzati e cronicizzati dopo pochi anni dall'esperienza traumatica fino al punto in cui l'incapacità nel condurre una vita lavorativa e relazionale soddisfacente ha indotto i soggetti a cercare un trattamento valido per i propri problemi.

I pazienti hanno riferito, inoltre, che l'alcol, l'eroina, la marijuana, gli oppiacei e le benzodiazepine, ma non la cocaina, sono di grande beneficio per i sintomi di disturbo da stress post-traumatico. L'alcol migliora la percezione di diversi sintomi quali: incubi notturni e disturbi del sonno; sentirsi isolato dagli altri; stare sempre in guardia; essere facilmente spaventato. Le benzodiazepine migliorano, oltre gli ultimi due sintomi elencati, anche il sonno e l'irritabilità. L'eroina sembra agire come le altre sostanze con il "vantaggio" di incidere con forza anche sui sintomi di intrusione, migliorando non solo gli incubi notturni ma anche i flashback, i pensieri intrusivi ed i sentimenti negativi legati al ricordo dell'evento traumatico. Viceversa, la cocaina è percepita avere un influsso negativo sui sintomi di iperattivazione (Bremner, 1996).

Horowitz (1976) ha ipotizzato che il disturbo da stress post-traumatico sia caratterizzato da una progressione ciclica, con alternarsi di periodi di tempo in cui siano preponderanti i sintomi intrusivi ed altri momenti contraddistinti da ottundimento o evitamento.



I pensieri intrusivi, cioè, irromperebbero ripetutamente a livello della consapevolezza per una necessità di assimilazione cognitiva, mentre i sintomi di evitamento sarebbero una difesa dell'individuo contro il processo appena descritto al fine di ridurre l'ansia che ne deriverebbe (Horowitz, 1976). Proprio per questo motivo, di solito, i pazienti tendono a cercare sostanze psicotrope per ridurre solamente l'iperattivazione e i pensieri intrusivi, considerando inconsapevolmente l'evitamento come l'elemento "migliore" della loro sintomatologia.

Il campione utilizzato da Bremner e colleghi non conferma questa dinamica, ma la particolare condizione di cronicità della sintomatologia dei soggetti e la loro ricerca di trattamento da lungo periodo potrebbero essere responsabili di queste differenze.

Miglioramento dei sintomi in relazione alla sostanza utilizzata

Sintomi	Cambiamento nei sintomi				
	Alcol	Marijuana	Eroina	Benzodiazepine	Cocaina
Ricordi intrusivi	+		+		
Incubi notturni			+		
Flashback			+		
Peggioramento dell'umore ricordando la guerra			+		
Evitamento					
Amnesia					
Diminuzione dell'interesse					
Sentirsi lontani dagli altri	+				
Ottundimento emotivo					
Disturbi del sonno	+	+	+	+	-
Irritabilità			+	+	
Minor concentrazione					
Essere in guardia	+		+	+	-
Spaventarsi facilmente	+		+	+	-

Fonte: Bremner, 1996

La teoria dell'automedicazione è supportata efficacemente solo per alcuni disturbi psicopatologici. È stato suggerito, per esempio, per la schizofrenia, che i pazienti potessero

fare abuso di stimolanti, piuttosto che di altre sostanze, nel tentativo di migliorare i propri sintomi negativi (Schneier, 1987), ma questi stessi risultati non sono stati confermati da successive ricerche che hanno invece tendenzialmente smentito il ruolo sintomo-specifico delle sostanze psicoattive (Mueser, 1992).

Diverso è il discorso per il disturbo da stress post-traumatico che, come abbiamo visto, non solo è fortemente correlato al disturbo da uso e abuso di sostanze, ma recenti risultati empirici ne confermano anche l'associazione specifica con diverse sostanze per alleviare precisi sintomi. È ad ogni modo necessario che la ricerca riponga ulteriore attenzione circa le dinamiche che intercorrono tra i due disturbi e che i risultati fin qui individuati siano confermati da altri studi.

## **5. Riflessioni conclusive**

Dopo aver delineato nel primo capitolo il concetto di trauma ed aver analizzato le diverse forme di disturbo che possono derivare dallo stress seguente agli eventi traumatici, in questo secondo capitolo abbiamo visto il possibile percorso che il paziente può intraprendere a partire da un evento stressante fino ad arrivare ad un abuso o dipendenza da sostanze.

Nonostante siano necessari ulteriori approfondimenti, differenti ricerche confermano che il disturbo da stress post-traumatico svolge un importante ruolo di fattore di rischio nell'insorgenza di una successiva tossicodipendenza. Le ipotesi circa la relazione causale tra i due disturbi sono molteplici, ma la teoria dell'automedicazione ben si adatta nel comprendere le situazioni problematiche di vita di individui con doppia diagnosi.

La teoria dell'automedicazione mostra delle fragilità in riferimento ai disturbi mentali "classici" a causa della scarsa replicabilità dei risultati ottenuti, ma riguardo il disturbo da stress post-traumatico e il disturbo da abuso di sostanze essa si rivela estremamente efficace nel proporre una soluzione eziopatogenetica che possa rappresentare una base solida sulla quale costruire i futuri interventi terapeutici e preventivi.

Gli individui ricorrono all'uso di sostanze psicoattive nell'intento di migliorare la loro percezione dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico. Seppur, in un primo momento, questi ultimi vanno incontro ad un effettivo "miglioramento", in un secondo tempo ad essi si accompagna la sintomatologia del disturbo da abuso di sostanze, incidendo in modo estremamente negativo sulla funzionalità sociale e lavorativa dei soggetti che, nel momento in cui non hanno adeguate capacità per continuare a fronteggiare la situazione, si rivolgono infine ad un servizio terapeutico specifico.

La comorbidità, fenomeno diffuso in psicopatologia e in psichiatria, ha certamente delle basi che fanno riferimento anche al particolare metodo nosologico moderno ma, nel caso particolare del disturbo da stress post-traumatico e della tossicodipendenza, trova giustificazione proprio nella stretta relazione tra i due disturbi e nel circolo vizioso che si instaura qualora la persona evidenzia entrambe le sintomatologie.

Pur avendo chiarito il ruolo di antecedente del disturbo da stress post-traumatico, infatti, è innegabile che una co-occorrenza delle due condizioni psicopatologiche esponga i pazienti a nuovi eventi traumatici che non hanno altro effetto se non quello di perpetuare la tossicodipendenza peggiorando la condizione clinica.

Abbiamo inoltre osservato come precise sostanze psicotrope vengano utilizzate per alleviare precisi sintomi post-traumatici e come altre classi di droghe (gli stimolanti, ad esempio) siano invece trascurate dai pazienti stessi per i loro effetti su intrusione ed iperattivazione.

Infine, le ricerche suggeriscono che il terzo grande gruppo di sintomi relativi al disturbo da stress post-traumatico, l'evitamento, sia utilizzato attivamente dai pazienti stessi per evitare l'ansia che accompagna le memorie dell'evento traumatico.

Nel prossimo capitolo analizzerò i modelli esplicativi delle tossicodipendenze, tra cui anche l'ipotesi dell'automedicazione.

## Capitolo terzo

### **MODELLI ESPLICATIVI DELLA TOSSICODIPENDENZA**

Nei precedenti capitoli abbiamo chiarito il concetto di evento traumatico e analizzato le diverse forme di disturbo da stress post-traumatico che gli individui possono sviluppare. Successivamente abbiamo osservato come, dalle ultime ricerche, venga sempre di più avvalorata l'ipotesi per cui il trauma e il disturbo da stress post-traumatico svolgano un importante ruolo di fattore di rischio per l'insorgenza della tossicodipendenza, seppure in un contesto multifattoriale e non con una causalità lineare.

In questo capitolo illustrerò alcuni modelli esplicativi della tossicodipendenza, concentrandomi sul paradigma dell'adattamento disfunzionale che comporta l'idea della tossicodipendenza come risposta adattiva, seppur disfunzionale e presenterò il modello vulnerabilità-stress-coping come approccio che, meglio di altri, può cogliere la complessità del fenomeno in questione mantenendo un'attenzione specifica alla relazione tra traumi e tossicodipendenza discussa nei primi due capitoli e alle recenti acquisizioni delle neuroscienze.

#### **1. Il paradigma dell'adattamento disfunzionale**

L'atteggiamento generale nei confronti della tossicodipendenza, sia del mondo medico che del sistema sociale, ha subito nel tempo importanti trasformazioni.

Fino a tutto il diciottesimo secolo, infatti, le condotte lontane dalla consuetudine, tra cui l'assunzione di sostanze psicoattive, erano valutate come parte di quei comportamenti peccaminosi e viziosi di esclusiva responsabilità dell'individuo. La persona che eccedeva nel consumo di determinate sostanze era considerata alla stregua di un trasgressore delle regole morali e di un edonista all'esclusiva ricerca del piacere personale (Ravenna, 1997).

Il grande sviluppo delle scienze naturali del diciannovesimo secolo ha consentito alla medicina di appropriarsi di concetti e metodologie nuove attraverso cui le teorie circa il "peccato volontario" lasciarono il posto ad una nuova concezione deterministica.

Secondo le nuove formulazioni, in sostanza, qualsiasi pensiero, evento o comportamento umano trova la sua origine in una ben precisa causa e la medicina, di conseguenza, ha il compito di individuare e studiare gli elementi sottostanti alle diverse cause (Ravenna, 1997).

Il modello medico ha rappresentato una grande conquista rispetto al modello morale, l'uso e l'abuso di sostanze psicoattive era a quel punto considerato come una vera e propria malattia e l'assuntore veniva salvato dalla stigmatizzazione sociale e dalle punizioni fisiche ed affidato a specifici trattamenti medici (Ravenna, 1997).

Questa doverosa premessa di carattere storico è essenziale per comprendere come, nonostante molteplici siano le teorie moderne circa l'abuso e la dipendenza dalle droghe, tutte siano riconducibili a due grandi paradigmi di riferimento: la dipendenza come malattia e la dipendenza come adattamento disfunzionale (Ravenna, 1997).

Il primo paradigma prende spunto proprio dal modello medico che abbiamo appena visto e considera la tossicodipendenza, con tutti i fenomeni ad essa correlati, originata da predisposizioni individuali di natura biologica e psicologica. I tossicodipendenti sono considerati a tutti gli effetti come dei malati sia perché mostrano delle differenze a livello biologico che li predispongono all'incontro con le sostanze psicoattive, sia perché il successivo intraprendere condotte di uso e abuso di tali sostanze impedisce loro di condurre una vita sociale, lavorativa e relazionale adeguata e "normale", libera cioè dai fenomeni di astinenza e craving che li obbligano a perpetuare la condotta tossicomana (Ravenna, 1997).

Il paradigma adattivo, d'altra parte, trova origine nella sintesi di diversi contributi di matrice psichiatrica, psicologica e sociologica e considera la dipendenza in rapporto all'interazione tra l'individuo e il suo ambiente, definendola sostanzialmente "una strategia di adattamento disfunzionale utilizzata per il tentativo di fronteggiare disparate esperienze e situazioni di disagio" (Ravenna, 1997, 145).

Lo schema interpretativo dell'adattamento disfunzionale ha permesso di lasciare da parte il concetto di tossicomania come malattia, seppur questo, come abbiamo visto, abbia svolto storicamente un ruolo essenziale al fine della comprensione del fenomeno.

I modelli di riferimento odierni della tossicodipendenza si stanno orientando verso l'integrazione di contributi provenienti da diversi ambiti di ricerca e sono orientati ad un'analisi multifattoriale di tale disturbo che ne rispetti la complessità. L'individuo, con le sue predisposizioni biologiche, in interazione con l'ambiente, la famiglia e la società può entrare in contatto con le sostanze psicoattive e, successivamente, consolidarne l'uso sviluppando una dipendenza.

Le motivazioni alla base di questo percorso sono naturalmente svariate e diverse a seconda del singolo caso; alcune importanti teorie, ad ogni modo, offrono spunti interessanti nell'ottica della costruzione di una teoria che abbracci i diversi fattori legati al fenomeno in questione.

Di seguito presenterò alcune teorie, inseribili all'interno del paradigma dell'adattamento disfunzionale ma attinte anche al concetto di vulnerabilità, che sono orientate alla comprensione del fenomeno della tossicodipendenza con la prospettiva di un'integrazione dei diversi fattori in essa coinvolti.

Proporremo, infine, un modello vulnerabilità-stress-coping come griglia teorica utile nella comprensione delle condotte tossicomane e della loro relazione con i traumi. Questa particolare prospettiva ci consente, infatti, di "unificare" i due paradigmi teorici (modello medico e adattamento disfunzionale) e di elaborare una proposta per la comprensione del fenomeno dell'abuso di sostanze psicoattive capace di includere importanti aspetti provenienti dai dati empirici delle neuroscienze.

## **2. Le tossicodipendenze traumatiche - Luigi Cancrini**

Molte ricerche nel campo della tossicodipendenza si sono concentrate sui suoi fattori relazionali e contestuali. In particolare, a partire dalla seconda metà degli anni '70 diversi professionisti dell'approccio sistemico-relazionale hanno evidenziato come il tossicodipendente sia, solitamente, dipendente tanto dal nucleo familiare quanto dalla sostanza stessa (Stanton, 1979; 1980; Clerici, 1993; Cirillo, 1996).

Cancrini, uno dei primi autori in Italia a studiare i tossicodipendenti in relazioni alle proprie famiglie, ha proposto un approccio clinico-psichiatrico che osserva e analizza i

sintomi e le condotte tossicomane come tentativo del soggetto di fronteggiare livelli di sofferenza intollerabili (Cancrini, 1982; Cancrini, 1994).

Le ipotesi di questo autore ci interessano in modo particolare per due motivi: innanzitutto, i suoi contributi possono essere inseriti all'interno del più ampio paradigma dell'adattamento disfunzionale; in secondo luogo, la sua tipologia di tossicodipendenze offre spunti interessanti rispetto al tema del presente lavoro, dando esplicito spazio all'idea di considerare i traumi come fattori di rischio nell'avvicinarsi alle sostanze psicoattive e le sostanze come possibili modi utilizzati dalle persone per automedicarsi.

Cancrini propone una lettura delle tossicodipendenze in risposta a stimoli interni o esterni. A seconda del ruolo svolto dalle cause esogene o endogene, l'autore ha individuato quattro tipologie di tossicodipendenza, delle quali le prime due, tipo A e tipo B, si avvicinano all'ipotesi dell'automedicazione di cui parleremo più avanti.

Le tossicodipendenze reattive, tipo A, si instaurano a seguito di un evento traumatico esterno, come la perdita di un genitore, le delusioni affettive o problemi scolastici e lavorativi. Il problema è acuito dal momento di vita attraversato dalla persona; in adolescenza questi eventi, normativi o paranormativi che siano, possiedono una maggiore valenza ed un impatto più pesante sull'individuo, dal momento che le relazioni organizzate precedentemente non sono più in grado di fornire sostegno, mentre le nuove abilità non sono abbastanza strutturate per permettere di risolvere abilmente la situazione problematica (Cancrini, 1982).

Le tossicodipendenze nevrotiche, tipo B, sono caratterizzate da problemi tipici circa l'individuazione nel periodo adolescenziale. Alcune patologie psichiche dell'individuo possono venire mascherate dalla condotta tossicomane. Alti livelli di ansia, sbalzi d'umore, incertezze riguardo il futuro, tendenza alla noia, insoddisfazione ed esagerazione dei problemi sono tratti tipici dei tossicodipendenti appartenenti a questo gruppo, persone che sono solite intervenire nei conflitti dei genitori ed ottenere affetto ed attenzione drammatizzando ed ingigantendo i propri problemi e stati d'animo negativi. Le famiglie di questi adolescenti sono spesso caratterizzate da ipercoinvolgimento di un genitore nella vita del figlio (Cancrini, 1982).

Le tossicodipendenze di transizione, tipo C, sono tipiche di individui con chiari disturbi di personalità, che utilizzano massicciamente meccanismi di difesa quali scissione, diniego e identificazione proiettiva. Le famiglie di questi tossicodipendenti sono caratterizzate dalla mancanza di definizione delle relazioni e delle gerarchie, dall'uso di messaggi contraddittori e dall'elevato coinvolgimento di entrambi i genitori nella dipendenza del figlio che viene utilizzata per mantenere "bloccata" la famiglia, (Cancrini, 1982).

Le tossicodipendenze sociopatiche o di tipo D, infine, sono peculiari di persone con evidenti disturbi sociopatici, che si esprimono con comportamenti di acting-out e che assumono la sostanza in modo superficiale e distratto, con un carattere di sfida e privi di quella carica emotiva che caratterizza altri tossicodipendenti. Il consumo "è portato avanti con freddezza e noncuranza da una persona incapace di amare e di accettare amore ma, soprattutto, di stabilire relazioni significative e durevoli" (Cancrini, 1982, 75). Le famiglie in questione sono disorganizzate, i ruoli sono mal o per nulla definiti e i compiti genitoriali sono svolti in modo disfunzionale.

Nella seguente tabella sono riportati in modo sintetico i percorsi della tossicodipendenza secondo Cancrini.

Percorsi nella tossicodipendenza secondo Cancrini

	<b>Tossicodipendenze reattive Tipo A</b>	<b>Tossicodipendenze nevrotiche Tipo B</b>	<b>Tossicodipendenze di transizione Tipo C</b>	<b>Tossicodipendenze sociopatiche Tipo D</b>
<b>Ruolo in famiglia prima dell'uso e caratteristiche familiari</b>	Figlio adolescente o giovane adulto. Figli esemplari che adottano strategie di evitamento.	Capro espiatorio. Forte coinvolgimento di un genitore. Messaggi educativi contraddittori. Matrimonio di interesse. Fratello buono/cattivo.	Coinvolto in giochi psicotici. Non definizione delle relazioni, messaggi paradossali, coinvolgimento di entrambi i genitori. Stallo della coppia. Fratello riuscito/fallito.	Capro espiatorio in famiglie disorganizzate nei ruoli, multiproblematiche e disagiate, con mancanza di confini ed inadeguatezza dei ruoli genitoriali.



<b>Quadro psicopatologico individuale</b>	Evento traumatico esterno in concomitanza di uno svincolo e carenza di supporto interpersonale. Area delle reazioni.	Problemi di individuazione, copertura di patologie adolescenziali. Area delle nevrosi (fobiche, isteriche ed ossessive).	Scissione, diniego, identificazione proiettiva, scarsa capacità di provare piacere. Area dei disturbi di personalità.	Disagio già in adolescenza. Espressione di conflitti tramite acting out, sfida. Area dei disturbi sociopatici.
<b>Atteggiamento verso le droghe</b>	Ricerca compulsiva e autodistruttiva. Rapida rottura con lo stile di vita.	Consumo più che tossicomania. Drammatizzazione del disagio e prudenza.	Luna di miele prima, compulsivo e distruttivo poi.	Irregolare, pericoloso ma non compulsivo.
<b>Droghe preferite</b>	Eroina, barbiturici, alcol. Funzione anestetica.	Politossicomania.	Eroina, barbiturici, alcol. Droga come liberazione.	Politossicomania.
<b>Principali risorse terapeutiche</b>	Sostegno individuale.	Terapia familiare e/o comunità terapeutica pedagogica.	Terapia familiare e/o comunità terapeutica pedagogica.	Comunità terapeutica di vita.

Cancrini, attraverso una prospettiva sistemica, prende quindi in considerazione come il trauma interagisce sull'ambiente di vita dell'individuo in relazione alle sue capacità di affrontare e risolvere le difficoltà cui si è trovato di fronte. L'evento traumatico, verificandosi in un momento di passaggio critico sia per l'individuo che per la famiglia di origine, evidenzia le possibili difficoltà legate alle caratteristiche familiari in questione. Le tossicodipendenze reattive, che ci interessano maggiormente per la nostra discussione, sarebbero tipiche di figli esemplari, ubbidienti e "fedeli" alla famiglia che adottano strategie di evitamento del confronto e dei conflitti; le loro famiglie, d'altra parte, sarebbero caratterizzate da scarso supporto e dialogo interpersonale. Da queste situazioni si darebbe luogo a tossicodipendenze, in cui la sostanza è ricercata in modo compulsivo e autodistruttivo, generando una rottura netta con lo stile di vita precedente alla condotta tossicomana (Cancrini, 1982).

### **3. L'ipotesi dell'automedicazione - Edward Khantzian e David Duncan**

L'ipotesi della tossicodipendenza come automedicazione offre ai clinici, come vedremo, un utile strumento concettuale ed eziopatogenetico per inquadrare le situazioni problematiche dei pazienti insieme a specifiche indicazioni per il loro trattamento.

Una delle due maggiori versioni dell'ipotesi dell'automedicazione è stata sviluppata da Edward Khantzian, utilizzando una prospettiva psicoanalitica. Partendo dalla sua esperienza clinica nella valutazione e nel trattamento dei dipendenti da eroina, Khantzian notò che quasi tutti i pazienti presentavano precedenti di difficoltà con la gestione dell'aggressività e, direttamente da ciò, seguenti problemi con rabbia e depressione che precedevano nel tempo l'uso di qualsiasi sostanza psicotropa. Molti individui dichiaravano, inoltre, che l'uso dell'eroina portava sollievo da diversi sentimenti disforici quali agitazione, collera e ira (Achal, 2002).

A questo punto Khantzian (1974) formulò quello che sarebbe in seguito diventato il centro dell'ipotesi dell'automedicazione. La predisposizione a sviluppare una dipendenza da eroina si poteva evincere dai problemi con l'aggressività, nello specifico da inadeguati meccanismi dell'Io per la gestione ed il corretto orientamento dell'aggressività. L'uso ripetuto dell'eroina o di altri oppiacei per acquisire adeguate abilità di coping nel controllo dell'aggressività portava direttamente a sviluppare una dipendenza fisica. Per questo motivo, Khantzian sostiene anche che la grande efficacia del metadone nei trattamenti dei tossicodipendenti da eroina sia dovuta non solo alle sue proprietà di prevenire i sintomi da astinenza, ma anche alla sua capacità di fornire sollievo a quegli stessi sentimenti disforici "trattati" dall'eroina (Khantzian, 1974).

Nel 1985 Khantzian elaborò a tutti gli effetti l'ipotesi dell'automedicazione ed incluse, oltre alle tossicodipendenza da eroina, anche la dipendenza da cocaina. La cocaina, secondo l'autore, è ricercata a causa delle sue proprietà nell'offrire sollievo dai sentimenti negativi associati alla depressione, all'ipomania o all'iperattività (Khantzian, 1985).

Nell'arco di pochi anni Khantzian ampliò la sua comprensione del fenomeno includendo l'alcolismo e suggerendo che i dipendenti da questa specifica sostanza siano in grado, mediante il suo utilizzo, di sperimentare stati di affetto, aggressività e prossimità

che altrimenti gli sarebbero negati rimanendo esclusi dai loro sentimenti e relazioni (Khantzian, 1990).

Nella versione totalmente sviluppata della sua teoria Khantzian ha incluso, infine, tutte le dipendenze da sostanze (1997; 1999). La tossicodipendenza si presenta in un contesto di vulnerabilità generale circa l'auto-regolazione, in particolare qualora siano presenti difficoltà nella regolazione degli affetti, dell'autostima, delle relazioni e della cura di sé. I potenziali dipendenti da sostanze psicoattive provano stati di grave sofferenza riguardo le loro emozioni, sia nel venir soverchiati da sentimenti di dolore, sia nel non essere in grado di sperimentare alcun sentimento. Le droghe, in questo senso, rendono gli individui abili nell'alleviare gli stati dolorosi o nello sperimentare correttamente sentimenti che li confondono o spaventano (Khantzian, 1999).

In riferimento a sintomi specifici o a determinati stili di personalità, Khantzian sostiene che i tossicodipendenti presentino alcuni tratti tipici. Problemi, come detto, nella gestione degli affetti, dell'autostima e nella cura di sé, ma anche difficoltà legate alla valutazione delle situazioni e alle relazioni oggettuali. Questi specifici problemi di origine strutturale e di sviluppo predispongono l'individuo alla dipendenza da sostanze proprio perché sono alla base dei sentimenti negativi e di sofferenza alleviati dalle droghe (Khantzian, 1999).

L'autore sostiene che la vulnerabilità alla dipendenza possa variare molto sia tra diverse persone con medesimi tratti, sia per lo stesso individuo in momenti diversi della sua vita. Esistono eventi che possono precipitare e palesare uno stato di dipendenza da sostanze in soggetti che, fino a quel momento, non hanno mai avuto contatti con le droghe o anche in individui che utilizzano le sostanze senza esserne dipendenti. Qualora specifici eventi comportino importanti crisi per la persona che non è in grado di attuare comportamenti adattivi, è possibile sviluppare una dipendenza da sostanze psicotrope (Khantzian, 1999).

Una volta che l'abuso di sostanze sia stato intrapreso in concomitanza con stati di sofferenza per eventi esterni e la persona abbia provato i benefici adattivi derivanti dall'uso delle droghe, secondo il teorico si mettono in moto una serie di meccanismi che portano direttamente all'instaurarsi di una vera e propria tossicodipendenza. I processi in questione

sono di due tipi: effetti regressivi, che possono esacerbare l'originale vulnerabilità; effetti progressivi, che stimolano un funzionamento stabile mediante l'utilizzo della sostanza. In entrambi i casi, ad ogni modo, possono verificarsi importanti conseguenze circa la maturazione emozionale e la capacità di provare a gestire adeguatamente gli stati affettivi e, qualora questo si verifichi durante l'adolescenza, le conseguenze possono rivelarsi particolarmente gravi (Khantzian, 1999).

La scelta della sostanza di abuso è il risultato dell'interazione tra le proprietà psicofarmacologiche della sostanza stessa e gli stati affettivi da cui l'individuo cerca sollievo. L'effetto specifico della droga sostituisce un meccanismo di difesa dell'Io evidentemente carente e non sviluppato (Khantzian, 1999).

La scelta non è né casuale, né legata alle "mode" del momento, piuttosto è il risultato di un processo di selezione che è stato riferito da Khantzian stesso al concetto di "uso preferenziale della droga" di Milkman e Frosch (1973).

Infine, dato che la tossicodipendenza coinvolge la graduale incorporazione degli effetti delle droghe e della loro ricerca all'interno della costruzione delle strutture difensive dell'Io, trattare e risolvere una dipendenza da sostanze comporta confrontarsi con le componenti cosce ed inconse dell'individuo. L'individuo deve essere in grado di abbandonare i comportamenti e gli effetti della droga che sono vissuti come una parte importante, anche se spesso odiata, della propria capacità di funzionare, far fronte alle situazioni ed essere confortato nelle difficoltà (Treece, 1986).

Accanto alle formulazioni di Khantzian esiste una seconda versione dell'ipotesi dell'automedicazione, sviluppata da David Duncan dell'Istituto di Ricerca sulle Scienze Mentali del Texas. Anche Duncan basò le sue teorie su importanti esperienze cliniche con i tossicodipendenti ma, a differenza di Khantzian che sviluppò una teoria psicoanalitica, Duncan utilizzò una prospettiva comportamentista.

L'autore pubblicò le sue ipotesi a cavallo tra il 1974 ed il 1975, inizialmente discutendo del ruolo del rinforzo dell'abuso di droghe (1974a) per poi dibattere (1974b) proprio con Khantzian, Mack e Schatzberg (1974) circa l'ipotesi dell'utilizzo dell'eroina come meccanismo di coping.

Successivamente Duncan (1975) espose completamente le sue ipotesi in un articolo per il *Journal of Psychedelic Drugs*. Il modello di Duncan trova un punto cruciale nella distinzione tra uso e abuso di sostanze. Egli afferma che la maggior parte delle persone che assumono droghe illegali non soddisfano i criteri per abuso di sostanze e tanto meno per la dipendenza (Duncan, 1975).

La grande maggioranza degli individui, infatti, è in grado di esercitare un notevole controllo e contenimento del loro personale utilizzo di sostanze psicoattive e, di conseguenza, non subisce e non soffre di alcun danno derivato dal loro utilizzo. Il suo modello cerca di occuparsi del perché una minoranza (circa il 10-20%) di coloro che utilizzano droghe non a scopo medico perdono il controllo e si espongono a seri rischi sociali, interpersonali e di salute personale (Duncan, 1975).

Duncan sosteneva che l'uso delle sostanze psicotrope fosse mantenuto dal rinforzo positivo rappresentato dall'effetto piacevole della sostanza stessa. La dipendenza, d'altra parte, secondo l'autore, non poteva essere spiegata con questo meccanismo. La versione dell'ipotesi dell'automedicazione di Duncan cerca di illustrare e comprendere esattamente come funzioni la dipendenza da sostanze.

La prospettiva di Duncan considerava la dipendenza fisica come un problema minore che sopravviene con alcune sostanze, come l'alcol e gli oppiacei, ma non dall'utilizzo di altre droghe, come la cocaina o altre forme di dipendenza come il gioco compulsivo. La dipendenza psicologica è il centro del problema (Duncan, 1975).

Duncan afferma sostanzialmente che la dipendenza dalle sostanze psicoattive è semplicemente un altro nome che viene dato ai comportamenti di evitamento o di fuga quando il comportamento operante che viene rinforzato è l'assunzione di droghe. I tossicodipendenti hanno scoperto una sostanza che fornisce una via d'uscita temporanea da un precedente stato emotivo negativo, dovuto a disturbo mentale, stress o ad un ambiente ostile (Duncan, 1975).

Infine, afferma che le caratteristiche della dipendenza sono tutte tipiche di comportamenti operanti gestiti da rinforzi negativi. I comportamenti di evitamento sono altamente resistenti all'estinzione e, anche quando sembrano essere stati eliminati, tendono a ripresentarsi spontaneamente. In questo modo, l'intensità, la compulsività e la tendenza

alla recidiva che caratterizzano la tossicodipendenza sono dovuti, secondo Duncan, al fatto che il comportamento è mantenuto da un rinforzo negativo (Duncan, 1975).

#### **4. Verso l'integrazione tra modello medico e adattamento disfunzionale**

Successivamente alla formulazione delle due teorie appena proposte grande è stato il dibattito all'interno del mondo scientifico circa la validità di tali ipotesi e circa la necessaria integrazione dei contributi provenienti dalle diverse discipline che si occupano di tossicodipendenza. Se per quanto riguarda il primo punto, abbiamo visto, attraverso i risultati di diverse ricerche, come l'automedicazione possa essere considerata un'efficace prospettiva nella comprensione delle tossicodipendenze di origine traumatica, rimane aperta la questione dell'interdisciplinarietà.

Goldsmith (1993) in particolare sostiene che l'ipotesi dell'automedicazione ignori alcuni importanti risultati forniti dalla ricerca in campo biologico circa i meccanismi di ricompensa, la motivazione all'uso e l'impatto sull'umore di un utilizzo cronico delle sostanze psicoattive. Egli suggerisce che sia ormai necessaria una nuova "psicologia della dipendenza" che includa le ricerche in campo biologico con le osservazioni di matrice psicologica contenute, in particolare, nell'ipotesi dell'automedicazione. Secondo l'autore la Psicologia del Sé potrebbe rappresentare una base estremamente valida per un approccio veramente integrato al problema delle dipendenze da sostanze (Goldsmith, 1993).

Gli studi sulla predisposizione genetica e sul coinvolgimento di particolari aree del sistema nervoso nell'uso e abuso di sostanze derivano direttamente dal quel paradigma medico, visto precedentemente, che suggeriva di considerare la tossicodipendenza come una malattia.

Le prime formulazioni in questo senso affermano che: il tossicodipendente eredita un sistema nervoso che ha più energia o, forse, maggiori fibre nervose e le droghe lo riforniscono di una sostanza necessaria ma che è carente nel soggetto stesso; quando la persona scopre che una sostanza psicoattiva soddisfa le mancanze innate del suo sistema nervoso si instaura la ripetizione del comportamento d'assunzione (Abadinsky, 2010).

Un altro esempio di una delle prime ipotesi sul coinvolgimento della neurobiologia riguardo la dipendenza da sostanze è rappresentato da una teoria che suggeriva il ruolo compensatorio della droga in individui predisposti geneticamente ad ereditare un “sistema nervoso debole” (Abadinsky, 2010).

In tempi più recenti, il National Institute on Drug Abuse ha svolto diverse ricerche in questo ambito ed i risultati ottenuti rivelano come il patrimonio genetico dell’individuo sia uno dei maggiori fattori di vulnerabilità per le condotte tossicomane (Volkow, 2006).

I ricercatori hanno scoperto che, nonostante la famiglia e l’ambiente sociale siano i due fattori che possono determinare il momento in cui una persona comincerà ad assumere sostanze psicoattive, i fattori genetici, specialmente per i maschi, sono largamente responsabili della progressione dall’uso verso la dipendenza. L’influenza dei geni e dell’ereditarietà per la dipendenza da eroina supera quella per qualsiasi altra droga sia per l’importanza quanto per il peso nel mantenimento dell’assunzione (Zickler, 1999).

Nestler, a seguito di un estensivo studio epidemiologico, ha indicato che quasi la metà del rischio di sviluppo di una tossicodipendenza sia di natura genetica. Questo grado di ereditarietà è superiore a quello di altre condizioni mediche ritenute senza dubbio ereditarie, quali il diabete di tipo 2, l’ipertensione e il cancro al seno (Nestler, 2005).

Mentre l’abuso di sostanze è il risultato di una complessa interazione tra ambiente sociale, famiglia, variabili psicologiche inter ed intrapersonali e processi biochimici, i fattori genetici giocano un ruolo preponderante nello stabilire la vulnerabilità all’instaurarsi dello stesso abuso di sostanze (Abadinsky, 2010).

L’interazione tra genetica ed ambiente è complessa e di non facile comprensione. I fattori ambientali, infatti, possono modificare l’espressione dei geni coinvolti con il modo di lavorare del cervello e con la sua tendenza a rispondere agli stimoli che riceve, influenzando in questo modo le risposte comportamentali individuali (Volkow, 2006).

Alcune teorie di matrice biologica, infine, descrivono il tossicodipendente come una persona il cui corpo è effettivamente mal funzionante rispetto alla produzione di precisi neurotrasmettitori come la dopamina, responsabile del sistema della ricompensa,

ipotizzando in questo modo un utilizzo delle sostanze psicotrope nel senso di un'automedicazione (Abadinsky, 2010).

La ricerca in campo neurobiologico progredisce con il passare del tempo ed è necessario tenere in considerazione i diversi risultati che vengono forniti al fine di sviluppare una teoria che tenga in debita considerazione i tanti aspetti coinvolti nel fenomeno della tossicodipendenza sulla base dei progressi nella ricerca.

## **5. Il modello vulnerabilità-stress-coping**

Il paradigma adattivo e i contributi appena esposti possono essere collegati e compresi all'interno di una visione integrata del fenomeno tossicodipendenza, che consideri stress e disturbi da stress, vulnerabilità ed utilizzo di sostanze psicoattive.

Questa visione integrata esamina il ricorso alle sostanze stupefacenti in termini di vulnerabilità di base, sulla quale si innestano esperienze traumatiche e stressanti le quali, a loro volta, travalicando le capacità di coping adattive dell'individuo, conducono allo stabilirsi di condotte tossicomane (Sinha, 2001).

Trovarsi in pericolo o confrontarsi con una minaccia per la propria sopravvivenza spinge gli individui ad adattarsi o a ridurre lo stress attraverso diverse strategie di coping.

Sono state individuate tre grandi classi di strategie che possono essere utilizzate. La prima, centrata sul problema, include metodi comportamentali e cognitivi, quali ristrutturazione cognitiva, pianificazione e preparazione per il ripresentarsi dell'evento, analisi delle alternative a disposizione e comportamenti specificamente orientati alla modificazione della fonte dello stress. La seconda, centrata sulle emozioni, riguarda la gestione dei sentimenti di disagio che ciascuno singolarmente sperimenta con il presentarsi dell'evento stressante. La terza classe, infine, comprende le strategie di evitamento orientate all'eliminazione di qualsiasi informazione circa l'accaduto (Sinha, 2001).

I primi studi in questa direzione hanno utilizzato diversi animali per testare l'influenza delle esperienze stressanti sulla vulnerabilità nell'utilizzo delle droghe. Ad una precoce separazione sociale a discapito della vita in comunità, ad esempio, è stato



dimostrato essere legato un aumento dell'auto somministrazione di morfina e di cocaina (Adler, 1975; Kostowski, 1977; Alexander, 1978; Schenk, 1987).

Higley e colleghi (1991, 1993) hanno effettuato una serie di studi sistematici in cui hanno osservato i comportamenti di consumo di alcol in scimmie rhesus allevate dalla madre (condizioni normali) o cresciute dai pari (condizioni di stress) per i primi sei mesi di vita. Da adulte, le scimmie allevate dai pari consumavano alcol in misura molto maggiore rispetto agli esemplari cresciuti in condizioni normali. Quando in quest'ultime, inoltre, venivano provocati alti livelli di stress, separandoli dal resto del gruppo, l'uso dell'alcol aumentava fino a raggiungere il livello assunto dalle scimmie cresciute in condizioni di stress. In generale, questi studi suggeriscono come gli eventi stressanti, in età precoce o in età adulta, possano causare alti livelli di consumo di sostanze psicoattive.

Diversi studi recenti hanno confermato questi risultati (Kosten, 2000; Gunnar, 2009). Kosten e colleghi (2000) hanno mostrato come l'isolamento neonatale nei ratti aumenti l'auto somministrazione di cocaina da adulti.

Sapolsky e colleghi (1997) hanno individuato come lo stress sociale cronico, derivante dalla subordinazione sociale nei babbuini selvatici, sia associato con l'ipercortisolemia, condizione che si trova comunemente fra le persone con disturbi affettivi e sintomi depressivi. Alti livelli di cortisolo nei primati sottoposti a stress precoci sono associati positivamente con un eccesso di auto amministrazione di alcol in età adulta (Higley, 1993; Fahlke, 2000). Inoltre, i ratti con un'alta reattività alle nuove situazioni, misurata attraverso la rilevazione dei livelli di cortisolo nel sistema nervoso, sono estremamente vulnerabili per quanto riguarda l'auto somministrazione di stimolanti come le amfetamine (Piazza, 1996).

I risultati nel loro insieme indicano che le passate esperienze e le differenze nella risposta agli eventi stressanti provocano negli animali una maggiore vulnerabilità per l'assunzione di sostanze psicotrope (Sinha, 2001).

Come abbiamo visto nel precedente capitolo, diverse ricerche suggeriscono come individui che abbiano sperimentato abusi fisici, sessuali ed emotivi siano a rischio di sviluppare una tossicodipendenza. Studi prospettici, inoltre, indicano che adolescenti con alti livelli di stress, strategie di coping disadattive e basso supporto familiare vanno

incontro ad una rapida escalation nell'assunzione di nicotina, alcol e marijuana (Kaplan, 1986, 1992; Newcomb, 1988; Wills, 1996). Il consumo di alcol è correlato positivamente con il livello di stress, la carenza nel supporto della rete sociale e le strategie di evitamento (DeFrank, 1987; Chassin, 1988; Pohorecky, 1991). L'uso di sostanze psicoattive come strategia di coping in risposta ad eventi stressanti, infine, è associata ai sintomi di dipendenza e all'uso compulsivo della sostanza stessa (Cooper, 1992; Laurent, 1997).

I risultati di un gran numero di studi, ricerche e contributi bibliografici, come abbiamo accennato, che studiano il sistema di auto-regolazione con una prospettiva neuro-comportamentale e clinica, forniscono una possibile lente con la quale osservare i meccanismi coinvolti nell'associazione tra eventi traumatici e uso o abuso di sostanze psicoattive (Hien, 2005).

I contributi dei ricercatori nel campo dello sviluppo hanno evidenziato le serie conseguenze a breve e lungo termine dovute dall'esposizione ad eventi traumatici interpersonali nell'infanzia e mostrano come traumi precoci, con i relativi stati di stress traumatico, possano influenzare la maturazione del sistema di auto-regolazione.

L'ipotesi di un modello di vulnerabilità-stress-coping è esattamente quella di considerare questo particolare sistema interno all'individuo come mediatore della relazione tra eventi stressanti e successive condizioni tossicomane (Hien, 2005).

Le carenze nelle abilità di auto-regolazione si sovrappongono ad un largo spettro di altre conseguenze avverse causate dall'abuso e sono considerate, da alcuni autori tra cui van der Kolk (1996b), come l'effetto più a lungo termine del trauma psicologico sia nei bambini che negli adulti (Hien, 2005).

Secondo Dodge (1989), i processi di auto-regolazione sono funzioni organizzative interne che filtrano, coordinano e organizzano temporalmente l'esperienza. Queste funzioni sono essenziali per molte altre capacità tra cui lo sviluppo di un adeguato problem solving cognitivo, di una corretta interpretazione delle informazioni e delle abilità di comunicazione emotiva e interpersonale (Hien, 2005).

Appurato il ruolo centrale dell'auto-regolazione nel controllo e nell'espressione delle emozioni, della cognizione e del comportamento, possiamo osservare come in questo sistema siano comprese molte altre abilità di natura cognitiva quali: controllo

dell'attenzione, inizio e mantenimento dei comportamenti diretti ad un preciso obiettivo, autocontrollo, ragionamento astratto, flessibilità cognitiva (Milner, 1984; Kimberg, 1993; Lezak, 1995).

Diverse ricerche dimostrano come gli eventi traumatici precoci influiscano negativamente su molte di queste funzioni, sulla disregolazione cognitiva e comportamentale (Shields, 1994), sull'ipervigilanza (Reider, 1989) ed, infine, causino un'errata elaborazione delle informazioni e problemi nelle capacità di problem solving (Dodge, 1989; Crick, 1994).

La capacità di regolare le emozioni, inoltre, include l'abilità di tollerare e modulare le esperienze affettive; più precisamente, carenze e difficoltà come labilità affettiva, scarsa tolleranza delle emozioni e un disadattivo coping centrato sull'emotività sarebbero alla base di quel meccanismo per il quale l'individuo non trova altre modalità di gestione dei propri stati emotivi, alterati dall'evento traumatico, se non il ricorso alle sostanze psicoattive per modulare l'intensità delle proprie sensazioni (Hien, 2005).

L'evento traumatico e lo stress da questo prodotto sarebbero, quindi, direttamente responsabili delle carenze nella maturazione delle capacità di auto-regolazione, le quali, a loro volta, rendono inabile la persona nel gestire gli stati ansiosi e di iperattività che derivano normalmente dalle esperienze traumatiche stesse. Il soggetto a questo punto ricorre all'uso della sostanza per limitare l'impatto di queste esperienze emotive e con un uso continuato della sostanza può arrivare in seguito allo stabilirsi di condotte tossicomane vere e proprie.

Questa prospettiva di lettura dell'associazione tra eventi traumatici e tossicodipendenza non sarebbe compiutamente integrata se non comprendesse anche collegamenti con le scoperte derivanti dal punto di vista neurobiologico, rappresentando questo il substrato personale ed individuale sul quale si innestano le esperienze traumatiche, i vissuti di sofferenza emotiva e le successive condotte tossicomane.

Esistono, in questo senso, diverse evidenze empiriche che suggeriscono ed indicano i correlati neurobiologici delle carenze del sistema di auto-regolazione. La ricerca in campo neurobiologico sulle risposte al trauma e allo stress derivano in gran parte dagli studi sui veterani di guerra con diagnosi di disturbo da stress post-traumatico e indicano:

importanti cambiamenti nel volume e nei livelli di attività delle più importanti strutture del sistema limbico, comprese l'amigdala e l'ippocampo (Sapolsky, 2000; Teicher, 2002); alti livelli e ipersensibilità al cortisolo (Yehuda, 2000); rilascio di neurotrasmettitori responsabili di disregolazione del sistema di gestione dell'arousal e del sistema di rilascio degli oppioidi endogeni (Friedman, 1993; Pitman, 1990; Southwick, 1999).

I sintomi principali del disturbo da stress post-traumatico corrispondono proprio a questi importanti cambiamenti di natura neurobiologica nelle strutture del sistema nervoso, tutti comprendenti le funzioni di auto-regolazione. Da questa prospettiva, la vulnerabilità all'uso di sostanze psicoattive può essere nuovamente letta come uno sforzo di riparare alle carenze di auto-regolazione. Un individuo, ad esempio, può utilizzare l'alcol o altri stupefacenti nel tentativo di attenuare gli effetti biologici del sistema di risposta agli stati stressanti ormai compromesso e disregolato, aumentando così la probabilità di sviluppare la dipendenza dalla sostanza utilizzata (Higley, 1991; Hien, 2005).

Gli ultimi risultati provenienti dalla neurobiologia dello sviluppo, infine, indicano un'ulteriore corrispondenza tra i traumi precoci nell'infanzia e lo sviluppo delle funzioni di auto-regolazione. Nonostante questo campo di studi sia ancora nelle fasi iniziali e non esistano risultati definitivi e probanti, l'ipotesi si concentra su una "sovraprogrammazione" dei neurotrasmettitori coinvolti nelle risposte agli eventi traumatici al fine di rinforzare la risposta allo stress. Queste reazioni neurochimiche potrebbero produrre effetti negativi sulla crescita dei neuroni, fino ad arrivare alla morte delle cellule, in un individuo ancora in maturazione e non completamente sviluppato, causando in questo modo una vulnerabilità biologica di base che impedisce la corretta maturazione del sistema di auto-regolazione (Liu, 2000; De Bellis, 2002; Teicher, 2002).

In conclusione, una prospettiva che integri al suo interno i diversi contributi che abbiamo analizzato in questo capitolo sembra la più adatta a cogliere la complessità del fenomeno della tossicodipendenza e del suo legame con gli eventi traumatici e il disturbo da stress post-traumatico. Gli apporti teorici di Cancrini, Khantzian e della ricerca neurobiologica presi singolarmente non riescono da soli a comprendere e spiegare totalmente i meccanismi coinvolti nell'instaurarsi di una dipendenza da sostanze psicoattive.

Gli eventi traumatici normativi o paranormativi individuati da Cancrini, le carenze nelle strutture dell'Io evidenziate da Khantzian ed i risultati della ricerca scientifica circa la predisposizione genetica individuale possono essere raccolti all'interno di un modello vulnerabilità-stress-coping che, come abbiamo visto in quest'ultima parte del capitolo, individua nel sistema di auto-regolazione il nucleo problematico centrale della relazione tra trauma e tossicodipendenza.

Gli eventi traumatici possono provocare difficoltà nella maturazione del sistema di auto-regolazione, sia dal punto di vista neurobiologico che da quello più prettamente cognitivo; l'individuo a causa di questa difficoltà non sarebbe in grado di gestire adeguatamente gli stati negativi legati agli eventi traumatici e stressanti quali ansia, tristezza e iperattivazione. La risposta adattiva che viene di conseguenza individuata è l'uso della sostanza che, grazie alle sue proprietà intrinseche, attenua gli stati di sofferenza sperimentati per l'impossibilità di auto-regolare le proprie risposte emotive e comportamentali.

## **6. Riflessioni conclusive**

Nel corso del capitolo abbiamo presentato alcuni modelli esplicativi delle tossicodipendenze. Molte discipline hanno studiato il fenomeno e contribuito alla sua comprensione, tra cui la psicologia clinica, ma anche la medicina con le ricerche in campo neurobiologico e psichiatrico.

Come premesso, tutti questi contributi hanno una loro validità ed aiutano nel loro insieme i professionisti del settore nell'acquisire una visione il più ampia possibile del problema della dipendenza da sostanze.

Proprio per il fatto che diverse ipotesi teoriche convivono nella comprensione delle tossicodipendenze senza escludersi necessariamente, quanto piuttosto offrendo diverse chiavi di lettura del fenomeno a partire dalla considerazione dei diversi fattori in esso coinvolti, abbiamo ritenuto utile adottare un approccio interdisciplinare, che integri al suo interno gli apporti di diverse discipline presentando il modello stress-vulnerabilità-coping.

Gli ultimi sviluppi in questo campo, infatti, stimolano l'utilizzo di teorie multifattoriali che tengano in considerazione tanto le dinamiche interne alla persona, quanto gli aspetti relazionali, ambientali, familiari e biologici. È innegabile, in effetti, una componente biologica e genetica predisponente all'incontro con le sostanze psicoattive, così come è ormai assodato il ruolo essenziale svolto dalle dinamiche relazionali e familiari nel proporre fattori di rischio o protettivi. Le richieste ambientali si aggiungono al complesso sistema di riferimento della persona ponendola spesso nel confronto con situazioni di difficile gestione.

A tutto ciò si aggiunge poi l'esperienza peculiare dei singoli individui. Esperienze di vita, quali abbiamo analizzato nei capitoli precedenti, possono precipitare una condizione di malessere che conduce l'individuo ad adottare condotte tossicomane.

Gli eventi traumatici, di qualsiasi natura essi siano, dai più semplici ai più complessi e tragici, causano nelle persone reazioni sintomatologiche riconducibili a diversi disturbi di natura traumatica: disturbi dell'adattamento, disturbo da stress acuto e disturbo da stress post-traumatico.

Tali condizioni psicopatologiche rappresentano, per un individuo già vulnerabile e "a rischio", il passo decisivo verso l'uso di sostanze psicotrope e, qualora egli non sia aiutato in modo adeguato, favoriscono l'instaurarsi di una vera e propria tossicodipendenza.

La differenza tra coloro che limitano l'utilizzo delle sostanze e coloro che non sono in grado di moderare il proprio comportamento di assunzione e vengono dominati dalla droga può essere compreso proprio attraverso particolari differenze nelle sfere individuali, relazionali e familiari. A seconda dei casi possono essere carenti modalità di comportamento adattive di fronte ad eventi stressanti, qualità personali come resilienza ed autoefficacia o, infine, relazioni "sane" e di supporto nella rete sociale e familiare.

L'ipotesi dell'automedicazione ha avuto il merito di focalizzare l'attenzione sulla funzione specifica della sostanza in relazione alle condizioni interne dell'individuo, riattivando l'interesse degli operatori del settore verso una comprensione psicopatologica delle tossicodipendenze che, per motivi di ordine clinico-psichiatrico e terapeutico-riabilitativo, sono state spesso messe al margine di tale comprensione.

La teoria di Khantzian, come abbiamo visto, si concentra maggiormente sulle carenze nelle strutture dell'Io e prevede la possibilità di considerare l'uso di sostanze psicoattive anche come medicazione di sintomi e stati emotivi legati ad un evento traumatico. Le formulazioni di Duncan, d'altra parte, analizzano il ruolo di rinforzo, positivo e negativo svolto dalla sostanza e dagli stimoli ambientali che circondano l'individuo.

La prospettiva integrata proposta all'interno del modello vulnerabilità-stress-coping permette di ampliare la proposta di matrice psicoanalitica di Khantzian, integrando le sue idee con i risultati provenienti dalla ricerca in campo neurobiologico e clinico, che fanno risalire le difficoltà di gestione delle emozioni e dei correlati comportamentali agli effetti dei traumi sullo sviluppo del sistema di auto-regolazione.

Alla luce di quanto abbiamo riportato nel primo capitolo sul rapporto tra eventi traumatici, disturbi da stress e tossicodipendenze, il rapporto tra gli elementi di vulnerabilità e di stress può essere considerato sia nella prospettiva vulnerabilità-stress-coping, sia in quella più documentata stress-vulnerabilità-coping, che ben si adatta alla lettura dei disturbi da stress come fattore di rischio per la tossicodipendenza. La vulnerabilità genetica e neurobiologica di base può costituire il terreno sul quale si innestano i traumi e lo stress che portano, infine, alla condotta tossicomane e, d'altra parte, gli stati di stress derivanti da un'esperienza traumatica possono precipitare una vulnerabilità intrinseca o stimolare una vulnerabilità reattiva rispetto alla quale l'individuo può rispondere, quando carente di risorse esterne e interne, utilizzando la sostanza come strategia di coping.

Le difficoltà dei sistemi diagnostici categoriali, anche se attenuate dai sistemi multi assiali, sono riflesso della complessa realtà dei disturbi. Come suggerito da alcuni autori sarebbe forse meglio analizzare i fenomeni con un approccio dimensionale e considerando l'interazione tra di essi come una causalità circolare piuttosto che lineare.

Ad ogni modo è ormai chiaro come il disturbo da stress post-traumatico e gli eventi di origine traumatica siano inestricabilmente legati al disturbo da abuso di sostanze e come i primi due svolgano un importante fattore di rischio per il successivo sviluppo di una tossicodipendenza.

Nel prossimo capitolo mi occuperò di trattamento e prevenzione, a partire dai punti di forza e dai limiti dei modelli di intervento oggi maggiormente in uso fino ad arrivare alle ultime formulazioni in ambito terapeutico che tentano di unificare nella prassi approcci teorici fino ad oggi considerati escludentisi. L'EMDR e il trattamento parallelo dei disturbi rappresentano i più recenti tentativi di sviluppare terapie efficaci per le tossicodipendenze legate ai traumi e sembrano poter tenere in considerazione i progressi in campo teorico riguardo la tossicodipendenza.



## Capitolo quarto

### **TRATTAMENTO**

Nel precedente capitolo abbiamo analizzato i principali modelli esplicativi della tossicodipendenza concentrandoci sull'ipotesi dell'automedicazione, che cerca di comprendere l'abuso di sostanze alla luce di esperienze ed eventi passati negativi e stressanti, per i quali l'individuo cerca un'auto-terapia e su un approccio complessivo vulnerabilità-stress-coping.

Dopo aver analizzato nei primi capitoli il concetto di evento traumatico e di disturbo da stress post-traumatico e osservato come la ricerca contemporanea avvalori l'associazione tra quest'ultimo disturbo e le condotte tossicomane, vedremo ora alcune importanti linee di trattamento e prevenzione dei due disturbi in questione. Inizierò il lavoro presentando brevemente i modelli di trattamento tradizionali con i loro punti forti e i loro limiti applicativi; in seguito, vedremo come si sia passati dal trattamento sequenziale dei disturbi al trattamento integrato odierno, passando attraverso il trattamento parallelo.

Infine, presenterò alcuni nuovi modelli di intervento sulle tossicodipendenze e il disturbo da stress post-traumatico per concludere l'elaborato con l'indicazione di alcune prospettive di carattere preventivo.

#### **1. Gli aspetti centrali e i limiti dei principali modelli di trattamento delle tossicodipendenze**

L'attuale ricerca in materia di trattamento delle tossicodipendenze non ha stabilito quale approccio risulti il più efficace. Tra i molti fattori che influenzano tali risultati, le peculiari caratteristiche del paziente e la durata del trattamento sono quelle che pesano maggiormente sulla scelta della metodologia da utilizzare (Forman, 2006).

Quattro sono, ad ogni modo, gli approcci terapeutici maggiormente utilizzati e per i quali ci sono buone prove di efficacia: la Terapia di Facilitazione dei 12 passi o TSF; l'approccio Cognitivo Comportamentale o CBT; le tecniche motivazionali o MET; l'approccio delle comunità terapeutiche. Tali trattamenti, che ora analizzeremo,

rappresentano soprattutto delle guide e non dei percorsi rigidi e spetta ai professionisti il compito di adattare l'intervento alle condizioni di vita e di sofferenza del paziente (Forman, 2006).

Dalla pratica clinica si evince, in effetti, che molto spesso vengono utilizzati approcci multipli, capaci di modificare e combinare i differenti trattamenti per venire incontro alle singole esigenze degli individui (Forman, 2006).

### *1.1. La Terapia di Facilitazione dei 12 passi - TSF*

Questo approccio terapeutico deriva direttamente dal Modello Minnesota, così denominato perché fu sviluppato inizialmente presso l'ospedale Willmar nello Stato del Minnesota alla fine degli anni '40 (White, 1998).

Il Modello Minnesota, conosciuto appunto come "facilitazione dei 12 passi", è guidato dall'assunto filosofico che l'alcolismo sia una malattia primaria e progressiva con caratteristiche di natura biologica, psicologica e spirituale (Forman, 2006).

Per questo motivo molte sono le figure coinvolte nel trattamento, quali medici, infermieri e altri pazienti in terapia insieme a diversi consulenti: familiari, professionali e che si occupano prettamente dell'alcolismo (Miller, 1998).

Con il passare del tempo l'approccio è stato modificato per includere non solo individui dipendenti da altre sostanze oltre all'alcol, ma anche persone con disturbi compulsivi come i disturbi dell'alimentazione. Parallelamente, il ruolo del consulente si è evoluto dai semplici pazienti anch'essi in riabilitazione, con abitudine a svolgere un ruolo tanto delicato, fino ad arrivare a professionisti maggiormente abili e adatti nel fornire supporto (Miller, 1998).

I principi base dei "12 passi" sono, comunque, rimasti inalterati: comprensione dei principi degli Alcolisti Anonimi; lavoro effettivo attraverso i 12 passi; astensione come obiettivo; coinvolgimento in prima persona nei gruppi di comunità come Alcolisti Anonimi, Narcotici Anonimi, Cocainomani Anonimi (Forman, 2006).

I programmi che possiedono questa filosofia di base comprendono azioni educative finalizzate ad affermare l'alcolismo e le altre dipendenze da sostanze come malattie

caratterizzate da negazione e perdita di controllo. È previsto che i membri leggano la letteratura riguardante i 12 Passi, tengano un diario del loro personale percorso e intraprendano attivamente i compiti di recupero previsti. Il focus del lavoro di gruppo è rappresentato dall'accettazione della malattia, dall'assumersi la responsabilità delle proprie azioni e del processo di recupero, dal rinnovare la speranza nella guarigione, dall'intraprendere comportamenti nuovi ed adattivi, dal praticare l'auto rivelazione e, infine, dal fare ammenda dei propri errori (Forman, 2006).

Il progetto MATCH dell'Istituto Nazionale sull'Alcolismo e sull'Abuso di Alcol ha studiato gli esiti del trattamento della dipendenza da alcol in relazione all'eterogeneità dei pazienti. Il confronto tra tre diversi approcci, i trattamenti basati sui 12 passi, la terapia cognitivo-comportamentale e le tecniche motivazionali, ha indicato, seppur nella generale efficacia di tutti i trattamenti, un leggero vantaggio dell'approccio dei 12 passi riguardo il mantenimento dei risultati raggiunti nei 3 anni successivi al trattamento (Project MATCH, 1998).

Punti forti e limiti della TSF

<b>Punti di forza</b>	<b>Limiti</b>
<p>Gli incontri sono a libera partecipazione, disponibili in larga scala su tutto il territorio e fonte continua di sostegno. Nelle aree metropolitane esistono gruppi con specifici obiettivi (ad esempio, incontri per persone giovani, per donne, per omosessuali, per stranieri).</p> <p>Questo approccio enfatizza un insieme di obiettivi di tipo cognitivo, spirituale e di salute.</p> <p>Approccio efficace con pazienti provenienti da diverse estrazioni e con diverse esperienze (Tonigan, 2003).</p>	<p>Può essere difficile controllare accuratamente il rispetto dei passi da percorrere e la partecipazione alle riunioni.</p> <p>L'enfasi posta sull'esistenza di un "potere più alto" può non essere accettata da alcuni pazienti.</p> <p>Alcune comunità possono non essere abbastanza grandi da permettere incontri basati sui 12 Passi anche per individui con significativi disturbi psichiatrici.</p>

Fonte: Forman, 2006

## *1.2. L'approccio Cognitivo Comportamentale - CBT*

La terapia cognitivo comportamentale (CBT) si basa sulla teoria secondo cui la maggior parte delle reazioni emotive e comportamentali sono apprese e, soprattutto, l'individuo è in grado di acquisire nuove modalità di reazione e di comportamento (Forman, 2006).

Questo approccio si concentra nell'insegnare ai pazienti determinate abilità al fine di riconoscere e ridurre il rischio di ricaduta, mantenere l'astensione e migliorare l'autoefficacia. Gli individui imparano ad identificare quegli elementi, del tutto personali, che li portano a bere o a utilizzare le droghe, siano essi persone, situazioni o stati d'animo. Tali condizioni che "innescano" il comportamento disadattivo possono essere interne, come reazioni acute allo stress o il tipico craving dei tossicodipendenti, o esterne, come incontrare persone con le quali si era soliti fare utilizzo di sostanze. Ai pazienti vengono insegnate concretamente nuove abilità e strategie di coping per contrastare il desiderio impellente di bere alcol o di utilizzare le droghe (Forman, 2006).

Il lavoro che i pazienti effettuano sull'analisi degli elementi di innesco, sul decidere di utilizzare strategie orientate al recupero e sul "gioco di ruolo" circa situazioni e risposte ad alto rischio, li rendono sempre più sicuri di sé e di riuscire a resistere all'urgenza della sostanza.

Programmi di trattamento del genere permettono agli individui di continuare a vivere e lavorare nel loro ambiente senza dover ricorrere al ricovero. Gli ambienti sono pieni di condizioni che mettono i pazienti a rischio di ricadute e questo permette di esercitarsi con le particolari nuove abilità in via di apprendimento e di definizione (Forman, 2006).

Il trattamento con terapie cognitivo-comportamentali può variare molto in termini di numero di partecipanti e di durata nel tempo. Molti programmi caratterizzati da questo approccio, comunque, incoraggiano la partecipazione contemporanea a gruppi che utilizzano la strategia dei 12 passi.

La ricerca effettuata per la comparazione di questa tipologia di trattamento con altre simili ha fornito risultati contrastanti. Il Progetto MATCH suggerisce che, per la riduzione

dell'abuso di alcol e dei problemi alcol correlati, la CBT sia paragonabile in efficacia ai "12 passi" e alla MET, insieme di tecniche motivazionali che analizzeremo tra breve. Le tre terapie sopraccitate, infatti, hanno prodotto i risultati migliori circa l'astinenza dei pazienti nei tre anni successivi al trattamento (Project MATCH, 1998). Farabee e colleghi, d'altra parte, hanno rivelato che i pazienti in trattamento cognitivo comportamentale intraprendono più frequentemente rispetto agli altri comportamenti di evitamento delle attività a rischio per l'utilizzo di sostanze nell'anno seguente alla terapia (Farabee, 2002).

Punti forti e limiti della CBT

Punti di forza	Limiti
<p>La CBT impegna attivamente i pazienti sia nella terapia che nell'apprendimento concreto di modalità di coping adattive.</p> <p>Questo approccio è utilizzabile con individui provenienti da diversi ambienti, con background molto differenti e con disparati precedenti di abuso di sostanze psicoattive.</p> <p>Il trattamento consente di comprendere appieno e di contrastare efficacemente il fenomeno della ricaduta e degli "inneschi" della ricaduta stessa.</p>	<p>I pazienti con scarse abilità cognitive o di lettura possono trovarsi in difficoltà nel corso dei lavori di gruppo o individuali.</p> <p>La CBT richiede che i consulenti seguano dei corsi per conoscere a fondo e per saper utilizzare i principi e le tecniche di riferimento.</p> <p>La motivazione del paziente è un elemento critico.</p> <p>Seppur esistano trattamenti di gruppo che utilizzano questa terapia, essa è stata sviluppata inizialmente come un approccio alla consulenza individuale.</p>

Fonte: Forman, 2006

### 1.3. Le tecniche motivazionali - MET

L'approccio motivazionale, che include sia il colloquio motivazionale sia il trattamento per l'aumento della motivazione (MET), è una strategia terapeutica che può essere utilizzata in qualsiasi fase del trattamento.

Il colloquio motivazionale, sviluppato da Miller e Rollnick (2002), deriva da diversi approcci teorici e trae spunto dallo studio del percorso di guarigione usualmente intrapreso

dagli individui che si liberano dalla dipendenza da sostanze o da altri problemi di comportamento (Prochaska, 1984; 1986).

L'approccio motivazionale utilizza una strategia di consulenza centrata sul paziente ed empatica, nonostante cerchi di esplorare e di ridurre in modo direttivo l'ambivalenza dell'individuo stesso nei confronti del trattamento. Spesso include, anche, strategie di problem solving costruite sui successi passati del paziente in altri ambiti della sua vita.

Il colloquio motivazionale, inoltre, tiene in considerazione il ruolo di ricompensa svolto spesso dalla sostanza di abuso che può oscurare, anche solo temporaneamente, i danni e i rischi che derivano da un utilizzo a lungo termine (Forman, 2006).

Attraverso l'ascolto empatico e l'abilità nel condurre il colloquio il consulente deve incoraggiare il cliente: ad identificare le discrepanze tra i propri obiettivi di vita e le conseguenze dell'abuso di sostanze; a credere nelle proprie capacità di cambiamento; ad accettare e sostenere le responsabilità nell'intraprendere comportamenti sani; ad analizzare le possibili opzioni, valutando i pro ed i contro di ciascun comportamento e ad adottare successivamente strategie adatte allo scopo (Forman, 2006).

Il professionista deve, all'interno del colloquio motivazionale, porsi in maniera collaborativa e non giudicante e deve essere in grado di ricavare informazioni dal paziente e contemporaneamente rinforzare la sua motivazione al cambiamento (Ravenna, 1997).

I consulenti seguono quattro principi di base: esprimere empatia, comunicando che il paziente è sempre responsabile per il suo cambiamento e mostrando il massimo rispetto per le sue decisioni in materia; identificare le discrepanze, incoraggiando il cliente nel concentrarsi su come e quanto i propri comportamenti differiscono dai propri obiettivi e ideali di vita; rotolarsi con le resistenze ed evitare le discussioni, cercando modalità produttive per utilizzare proprio la resistenza al cambiamento come avvio di un processo di riflessione che può condurre alla modificazione dei comportamenti; sostenere l'auto efficacia, riconoscendo i punti di forza del paziente ed incoraggiandolo nel credere che il cambiamento sia possibile (CSAT, 1999).

<b>Punti di forza</b>	<b>Limiti</b>
<p>Il colloquio motivazionale e la MET sono tecniche centrate sul cliente e rilevanti per i loro interessi personali.</p> <p>L'attenzione viene posta su obiettivi realistici e raggiungibili.</p> <p>Viene enfatizzato un supporto empatico che evita l'espressione di rabbia e rancore nei pazienti.</p> <p>Sono promosse massicciamente sia l'auto efficacia che le capacità di autoregolazione.</p>	<p>Il colloquio motivazionale e la MET agiscono energicamente sulle capacità personali e sul livello di consapevolezza di sé dei pazienti.</p> <p>I comuni strumenti orientati all'individuazione del problema e alla sua risoluzione sono poco compatibili con un approccio motivazionale.</p> <p>Nonostante siano forniti dei consigli e delle strategie su come trattare i pazienti ambivalenti nei rapporti interpersonali, non sono specificati i contenuti precisi di ogni sessione.</p> <p>Questo approccio può essere di difficile associazione con i trattamenti di comunità terapeutica che prevedono l'adesione ad obiettivi stabiliti da un programma.</p> <p>Il colloquio motivazionale e la MET sono state ideate come tecniche individuali e non è provata la loro efficacia in gruppo.</p>

Fonte: Forman, 2006

#### 1.4. *Le comunità terapeutiche*

Le comunità terapeutiche rappresentano, sin dagli anni '60, la tipologia residenziale di trattamento per l'abuso di sostanze. L'approccio che le caratterizza è il cosiddetto "comunità come metodo" che considera tutto l'insieme della comunità, con la sua organizzazione, gli operatori, i pazienti e le attività quotidiane, come l'agente terapeutico (De Leon, 2000).

All'interno della comunità terapeutica il disturbo da abuso di sostanze è considerato come un disturbo integrale della persona che, di conseguenza, riguarda tutte le sfere di vita

dell'individuo. Gli operatori valutano i problemi dei pazienti tanto attraverso le dimensioni della disfunzione psicologica e dei problemi in ambito sociale, quanto per i loro comportamenti di abuso. Il rapporto con le sostanze psicoattive è solo una parte del problema e, ad esempio, i problemi con l'autorità, uno scarso controllo degli impulsi e comportamenti delinquenti e disonesti sono ritenuti altrettanto importanti (De Leon, 2000).

La filosofia di base delle comunità terapeutiche presuppone che il recupero sia un processo evolutivo che comporta aiuto reciproco ed apprendimento sociale (De Leon, 2000).

I valori alla base della guarigione dei pazienti sono: dimostrare verità ed onestà in tutte le situazioni; concentrarsi sul "qui ed ora"; assumersi le responsabilità del proprio comportamento; sviluppare l'etica del lavoro e comprendere che le ricompense vanno meritate; accettare che il cambiamento è l'unica certezza; sviluppare l'auto sufficienza economica; farsi coinvolgere nella vita della comunità (De Leon, 2000).

Visto che la gran parte degli individui assegnati alle comunità terapeutiche hanno di solito, oltre ad importanti precedenti di abuso di sostanze, storie di comportamenti delinquenti, i programmi si sforzano di ottenere l'abilitazione, piuttosto che la riabilitazione, dei pazienti nei diversi aspetti della loro vita (Forman, 2006).

Le comunità seguono programmi altamente strutturati, concentrando le attività giornaliere su sessioni di gruppo e lavori specifici al fine di insegnare ai partecipanti nuovi comportamenti ed abilità.

De Leon (1995) ha descritto quelli che sono gli aspetti centrali delle attività delle comunità terapeutiche. Innanzitutto, un senso di comunità: questa esiste separatamente da altre agenzie o programmi istituzionali e rappresenta un luogo in cui non esiste l'uso delle droghe. Le strutture presentano spazi comuni per le attività quotidiane di gruppo per sviluppare un senso di appartenenza e di sinergia tra i partecipanti.

In secondo luogo, i pari e gli operatori, che sono utilizzati come modelli positivi, mostrando in concreto i comportamenti attesi insieme ai valori e agli insegnamenti della comunità (De Leon, 1995).



La terapia e l'educazione si basano sul lavoro, tutti i pazienti sono responsabili per la gestione quotidiana delle strutture e i ruoli assegnati hanno l'obiettivo di promuovere gli aspetti maggiormente carenti in ciascun partecipante (De Leon, 1995).

Le sessioni di gruppo, infine, sono uno degli aspetti principali della terapia vera e propria per far comprendere ai singoli pazienti gli atteggiamenti e i comportamenti che necessitano di essere modificati (De Leon, 1995).

Per quanto riguarda la ricerca, l'Istituto Nazionale sull'Abuso di Droghe degli Stati Uniti ha commissionato diversi studi circa l'efficacia di tale approccio terapeutico. Lo Studio sull'Esito del Trattamento per l'Abuso di Droghe, ad esempio, una ricerca a lungo termine sugli esiti di questo particolare trattamento, ha stabilito che i pazienti che hanno completato con successo i programmi previsti dalle comunità terapeutiche presentano livelli notevolmente inferiori, rispetto al periodo precedente al ricovero, circa l'utilizzo di cocaina, eroina ed alcol, minori comportamenti criminali, maggior impegno lavorativo e bassi livelli di depressione (NIDA, 2002).

#### Punti forti e limiti delle comunità terapeutiche

<b>Punti di forza</b>	<b>Limiti</b>
<p>L'approccio delle comunità terapeutiche è molto efficace con individui caratterizzati da lunghe storie di abuso di sostanze e comportamento antisociale.</p> <p>I programmi sono particolarmente utili nell'insegnare ai pazienti come stabilire, programmare e raggiungere precisi obiettivi e nell'ottenere un senso di responsabilità personale.</p> <p>Questa terapia è efficace per ridurre le recidive di coloro i quali hanno fatto esperienze di detenzione a seguito di comportamenti criminali legati alle sostanze psicoattive.</p>	<p>Il continuo confrontarsi con gli altri partecipanti può essere di ostacolo e di difficile accettazione per alcuni pazienti.</p> <p>Il trattamento di individui con altri disturbi psichiatrici in comorbilità può rappresentare una grande difficoltà.</p>

Fonte: Forman, 2006

## **2. Verso il trattamento integrato delle tossicodipendenze in comorbilità con il disturbo da stress post-traumatico**

Da sempre esiste una divisione profonda tra i servizi per il trattamento dei disturbi mentali, da una parte e i programmi per il trattamento dell'abuso di sostanze, dall'altra. In egual misura, i diversi interventi ideati per ciascun disturbo si differenziano sia per quanto riguarda la formazione degli operatori, gli obiettivi e le procedure credenziali, sia per i criteri di eleggibilità riferiti ai pazienti (Mueser, 2003).

Fino a qualche anno fa queste differenze di base si sono tradotte in due approcci al trattamento distinti e separati: il trattamento sequenziale e il trattamento parallelo. I problemi associati a ciascun approccio hanno, infatti, motivato solo recentemente i clinici e gli operatori nell'elaborazione di programmi integrati che tentino di superare sia le difficoltà amministrative e di organizzazione, sia le basi filosofiche diverse che caratterizzano ciascun approccio (Mueser, 2003).

### *2.1. Il trattamento sequenziale*

Questo approccio, più che un modello di trattamento vero e proprio, è comunemente considerato come una "giustificazione" per l'esclusione dei pazienti da specifici trattamenti. In quest'ottica, infatti, un cliente in comorbilità non è idoneo per il trattamento fino a quando uno dei due disturbi non sia risolto o quantomeno stabilizzato. Questa modalità di intervento cerca di proteggere essenzialmente i limiti del programma stesso al prezzo di ignorare le specifiche necessità del paziente (Mueser, 2003).

Un uomo con diagnosi di disturbo schizofrenico e di disturbo da uso di alcol, ad esempio, verrebbe in questo caso informato, dal consulente per il trattamento della dipendenza da alcol, che il suo problema con la sostanza non può essere trattato finché la sua schizofrenia non sia stabilizzata o, d'altra parte, che egli non potrebbe essere contemporaneamente trattato con antipsicotici e frequentare un programma di disintossicazione da alcol. Allo stesso modo, ad una donna tossicodipendente e con

disturbo bipolare potrebbero essere negati gli stabilizzatori dell'umore fino a quando non sia eliminato l'abuso di sostanze (Mueser, 2003).

Il maggior problema con il trattamento sequenziale è che viene completamente ignorato il carattere ciclico dei disturbi in comorbidità. L'abuso di sostanze, infatti, raramente si riduce senza un preciso intervento e, spesso, peggiora il corso stesso delle malattie psichiatriche (Mueser, 2003).

Serper e colleghi (1995), ad esempio, hanno suggerito che l'abuso di stimolanti e l'uso massiccio di marijuana abbiano importanti effetti potenziali sul peggioramento dei sintomi caratteristici della schizofrenia. Risulta particolarmente arduo, in questo caso, cercare di stabilizzare questi specifici sintomi senza intervenire concretamente sull'abuso di sostanze.

Con l'aggravarsi del disturbo psichiatrico, inoltre, il paziente va inevitabilmente incontro a sentimenti di disagio sempre più grandi che non possono che peggiorare il suo rapporto con la sostanza di abuso. La mania acuta è spesso associata con un aumento dell'utilizzo di alcol, che a sua volta peggiora l'episodio maniacale. Qualora questo non venga affrontato e stabilizzato farmacologicamente, l'abuso di alcol può continuare senza sosta (Bernadt, 1986).

Oltre ai problemi di natura clinica appena esposti, esistono anche delle difficoltà amministrative e di organizzazione. Il problema principale è la carenza di comunicazione tra i professionisti dei diversi disturbi e lo scarso invio concreto dei pazienti tra un servizio e l'altro. Quest'ultimo può essere addebitato alla convinzione, da parte del clinico, che il disturbo primario non sia sufficientemente sotto controllo o ad una scarsa consapevolezza della gravità del disturbo stesso. Anche qualora la comunicazione e la collaborazione sia attiva e positiva spesso i pazienti "si perdono" nel passaggio da un servizio all'altro per la limitata motivazione o per la chiara difficoltà nello stabilire strette relazioni con i professionisti del trattamento (Mueser, 2003).

## 2.2. *Il trattamento parallelo*

Nell'approccio al trattamento parallelo i disturbi in comorbidità sono affrontati contemporaneamente da differenti figure professionali. In teoria, gli operatori dei diversi servizi dovrebbero cercare di coordinare l'intervento attraverso contatti regolari e, soprattutto, l'accordo sugli elementi essenziali del trattamento stesso. Nella pratica clinica, in realtà, i problemi amministrativi e di organizzazione spesso precludono la necessaria collaborazione e i contatti concreti tra chi tratta l'abuso di sostanze e chi si occupa del disturbo psichiatrico risultano particolarmente esigui (Kavanagh, 2003).

Conseguenza diretta della situazione appena descritta è che l'onere dell'integrazione è completamente lasciato sulle spalle del paziente il quale, naturalmente, a causa delle normali difficoltà cognitive associate alla malattia mentale può non essere in grado di assolvere a questo compito (Mueser, 2003).

Una possibile ragione della scarsa integrazione tra i servizi è sicuramente la filosofia di base che caratterizza il trattamento delle tossicodipendenze e il trattamento degli disturbi psicopatologici.

Tradizionalmente, gli operatori del campo delle dipendenze da sostanze utilizzano spesso strategie che comportano una forte carica emotiva e il confronto durante le sessioni individuali e di gruppo per "convincere" l'individuo dell'esistenza del problema circa la sostanza e della necessità di risolvere la situazione stessa. All'opposto tra i professionisti delle malattie mentali è comunemente accettato l'impatto negativo di queste stesse tecniche sul corso del disturbo psichiatrico (Mueser, 2003).

Butzlaff e Hooley (1998) hanno mostrato come il confronto sociale e le interazioni caricate eccessivamente dal punto di vista emotivo possano precipitare il ritiro sociale, le recidive, la ri-ospedalizzazione e, anche, episodi di violenza.

Altra differenza sostanziale risiede nel diverso atteggiamento delle due figure professionali circa gli ambienti di vita dei pazienti. Mentre i servizi per la salute mentale cercano di aiutare gli individui nel raggiungere e mantenere una stabilità nel tessuto sociale, negli ambienti frequentati e nelle persone che li circondano, i trattamenti tradizionali per le dipendenze da sostanze cercano di isolare i pazienti da determinati

ambienti e persone a loro familiari che possono innescare il ritorno alla sostanza psicoattiva (Mueser, 2003).

Oltre a queste differenze operative di base, possono verificarsi anche difficoltà relative a barriere di fondo circa la natura dei diversi servizi. Alcuni programmi, infatti, proibiscono chiaramente ai pazienti di frequentare nello stesso momento programmi per il trattamento dei disturbi mentali e interventi specifici sulle sostanze psicoattive (Mueser, 2003).

Alcune organizzazioni, infine, lasciano al cliente stesso la responsabilità e il compito di cercare e individuare una struttura per il trattamento del disturbo in comorbilità e questo, come detto precedentemente, può rivelarsi un compito proibitivo per diversi individui. “Cadere nelle fessure” tra i servizi paralleli dei disturbi, paralleli e non integrati, è il fenomeno che viene comunemente utilizzato per descrivere quei pazienti che non riescono a risolvere il loro complesso problema proprio per una non completa integrazione e coordinazione dei diversi programmi di intervento (Mueser, 2003).

### 2.3. *Il trattamento integrato*

Alla fine degli anni '80 molteplici ricerche hanno documentato le difficoltà e i problemi appena descritti (El-Guebaly, 1990; Polcin, 1992; Ridgely, 1990; Wallen, 1989).

Successivi studi hanno anche sottolineato come i pazienti con doppio disturbo presentino una prognosi negativa non solo se trattati con il tradizionale approccio sequenziale, ma anche qualora l'intervento si concentri sul trattamento parallelo dei disturbi (Drake, 1996; Havassy, 2000).

Comprese le difficoltà nell'ambito del trattamento dei disturbi in comorbilità e, soprattutto, stabilito l'esito negativo a lungo termine per i pazienti, sono stati sviluppati diversi programmi con l'obiettivo principale di integrare completamente il trattamento dei disturbi mentali e dei disturbi da abuso di sostanze (Mueser, 2003).

Questa prospettiva è, secondo il discorso fin qui portato avanti, la migliore per interventi realmente efficaci circa il disturbo da stress post-traumatico in comorbilità con la

tossicodipendenza. Vedremo successivamente come esistano diversi programmi di trattamento che si muovono in quest'ottica.

Programmi effettivamente integrati possono, in effetti, risolvere e superare diverse difficoltà incontrate finora nel trattamento dei due disturbi. Innanzitutto, viene eliminata la distanza e il problema di comunicazione tra due diverse organizzazioni; lo stesso team di professionisti provvede a programmare gli interventi adatti per il singolo paziente su entrambi i disturbi, la coordinazione è di conseguenza intrinseca. In secondo luogo, entrambe le diagnosi sono considerate come primarie, superando la difficoltà di “scegliere” quale sia il disturbo preferenziale da trattare. Le prospettive filosofiche, infine, che caratterizzano i singoli operatori della salute mentale e del trattamento delle tossicodipendenze sono ridimensionate notevolmente grazie al lavoro giornaliero e all'interno della stessa équipe. Seppur tali differenze di base possano continuare ad esistere, la necessità di proporre al paziente un senso di sicurezza e una relativa chiarezza nell'accostarsi al problema che lo caratterizza tende ad eliminare gradualmente gli assunti epistemologici di base possibilmente in contrasto in favore di un accordo sulle modalità di trattamento verso un approccio unificato (Mueser, 2003).

Negli anni '90, quindi, il trattamento integrato dei disturbi è divenuto sempre di più l'obiettivo principale delle organizzazioni sanitarie e sono stati di conseguenza sviluppati diversi programmi di intervento proprio in questa direzione (Carey, 1996; Drake, 1991; Kavanagh, 1995; Ziedonis, 1996; Sitharthan, 1999).

Molti di questi programmi di trattamento condividono comuni valori di base così come le medesime componenti per l'organizzazione generale e l'assessment. Vedremo ora quali sono i concetti principali che caratterizzano il nuovo approccio per poi concentrarci sull'analisi di un programma di intervento di recente ideazione per il trattamento del disturbo da stress post-traumatico e del disturbo da abuso di sostanza in comorbilità.

Il nucleo centrale di un efficace trattamento per i doppi disturbi è la condivisione completa delle decisioni circa il trattamento stesso. Questa comprende, a sua volta, diverse dimensioni tutte ugualmente importanti per raggiungere l'obiettivo finale: integrazione dei servizi; completezza; assertività; riduzione delle conseguenze negative della condizione psicopatologica; prospettiva a lungo termine con disponibilità dei servizi “illimitata”;

trattamenti basati sulla stimolazione della motivazione del paziente; possibilità di utilizzare differenti prospettive psicoterapeutiche (Mueser, 2003).

L'integrazione dei servizi rappresenta la dimensione organizzativa del trattamento integrato. Gli interventi per la salute mentale e per la tossicodipendenza devono essere attuati contemporaneamente dagli stessi clinici all'interno dello stesso ente per colmare la distanza tra diverse organizzazioni e per essere sicuri che entrambi i disturbi siano trattati efficacemente (Mueser, 2003).

La completezza riguarda la caratteristica totale e piena dell'intervento integrato. I programmi non sono diretti esclusivamente alla risoluzione del problema con la sostanza psicoattiva, ma orientano l'attenzione a sfere di funzionamento molto ampie che spesso vengono compromesse in questi particolari casi come le condizioni di vita in casa e sul posto di lavoro, l'abilità di fronteggiare la malattia psichiatrica, le relazioni familiari e sociali (Mueser, 2003).

L'assertività affronta il problema di come i pazienti entrano nei programmi di trattamento. Efficaci servizi per pazienti con doppia diagnosi, in effetti, non aspettano che sia l'individuo, spesso riluttante, a cercare contatto e a proporsi per il trattamento ma, al contrario, utilizzano tecniche di sensibilizzazione assertive e meccanismi di tipo legale al fine di coinvolgerli nei programmi (Mueser, 2003).

La riduzione delle conseguenze negative rappresenta la dimensione filosofica dell'approccio integrato. Stabilito che due disturbi di rilevanza psichiatrica hanno un impatto considerevolmente negativo sulle vite dei pazienti, il primo e più importante obiettivo dei clinici è, senza dubbio, ridurre tali conseguenze cercando, d'altra parte, di evitare atteggiamenti giudicanti o imponendo i propri valori personali o, peggio, attribuendo responsabilità di tipo morale ai comportamenti dei pazienti stessi (Mueser, 2003).

La prospettiva a lungo termine definisce la necessità di servizi disponibili per un tempo "illimitato". L'esistenza di rigidi vincoli circa la durata del trattamento può risolversi in una conclusione prematura dell'esperienza clinica degli individui che, inevitabilmente trattandosi di doppi disturbi, possono non aver risolto il proprio problema e

ritrovarsi in poco tempo in condizioni identiche a quelle che hanno sollecitato il ricorso a programmi terapeutici ad hoc (Mueser, 2003).

Basarsi sulle motivazioni mostrate dai pazienti consente di orientare l'intervento e di adattarlo sul desiderio di cambiare il proprio comportamento. Oltre che motivazione valida, questa rappresenta anche una necessità per evitare conflitti potenzialmente distruttivi tra l'equipe e i pazienti stessi (Mueser, 2003).

In conclusione, l'abilità di unire tutte queste componenti è cruciale per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Trascurare una dimensione qualsiasi può minare seriamente l'efficacia del trattamento dei pazienti con disturbi in comorbilità. Grazie alla flessibilità generale dei trattamenti integrati, l'intervento può essere adattato ai bisogni specifici di ogni paziente e, in effetti, i diversi programmi possono differire molto tra di loro. Ad ogni modo, le risorse e l'impegno dell'ente, un assessment adeguato e servizi vari e onnicomprensivi sono necessari per migliorare ed ottimizzare il funzionamento generale dei pazienti. Ciò significa che, nonostante i programmi integrati possano differire, più componenti sono considerate attivamente e integrate nel programma stesso, migliore sarà la prognosi per i disturbi che caratterizzano il paziente (Mueser, 2003).

### **3. EMDR**

Nel momento in cui una persona sperimenta un evento traumatico, come definito nel primo capitolo relativamente al disturbo da stress post-traumatico, nel sistema nervoso avvengono cambiamenti a livello dei neurotrasmettitori che causano un importante squilibrio dell'intero sistema. L'informazione acquisita dal soggetto nel momento della sua esperienza traumatica viene così immagazzinata, comprendendo immagini, suoni, emozioni e sensazioni fisiche, a livello delle reti mnestiche senza possibilità di essere elaborata, esattamente a causa di questo squilibrio generale del sistema nervoso che rende temporaneamente incapaci di operare le consuete operazioni di "bonifica" del ricordo stesso. Il ricordo, inoltre, conservato nella sua forma originale disturbante ed eccitatoria, viene successivamente attivato da stimoli di natura sia interna che esterna, traducendosi



negli incubi, nei flashback e nei pensieri intrusivi tipici del disturbo da stress post-traumatico (Terrieri, 2008).

Francine Shapiro (2000) ha scoperto che, attraverso diversi movimenti oculari, è possibile superare un evento traumatico o un ricordo particolarmente disturbante dal punto di vista emotivo. Questa metodologia utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra, per ristabilire l'equilibrio eccitatorio/inibitorio, provocando così una migliore comunicazione tra gli emisferi cerebrali.

L'EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, è un approccio ed una tecnica di trattamento elettiva per i disturbi post-traumatici elaborata negli ultimi vent'anni. Utilizza i concetti introdotti da Bower (1981) e Lang (1979) circa l'elaborazione neurofisiologica dell'informazione e i suoi principi teorici di base sono quelli dell'Elaborazione Accelerata dell'Informazione (Shapiro 1993; 1994).

Quest'ultimo modello è in accordo con gli studi, ormai lontani nel tempo, di Pavlov (1927), secondo cui l'obiettivo ultimo di qualsiasi trattamento psicoterapeutico è il ripristino dell'equilibrio neurologico perso che permetterebbe, in condizioni normali, un'elaborazione delle informazioni in senso adattivo. L'Elaborazione Accelerata dell'Informazione sostiene che il blocco fisiologico dell'elaborazione sia il responsabile della patologia, mentre gli effetti positivi dell'EMDR sono il risultato dei cambiamenti elettro-biochimici del sistema nervoso che riequilibrano il sistema stesso (Shapiro, 2000).

I meccanismi che in concreto permettono l'attivazione delle reti neurali e la risoluzione del blocco sono diversi. Innanzitutto, l'EMDR si basa sull'ipotesi che, a seguito dell'evento traumatico, si generi un "congelamento" dell'informazione nella sua forma ansiogena originaria, come abbiamo visto nel primo capitolo; riportare alla mente l'evento, mentre contemporaneamente il paziente esegue determinati movimenti oculari, permette di riprendere e accelerare l'informazione bloccata nelle reti mnestiche. L'EMDR, come detto, permetterebbe una migliore comunicazione tra i due emisferi cerebrali e, attraverso il ristabilito equilibrio eccitatorio/inibitorio, sarebbe possibile raggiungere una risoluzione adattiva dell'evento traumatico che viene integrato in uno schema cognitivo ed emotivo positivo (Shapiro, 2000). In effetti, l'esame di pazienti trattati con l'EMDR, attraverso un'analisi quantitativa dell'elettroencefalografia, ha mostrato una

normalizzazione nella sincronizzazione dell'attività delle onde cerebrali nei due emisferi corticali (Nicosia 1994).

In secondo luogo, alcune ricerche di laboratorio sugli animali hanno rilevato un potenziamento delle sinapsi nella formazione di ricordi traumatici in varie aree del sistema limbico (Bliss, 1993; Kalhorn, 2006). Il depotenziamento di queste sinapsi, attraverso l'induzione di una stimolazione a bassa frequenza, facilita la cancellazione o la modificazione dei ricordi traumatici.

Gli effetti terapeutici dell'EMDR sarebbero così dovuti all'induzione di una stimolazione a bassa frequenza che depotenzia le sinapsi in molte aree del sistema limbico (Kalhorn, 2006) e lo spostamento del potenziale sinaptico delle reti neurali che includono materiale disfunzionale può far sì che l'informazione subisca successive elaborazioni a ogni set di movimenti oculari con l'EMDR, fino ad arrivare ad una risoluzione adattiva.

La Shapiro ipotizza che le reti neurali siano parzialmente organizzate dall'emotività che, a sua volta, è legata ad una particolare valenza bioelettrica. Maggiore è l'emotività disfunzionale, più elevato sarà il potenziale sinaptico della rete. Le reti neurali a valenza inferiore conterrebbero ricordi di materiale positivo. Il sistema di elaborazione, stimolato dall'EMDR, abbasserebbe la valenza dei recettori in modo da permettere loro di legarsi ai recettori delle reti neurali aventi valenze progressivamente inferiori e, quindi, di incorporare l'informazione più adattiva in quest'ultimi contenuta (Shapiro, 2000).

L'EMDR è stato modificato nel tempo passando da una tecnica di desensibilizzazione, come era alle fine degli anni '80 nelle prime formulazioni della Shapiro (1989), fino a diventare un approccio psicoterapeutico integrato (Solomon, 2008).

È ormai associata la sua efficacia nel trattamento dei disturbi post-traumatici, non solo il disturbo da stress post-traumatico, ma anche il disturbo da stress acuto e la più recente versione delle linee guida della Società Internazionale per gli Studi sullo Stress Traumatico cita proprio l'EMDR e i trattamenti di matrice cognitivo-comportamentale come le tecniche di intervento che producono i migliori risultati (Foa, 2009).

Nonostante la ricerca in materia di trattamento delle tossicodipendenze con l'EMDR sia ancora agli inizi, esistono delle evidenze preliminari che possono suggerire

l'efficacia in riferimento, come visto nei capitoli precedenti, dell'alto numero di casi di comorbilità tra disturbo da stress post-traumatico e abuso di sostanze.

Shapiro, Vogelmann e Sine (1994) hanno segnalato che le tecniche sviluppate con l'EMDR possono essere estremamente valide per il trattamento della tossicodipendenza, raccomandando che "per ottenere effetti terapeutici migliori, il paziente dovrebbe essere innanzitutto stabilizzato, coinvolto in gruppi di supporto che fanno riferimento ai 12 Passi e sobrio per un periodo di tempo sufficiente al fine di evitare i sintomi di ritiro e astinenza" (Shapiro, 1994, 379).

Gli stessi autori suggeriscono che programmi di intervento adeguati dovrebbero avere come obiettivo gli stimoli che potrebbero innescare le ricadute di natura sia interna, come emozioni e memorie traumatiche, che esterna, gruppo dei pari e ambienti relativi alla sostanza (Shapiro, 1994).

Recentemente sono stati sviluppati diversi protocolli per il trattamento dei pazienti con disturbi da abuso di sostanze. Tutti hanno in comune la tecnica della desensibilizzazione per ridurre la reattività alle situazioni di innesco dell'uso, mentre esiste grande differenza riguardo l'astinenza quale requisito o meno per intraprendere il programma di intervento (Abel, 2010).

Omaha (1998) ha delineato il protocollo "Chemotion e EMDR" per il trattamento delle dipendenze da sostanze psicoattive. Questo modello, di derivazione psicoanalitica, ipotizza che la dipendenza sia dovuta a deficit di identità in riferimento alle relazioni oggettuali e a incidenti di natura traumatica che precipitano la situazione problematica e la mantengono con le dinamiche descritte precedentemente in riferimento ai ricordi e alle emozioni legate agli eventi traumatici (Omaha, 1998).

Dopo aver analizzato e risolto le eventuali resistenze al trattamento, questo programma utilizza il protocollo standard dell'EMDR per individuare gli eventi traumatici che supportano la tossicodipendenza e per risolvere i relativi pensieri e sentimenti. Solo successivamente l'autore suggerisce di inserire il paziente anche in un programma terapeutico circa le relazioni infantili che possa affiancare il trattamento (Omaha, 1998).

Un altro intervento simile al precedente è il protocollo per la "Desensibilizzazione degli Stimoli e la Rielaborazione della Compulsione" di Popky (2005), in cui si cerca di

rinforzare le strategie di coping positive del paziente concentrandosi sia sugli obiettivi dichiarati dallo stesso sia sugli stimoli che possono originare delle ricadute.

Nella prima parte di questo programma il paziente si concentra su ciò che viene chiamato “Obiettivo Positivo del Trattamento” stabilendo e immaginando come egli potrebbe essere qualora riuscisse a risolvere il problema con la sostanza psicoattiva. L’immagine visiva viene a questo punto rafforzata attraverso la stimolazione bilaterale tipica dell’EMDR e il paziente, insieme con il terapeuta, cerca di individuare e sviluppare le risorse, sia interne che esterne, per favorire il cambiamento. Successivamente il lavoro si sposta sulla desensibilizzazione di quegli stimoli che innescano i comportamenti di abuso del paziente (Popky, 2005).

L’attenzione del paziente è diretta verso un obiettivo positivo, attraente e raggiungibile, non verso l’abbandono di comportamenti negativi. L’astinenza, sebbene altamente raccomandata, non viene richiesta nella definizione degli obiettivi del trattamento perché l’obiettivo stesso è prima di tutto funzionare in modo positivo come descritto dal paziente (Terreri, 2008).

Esistono molti altri protocolli per il trattamento delle tossicodipendenze e degli eventi traumatici che le originano, che fanno riferimento all’EMDR, l’ultimo che vorrei presentare è una rielaborazione italiana del protocollo sul dolore cronico di Grant (1997), cioè il protocollo per la “Desensibilizzazione e Rielaborazione del Ricordo del Disturbo di Astinenza” di Letteri (2008).

Nel trattamento delle dipendenze da sostanze con l’EMDR non si elaborano e risolvono esclusivamente i traumi che possono soggiacere alla dipendenza stessa, ma anche le risorse, le sensazioni di astinenza e tutti quei comportamenti che si relazionano in qualche modo con il disturbo.

L’assunzione della sostanza, come detto precedentemente, provoca nell’individuo delle sensazioni positive seguite, nell’arco di breve tempo, da una serie di sentimenti negativi, quali vergogna e senso di colpa, che contribuiscono ad abbassare l’autostima e l’autoefficacia dei pazienti. La sostanza assume il ruolo di regolazione emotiva e collabora nel diminuire la sensazione di non avere controllo sugli eventi. In questo senso, la sostanza psicoattiva diviene una difesa contro, ad esempio, il non pensare e il non ricordare l’evento

traumatico carico di conseguenze insopportabili e sentimenti negativi. Per questo motivo risulta importante lavorare sulla risoluzione della memoria “congelata” del trauma, sui sentimenti, spesso errati, che la accompagnano e, contemporaneamente, stimolare l’autostima dei pazienti.

Il protocollo per la “Desensibilizzazione e Rielaborazione del Ricordo del Disturbo di Astinenza” di Letteri (2008) si applica ai pazienti che hanno concluso una terapia farmacologica alternativa alla sostanza o che sono nel corso di un programma di assunzione a scalare di metadone, pazienti in altre parole già ben determinati nell’uscire completamente dalla dipendenza dalla sostanza psicotropa.

I pazienti sono invitati a ricordare ed a risperimentare, con la tecnica dell’EMDR, una crisi d’astinenza e, anche se da qualche tempo non fanno più uso di sostanze psicoattive, nel momento del ricordo essi mostrano tutti i sintomi della crisi stessa quali lacrimazione, dolori, agitazione e conati di vomito. Durante il trattamento i sintomi si attenuano e, a quel punto, si installa dapprima quella che in EMDR è definita “cognizione positiva” come “sono in grado di gestire le mie sensazioni” e, in seguito, un’immagine positiva come una proiezione di se stessi nel futuro (Letteri, 2008).

L’azzeramento delle immagini e delle emozioni negative, ottenuta grazie all’EMDR, consente non solo di eliminare o attenuare il ricordo negativo e traumatico della crisi astinenziale, ma anche di far sviluppare nel paziente la convinzione di essere in grado di fronteggiare la situazione negativa e problematica che, in passato, ha condotto a ricadute e, di conseguenza, a nuove crisi di astinenza una volta ricominciato un qualsiasi programma di trattamento.

Tutti i protocolli EMDR di trattamento delle tossicodipendenze consigliano, comunque, per prima cosa, di applicare il protocollo standard per individuare e risolvere i ricordi e le emozioni legate agli eventi traumatici e, solo successivamente, di applicare i protocolli modificati mirati maggiormente al rapporto che il paziente ha instaurato con la sostanza psicoattiva.

Zweben e Yeary (2006) hanno, infine, sottolineato come l’EMDR possa essere integrato nel trattamento delle tossicodipendenze in qualsiasi fase il paziente si trovi. Gli autori hanno descritto come “l’esercizio del Posto Sicuro” (Shapiro, 2001) e lo sviluppo

delle risorse personali (Korn, 2002) possano essere intrapresi anche nelle primissime fasi del programma di intervento quando il paziente può non essere ancora abbastanza “stabile” per permettere un lavoro specifico sul trauma, per il quale, successivamente, si può applicare il protocollo standard per individuare e risolvere gli eventi traumatici, precoci o meno, che sostengono la condotta tossicomane (Zweben, 2006).

L’astinenza non è, quindi, necessaria per intraprendere e completare il lavoro sulla memoria traumatica dal momento che “molti pazienti non diventeranno mai puliti e sobri finché non verrà eliminata la carica emozionale relativa al loro passato traumatico” (Zweben, 2006, 121).

Come abbiamo visto, l’EMDR rappresenta un approccio di trattamento promettente per la risoluzione dei due disturbi in comorbidità. La sua efficacia nel trattamento dei disturbi di origine traumatica è ormai ampiamente comprovata e l’applicazione alle tossicodipendenze si sta sempre più sviluppando fornendo importanti contributi e linee guida per i programmi di intervento

La condizione preliminare riguardante la sobrietà del paziente è ancora un punto da chiarire, anche se esistono, come detto precedentemente, diversi protocolli che la integrano o meno nelle linee guida.

Ad ogni modo il trattamento delle tossicodipendenze e del disturbo da stress post-traumatico attraverso l’utilizzo dei protocolli EMDR rappresenta un approccio di tipo integrato, dal momento che poggia su basi teoriche riguardanti le neuroscienze e si muove all’interno delle dinamiche relazionali tra paziente, terapeuta e contesto sociale.

#### **4. Seeking Safety**

Risale al 1993 l’idea della dott.ssa Najavits e dei suoi collaboratori di sviluppare un’efficace terapia per il trattamento della tossicodipendenza e del disturbo da stress post-traumatico in comorbidità. Il trattamento, chiamato Seeking Safety (cercando la salvezza e la sicurezza), è stato successivamente modificato attraverso diversi studi clinici e il lavoro con i pazienti fino a divenire, nella sua forma finale, un programma di intervento integrato di matrice cognitiva, comportamentale e interpersonale (Najavits, 2002a).

Seeking Safety offre 25 argomenti di trattamento, ciascuno con una guida clinica per il professionista e delle dispense per il paziente, che si muovono all'interno del paradigma integrato appena accennato. L'ordine in cui si possono affrontare i diversi passi è a discrezione di clinico e del paziente, rendendo in questo modo il programma estremamente flessibile. Questo particolare trattamento è stato implementato in diversi formati: sessioni individuali e di gruppo; lavori da 50 o 90 minuti; a conduzione singola o in sinergia con altri professionisti; incontri settimanali o bi-settimanali; in contesti ambulatoriali, di ricovero o residenziali (Najavits, 2002b).

Seeking Safety si basa su cinque principi di base. Innanzitutto, la salvezza e la sicurezza come priorità del trattamento. Il nome stesso del programma di intervento esprime la filosofia di base seguita: quando una persona soffre di disturbo da stress post-traumatico e dipendenza da sostanze psicoattive il bisogno più impellente è la necessità di ottenere una condizione di relativa tranquillità e sicurezza. Il termine "salvezza" è un contenitore all'interno del quale troviamo: riduzione dell'uso della sostanza, se non la completa astinenza; riduzione dei comportamenti suicidari e auto mutilanti; calo dell'esposizione al rischio di contrarre l'HIV; conclusione delle relazioni ritenute pericolose per la vita e la salute del paziente; ottenere il controllo, anche se minimo, di quei sintomi estremi, come la dissociazione, che possono mettere a repentaglio la salute mentale e fisica dell'individuo (Najavits, 2002b).

La prima fase del trattamento mira ad ottenere stabilità e sicurezza, così come suggerito dai trattamenti per la tossicodipendenza e per il disturbo da stress post-traumatico affrontati separatamente e non in comorbilità. Mentre i successivi stadi si orientano all'elaborazione del trauma e alla ricostruzione di legami e sentimenti che sono ritenuti essere alla base dell'abuso di sostanze (Najavits, 2002a).

Il secondo punto fondamentale per questo approccio è un trattamento dei due disturbi pienamente integrato (Najavits, 2002b).

Diversi studi hanno mostrato come un modello integrato abbia più probabilità di successo, sia più sensibile e attento alle necessità dei pazienti e, aspetto importante, sia più pratico ed economico rispetto al trattamento sequenziale dei disturbi in comorbilità (Brady, 1994; Abueg, 1991; Evans, 1995; Ruzek, 1998). Una ricerca di Brown e colleghi ha

sottolineato come i pazienti stessi prediligano un trattamento integrato e concomitante dei disturbi da parte della stessa équipe di lavoro (Brown, 1998).

Najavits rimarca come il programma di Seeking Safety orienti l'attenzione del clinico e del paziente verso il presente e non cerchi di indagare più di quanto non sia necessario il passato legato agli eventi traumatici (Najavits, 2002b). Basandosi sulle ricerche di Keane (1995) e di Solomon (1992), sostiene che un approccio troppo "aggressivo" nei confronti della memoria traumatica del paziente può essere deleterio prima che quest'ultimo non abbia raggiunto un sufficiente grado di sobrietà e di funzionalità generale.

Il trattamento integrato, come qui viene inteso, significa piuttosto aiutare il paziente a comprendere come si relazionino i due disturbi e ad apprendere abilità di coping adattive per fronteggiare entrambe le situazioni problematiche. Capire, ad esempio, che l'individuo utilizza la sostanza psicoattiva per "affrontare" in qualche modo i flashbacks relativi all'esperienza traumatica e che esistono modalità diverse per risolvere efficacemente la situazione problematica (Najavits, 2002b).

Il terzo principio fa riferimento direttamente alle conseguenze effettive del disturbo da stress post-traumatico e dell'abuso di sostanze sulla vita dell'individuo. Questi disturbi, infatti, provocano, più di ogni altra categoria diagnostica e soprattutto quando ricorrono in comorbilità, un'enorme demoralizzazione, sconforto e perdita di ideali (Najavits, 2002b).

Il trattamento cerca di utilizzare argomenti e linguaggi "umanistici" al fine di rinfrancare i pazienti e far rinascere in loro la speranza per un futuro migliore. Ogni sessione è caratterizzata da un tema che rimanda a ideali positivi e dall'opposto di ogni caratteristica patologica del disturbo da stress post-traumatico e della tossicodipendenza. La sessione denominata "onestà", ad esempio, si contrappone al diniego, alla menzogna e al falso Sé. "Responsabilità" è l'opposto di incoscienza e impulsività. "Prendersi cura di sé" è una soluzione al rifiuto del proprio corpo che spesso si incontra come caratteristica dei due disturbi (Najavits, 2002b).

Il quarto aspetto caratteristico del programma Seeking Safety è rappresentato dalle quattro aree di contenuto verso cui si orienta: cognitiva, comportamentale, interpersonale e gestione del caso. La matrice originaria di questo intervento è cognitiva-comportamentale,



orientamento che si è dimostrato essere molto utile per la stabilizzazione dei due disturbi, ma successivamente il programma è stato ampliato affinché fosse dedicata una forte attenzione alla sfera interpersonale e alla gestione del caso specifico (Najavits, 2002b).

Gli argomenti riguardanti il dominio interpersonale, divenuti un terzo del programma totale, sono naturalmente di fondamentale importanza dal momento che il disturbo da stress post-traumatico quasi sempre si origina a seguito di violenze inflitte dagli altri e, allo stesso modo, la tossicodipendenza può ricorrere a seguito di relazioni negative che incoraggiano il primo consumo (Najavits, 2002b).

La gestione del caso consente di aiutare i pazienti con diversi problemi di loro stretto interesse, quali difficoltà lavorative o di alloggio, violenza domestica e cura dei figli (Najavits, 2002b).

L'ultimo principio guida riguarda l'attenzione verso i processi e gli atteggiamenti del terapeuta stesso. Per tutte le relazioni terapeutiche ma, soprattutto nel caso dell'abuso di sostanze psicoattive, l'efficacia del trattamento è determinata in grande misura dal comportamento del professionista nei riguardi del paziente (Najavits, 2000).

Seeking Safety raccomanda che, oltre alla necessaria empatia, il clinico tenti di non assumere atteggiamenti direttivi, ma lasci il controllo, per quanto sia possibile, al paziente e promuova l'auto rivelazione evitando segreti, negazioni e menzogne (Najavits, 2002b).

In conclusione, per comprendere appieno lo svolgimento di questo particolare programma terapeutico, riporto gli argomenti delle 25 fasi come indicate dalla dottoressa Najavits, con i relativi ambiti di interesse.

Programma terapeutico "Seeking Safety"

1. Introduzione al trattamento e gestione del caso
2. Sicurezza (combinazione)
3. PTSD: riprendere il controllo (cognitivo)
4. Distacco dal dolore emotivo: il blocco (comportamentale)
5. Quando la sostanza ti controlla (cognitivo)
6. Chiedere aiuto (interpersonale)
7. Prendersi cura di sé (comportamentale)
8. Compassione (cognitivo)
9. Bandiera rossa, bandiera verde (comportamentale)

10. Onestà (interpersonale)
11. Recupero del pensiero (cognitivo)
12. Integrare il Sé Diviso (cognitivo)
13. Responsabilità (comportamentale)
14. Creare significato (cognitivo)
15. Risorse di comunità (interpersonale)
16. Stabilire i limiti delle relazioni (interpersonale)
17. Scoperta (cognitivo)
18. Farsi aiutare dagli altri nella guarigione (interpersonale)
19. Apprendere abilità di coping per affrontare situazioni di innesco (comportamentale)
20. Rispettare il proprio tempo (comportamentale)
21. Relazioni sane (interpersonale)
22. Auto nutrimento (comportamentale)
23. Guarire dalla rabbia (interpersonale)
24. La vista sceglie il gioco (combinazione)
25. Conclusione

Fonte: Najavits, 2002b

## 5. Prospettive in ambito preventivo

Per il tema che ci riguarda più da vicino, lavorare in ambito preventivo si traduce in un duplice lavoro legato sicuramente al fenomeno della tossicodipendenza ma, ancor più, orientato alla gestione del rischio negli eventi critici. In effetti, considerando, come è emerso da questo elaborato, il disturbo da stress post-traumatico come un'essenziale fattore di rischio per l'insorgenza del disturbo da abuso di sostanze, la prevenzione primaria si risolve nella prevenzione degli effetti negativi legati agli eventi di crisi e traumatici dal momento che questi, direttamente, possono condurre al contatto con la sostanza psicoattiva e al successivo consolidarsi di una condotta tossicomane. Vedremo in questo paragrafo, di conseguenza, sia alcune modalità di gestione dello stress da eventi critici, sia prospettive di prevenzione più prettamente legate all'abuso di sostanze psicoattive.

Gli eventi critici causano potenzialmente il fallimento dei comuni meccanismi di difesa e delle comuni abilità di coping (Everly, 1999) insieme al classico senso di sconfitta dovuto alla consapevolezza della propria vulnerabilità e dello scarso controllo sugli eventi

(Solomon, 1995). La gestione dello stress negli eventi critici, di conseguenza, mira ad intervenire sui soggetti al fine di mitigare le reazioni emotive che possono condurre ad un quadro sintomatologico conclamato (Giannantonio, 2009).

Gli obiettivi generali nell'evento traumatico sono: ridurre l'impatto dell'evento; stabilizzare e prevenire il peggioramento dei sintomi di rilevanza psicopatologica; stimolare il recupero funzionale attraverso la resilienza e la coesione della comunità o della famiglia; ristabilire la capacità di funzionamento generale usuale per l'individuo; proseguire il lavoro con un assessment approfondito orientato ad interventi terapeutici (Everly, 2000).

Nel programmare un efficace intervento in caso di eventi critici e potenzialmente traumatici è importante tenere in considerazione la fase del recupero emotivo in cui il soggetto si trova. Solomon (1988) ha descritto le sei fasi generali a cui una persona va incontro in caso abbia sperimentato un evento traumatico. Innanzitutto, si verifica l'evento, momento dal quale comincia il recupero emotivo, in cui l'elemento più importante è rappresentato dalla dissociazione peritraumatica. Quest'ultima fa riferimento proprio ai sentimenti di vulnerabilità e perdita di controllo cui abbiamo accennato precedentemente ed è direttamente correlata al disturbo da stress post-traumatico (Marmar, 1997). Valutare il livello di dissociazione peritraumatica della persona in questione risulta utile per comprendere quale sostegno emozionale e psicologico sia necessario per la stessa (Giannantonio, 2009).

La seconda fase, lo shock, è caratterizzata da diverse reazioni a seconda della specificità dell'individuo in oggetto. "Le emozioni possono essere appiattite e offuscate a causa della dissociazione e della negazione oppure si possono sperimentare emozioni intense. Possono esservi confusione, agitazione e ipersensibilità" (Giannantonio, 2009, 264).

La prima necessità è il bisogno di sicurezza, il primo intervento sarà quindi mirato a trasmettere alla persona senso di protezione e sicurezza rispetto all'evento traumatico sperimentato. Gli obiettivi dell'intervento psicologico in questo caso saranno: stabilizzazione e contenimento emotivo, tentativo di stimolare strategie di coping al fine di

diminuire l'attivazione, prevenire il peggioramento del quadro sintomatologico generale (Giannantonio, 2009).

Il terzo momento successivo ad un evento traumatico è rappresentato dall'impatto emotivo. Dopo un primo inevitabile momento di negazione e ottundimento, la realtà dell'esperienza si manifesta per gradi alla coscienza dell'individuo con le sensazioni caratteristiche di vulnerabilità e scarso controllo degli eventi (Giannantonio, 2009).

Secondo van der Kolk (1987) si possono alternare momenti di ipervigilanza e ottundimento. Nonostante l'impatto emotivo colpisca le persone in momenti diversi, molto spesso i primi sintomi si manifestano entro le 72 ore (Mitchell, 1996).

In riferimento all'attentato dell'11 settembre 2001, ad esempio, è stato osservato che, mentre i testimoni oculari hanno manifestato i sintomi entro i due giorni successivi, i sopravvissuti che sono stati coinvolti in prima persona sono rimasti per un tempo maggiore nella fase dello shock e, infine, gli operatori dei servizi di emergenza hanno riportato i sintomi caratteristici di questa fase solo alcune settimane dopo, a volte addirittura mesi, la ripresa delle abituali mansioni lavorative (Giannantonio, 2009).

Le tipiche reazioni includono: ipervigilanza e eccessivo senso del pericolo; flashback; pensieri e immagini intrusive; sintomi dissociativi; evitamento di pensieri e ricordi circa l'evento; senso di colpa; desiderio di rimanere isolati (Giannantonio, 2009).

Questa fase è legata a doppio filo con la successiva, denominata "coping", in cui si deve cominciare proprio a far fronte all'impatto emotivo che il soggetto è arrivato a sperimentare. Compito dei professionisti sarà assistere l'individuo aiutandolo nel cominciare ad accettare e affrontare la realtà dell'evento traumatico che lo ha riguardato. Negare l'impatto emotivo o evitare di affrontarlo, anche se per gradi, impedisce la successiva elaborazione di coping costruttivi (Giannantonio, 2009).

Le due fasi appena viste hanno il compito di promuovere una risoluzione positiva dell'evento traumatico. Consentire alle persone di comprendere e affrontare la realtà che le riguarda e stimolare in loro abilità di coping adattive in vista di una positiva risoluzione dello stress provato (Giannantonio, 2009).

La penultima fase attraversata dalle persone che incorrono in eventi traumatici è il momento della risoluzione e integrazione dell'esperienza. Tipicamente, a seguito di un

buon lavoro con i professionisti dell'emergenza nelle fasi precedenti, alcune affermazioni dell'individuo riguardo la propria visione del mondo sono altamente indicative del suo stato di salute mentale: "sono vulnerabile, ma non inerme"; "non posso esercitare il controllo su tutto ciò che mi circonda, ma posso controllare le mie risposte"; "oggi sono al sicuro e posso fare scelte riguardo al mio futuro" (Giannantonio, 2009).

Nonostante la positiva integrazione auspicabilmente raggiunta dall'individuo, l'atteggiamento nei confronti della vita e dell'ambiente che lo circonda può essere talmente modificato da causare alterazioni della percezione del sé e delle persone che lo circondano (Janoff-Bulman 1992). Per questo motivo, l'ultima fase riguarda l'imparare a vivere con il nuovo atteggiamento esistenziale sviluppato.

Non è difficile che, anche chi sembra aver ben integrato un determinato evento traumatico, possa in seguito mostrare difficoltà di adattamento. La persona a questo punto è consapevole di essere vulnerabile (Giannantonio, 2009).

Dalla memoria dell'evento traumatico si passa all'oppressione causata dall'alterazione del senso di sé e delle relazioni con gli altri nell'ambiente circostante (van der Kolk, 1996c).

L'adattamento a questa nuova condizione di vita può richiedere diversi mesi (Everly, 1995); proprio per questo motivo sono necessari servizi e interventi adatti nel seguire l'individuo per un lungo periodo successivo all'evento traumatico stesso.

La prevenzione secondaria in ambito di disturbo da stress post-traumatico è caratterizzata da un utilizzo contemporaneo e sinergico di diverse tecniche. Il classico "debriefing dello stress da incidente critico" o CISD è sicuramente utile per sviscerare e analizzare l'esperienza traumatica e si risolve in una effettiva riduzione dell'ansia e in un aumento dell'autoefficacia (Shalev, 1998). Accanto a questo, tecniche di terapia cognitivo-comportamentale o l'utilizzo dell'EMDR per lo sblocco della memoria e delle emozioni relative dell'evento traumatico si sono rivelate di massima efficacia per migliorare le condizioni di vita degli individui (Giannantonio, 2009).

Il debriefing riguarda la confrontazione con l'evento traumatico e non il trattamento di problematiche personali. Inizia a livello cognitivo, passa attraverso una discussione sulle

reazioni emotive circa l'accaduto per poi ritornare a livello cognitivo con lo scopo di fornire struttura e contenimento dell'esperienza traumatica stessa (Giannantonio, 2009).

Proprio per questo motivo sarebbe utile affiancare al trattamento di debriefing anche altri interventi terapeutici quali EMDR e terapia cognitivo-comportamentale per analizzare a fondo le reazioni emotive, consentire all'individuo di adattarsi alla nuova realtà e alla nuova visione del mondo e integrare effettivamente e compiutamente l'esperienza traumatica con i relativi vissuti emotivi e pensieri sulla propria persona (Giannantonio, 2009).

La prevenzione primaria classica per le tossicodipendenze non ha raggiunto i risultati sperati (Ravenna, 1997).

All'interno della nostra particolare prospettiva che considera il trauma come un importante fattore di rischio per il successivo instaurarsi di condotte tossicomane, parte della prevenzione primaria si traduce nella prevenzione delle conseguenze negative dell'evento traumatico e del disturbo da stress post-traumatico, in altre parole come intervento sui fattori di rischio stessi. Trattare, attraverso debriefing, EMDR e terapia cognitivo-comportamentale, le reazioni degli individui ai traumi sperimentati significa già operare concretamente azioni di prevenzione primaria rispetto alle tossicodipendenze. Limitare e risolvere i problemi e gli stati emotivi legati al trauma può tradursi in un'efficace "protezione" degli individui rispetto alla sostanza psicoattiva che, come abbiamo visto in tutto l'arco di questo elaborato, può essere utilizzata come abilità di coping in risposta allo stress derivante dalle esperienze di vita.

La prevenzione secondaria è indirizzata a chi ha già avuto esperienze con le sostanze psicotrope, siano essi consumatori saltuari o regolari, e tenta di contrastare l'escalation e di ridurre o contenere gli stili di consumo più pericolosi.

La prevenzione secondaria, quindi, si concretizza in interventi da un lato di promozione delle capacità personali in riferimento all'elaborazione e alla gestione delle emozioni derivanti dall'evento traumatico sperimentato, dall'altro in programmi che abbandonano la vecchia concezione della dipendenza da sostanze come un vizio o un problema riguardante l'ambito morale.

L'obiettivo della prevenzione secondaria in ambito di tossicodipendenza quindi è di favorire l'elaborazione delle informazioni e delle esperienze nei gruppi stessi di consumatori, mostrando loro come esista una possibilità di autocorrezione dei comportamenti. La prevenzione terziaria, d'altra parte, intende promuovere gruppi di auto-aiuto insegnando alle persone come affrontare e risolvere i problemi che si presentano con l'aiuto del gruppo (Fromberg, 1994).

La tossicodipendenza è un tentativo maladattivo nel lungo periodo, ma adattivo nel qui ed ora, di fronteggiare una situazione stressante che travalica le capacità di coping dell'individuo. Gli eventi traumatici e il disturbo da stress post-traumatico rappresentano uno dei più importanti fattori di rischio per l'insorgenza di un disturbo da abuso di sostanze e, di conseguenza, per riuscire a limitare l'uso della sostanza e favorirne l'astensione, la persona deve essere aiutata in ogni ambito della propria vita con una particolare attenzione a quelle condizioni passate che possono aver causato esperienze e stati emotivi così particolari da poterla condurre, in mancanza di un aiuto efficace, all'uso di una o più sostanze psicoattive.

## **6. Riflessioni conclusive**

Nel corso di questo capitolo abbiamo analizzato alcuni programmi di intervento per il trattamento dei pazienti con doppia diagnosi, nello specifico disturbo da stress post-traumatico e disturbo da abuso di sostanze.

Partendo dall'esame dei modelli maggiormente in uso nel trattamento della tossicodipendenza abbiamo potuto osservare i punti centrali e i limiti di ogni trattamento e successivamente arrivare, attraverso la discussione dell'approccio sequenziale e parallelo nel trattamento della doppia diagnosi, alla presentazione di due approcci integrati.

L'EMDR e il "Seeking Safety" rappresentano alcune delle ultime formulazioni per un trattamento integrato dei due disturbi in comorbilità.

I trattamenti integrati rappresentano la naturale conclusione di questo elaborato di tesi. Esistendo una relazione ormai accertata tra trauma e disturbo da stress post-traumatico

da una parte e tossicodipendenza dall'altra, è necessario considerare gli interventi terapeutici integrati come essenziali per la positiva risoluzione del problema.

Una stessa equipe che lavori in sinergia, pur con le naturali differenze rispetto all'approccio teorico, è indispensabile per tenere in considerazione tutti gli aspetti legati ai due disturbi e per operare verso il superamento della situazione di difficoltà senza tralasciare particolari o senza privilegiare un disturbo piuttosto che l'altro.

L'EMDR è un approccio elettivo per il trattamento del trauma e, ultimamente, si stanno esplorando alcune sue possibili applicazioni ed estensioni al trattamento integrato di disturbi traumatici e tossicodipendenze. In riferimento a quest'ultimo sviluppo mancano ancora dati empirici che ne confermino la validità nel trattamento dei disturbi in comorbilità, anche se i primi risultati sono incoraggianti e aprono a future applicazioni estensive dei protocolli EMDR per il trattamento contemporaneo del trauma e della tossicodipendenza.

La terapia proposta da Najavits, d'altra parte, rappresenta un approccio effettivamente integrato al trattamento dei due disturbi e si muove sullo sfondo delle tematiche delle terapie di matrice interpersonale, sulle quali si inseriscono metodi e procedimenti di natura cognitiva e comportamentale. I dati provenienti dalla ricerca sostengono il lavoro della dottoressa Najavits e dei suoi collaboratori: Seeking Safety ottiene buoni risultati nel trattamento dei pazienti con doppia diagnosi e le caratteristiche di base del trattamento sono di relativo facile accesso per gli operatori e contengono molti degli elementi terapeutici caratteristici dei tipici programmi per tossicodipendenti. La terapia interpersonale e le tecniche cognitive e comportamentali sono ormai, infatti, parte integrante nella preparazione dei professionisti e i dati provenienti dalla ricerca empirica ne confermano l'efficacia nel trattamento dei disturbi traumatici e della tossicodipendenza.

La tematica della prevenzione è inevitabilmente legata a ciò che abbiamo visto sul trattamento dei disturbi. Vista la relazione tra trauma, disturbo da stress post-traumatico e tossicodipendenza, infatti, la prevenzione diviene un tema particolarmente importante per "contenere" le conseguenze del trauma prima e del disturbo da stress post-traumatico in un secondo momento. al fine di fornire all'individuo alternative concrete all'adozione della condotta tossicomane. Qualora la tossicodipendenza sia ormai conclamata, infine, è



necessario operare interventi integrati mirati al trattamento sia degli effetti del trauma che del rapporto con la sostanza psicoattiva.

La ricerca scientifica sia in ambito clinico sia per quel che riguarda la prevenzione è continuamente a lavoro al fine di individuare metodologie e approcci sempre più efficaci per fornire un aiuto ai pazienti tossicodipendenti. È auspicabile che nel prossimo futuro l'integrazione sempre maggiore tra neuroscienze, approcci psicologici e metodologie psichiatriche, insieme con i dati provenienti dalla ricerca empirica, permettano di sviluppare programmi di intervento specifici per il trattamento della doppia diagnosi.

## CONCLUSIONE

Questo elaborato di licenza ha indagato ed approfondito il rapporto causale tra trauma e tossicodipendenza. Come già detto nell'introduzione, lo spunto per questo lavoro proviene da due elementi. Innanzitutto dalla constatazione di come la dipendenza da sostanze sia un fenomeno importante e presente nella nostra società a diversi livelli, oltrepassando lo status socio-economico e l'estrazione sociale degli individui. In secondo luogo, dalla gran mole di risultati provenienti dalla ricerca empirica che conferma l'associazione tra esperienze traumatiche e condotte tossicomane.

Nel corso della stesura del lavoro ho analizzato dapprima il concetto di trauma in letteratura, adottando una prospettiva teorica per la comprensione dei sintomi caratteristici dei disturbi di origine traumatica che mi permettesse di restare relativamente libero da un unico filone interpretativo e che potesse accordarsi con i programmi di trattamento proposti nell'elaborato.

I disturbi di origine traumatica descrivono una realtà che, solo da qualche decennio, è all'attenzione della comunità scientifica. I reduci di guerra, ma anche le persone coinvolte in esperienze traumatiche di natura relazionale o meno, sono stati posti in primo piano rispetto alla riflessione teorica e all'ideazione di programmi di intervento *ad hoc*. I traumi, e i disturbi a questi correlati, sono una particolare tipologia di sofferenza e disagio altamente invalidante qualora non vengano riconosciuti e trattati adeguatamente. Le esperienze traumatiche di natura interpersonale, precoci o meno, sono, inoltre, ancora più importanti visto il possibile impatto sullo sviluppo e la maturazione della persona.

Nel secondo capitolo ho illustrato ciò che rappresenta la base empirica di questo lavoro, i risultati della ricerca che, sempre di più, confermano come il trauma e il disturbo da stress post-traumatico siano un'importante fattore di rischio per il successivo instaurarsi di una tossicodipendenza. Ho chiarito quali siano i possibili percorsi causali tra disturbo da stress post-traumatico e disturbo da abuso di sostanze e quale, secondo i risultati, sia l'esito più probabile. La ricerca empirica suggerisce che, in effetti, le esperienze traumatiche svolgano un ruolo determinante per l'adozione di condotte tossicomane.

Se è vero che il rapporto tra i due disturbi instaura successivamente un circolo vizioso, per il quale il disturbo da stress post-traumatico favorisce il disturbo da abuso di sostanze il quale, a sua volta, incrementa il rischio di sperimentare esperienze traumatiche nei soggetti, è anche ormai appurato il ruolo di antecedente del trauma e del disturbo da stress post-traumatico nel produrre negli individui quelle risposte disadattive rappresentate dall'utilizzo della sostanza psicoattiva.

Il trauma travalica le capacità di coping dell'individuo e può condurlo all'adozione della sostanza come palliativo e sostegno in quelle situazioni percepite come ansiogene e fuori dal proprio controllo.

Collegato a questo discorso è il terzo capitolo, che si occupa dei modelli esplicativi circa le tossicodipendenze. Nella storia della riflessione teorica circa l'abuso di sostanze il modello medico, adottato in sostituzione del vecchio modello morale, è stato rimpiazzato dal paradigma dell'adattamento disfunzionale che cerca per l'appunto di leggere la tossicodipendenza come una risposta a stimoli, esogeni ed endogeni. Le teorie che ho presentato in questo capitolo sono inseribili all'interno di questo paradigma.

Una sintesi di contributi in materia di tossicodipendenze è rappresentata da un recupero del modello medico che possa essere affiancato dal paradigma dell'adattamento disfunzionale. Il modello medico e i risultati della ricerca in campo neurobiologico suggeriscono, infatti, che esiste una vulnerabilità di base e una predisposizione genetica degli individui all'uso e all'abuso di determinate sostanze. Il paradigma dell'adattamento disfunzionale, che interpreta le condotte tossicomane secondo una prospettiva di attuazione di comportamenti disadattivi, rischia di non tenere in debito conto i risultati nel campo della neurobiologia e deve, di conseguenza, includere al suo interno i contributi provenienti dalle neuroscienze.

Un modello vulnerabilità-stress-coping risulta funzionale per raggiungere questo obiettivo. Ho illustrato come ed in che modo una tale prospettiva possa consentire di operare una comprensione del fenomeno della tossicodipendenza che ne rispecchi la complessità. Vorrei qui solo ricordare la natura ciclica di questo particolare modello: il percorso causale tra vulnerabilità e stress può essere di volta in volta invertito dal momento che è sicuramente vero che esiste una vulnerabilità di base sulla quale si inserisce lo stress

che porta successivamente al coping disadattivo rappresentato dalla condotta tossicomane, ma è anche altrettanto vero che un particolare stress può precipitare una preesistente condizione di vulnerabilità fino a quel momento “sopita” nell’individuo.

I risultati nel campo delle neuroscienze ci permettono di collegare opportunamente la riflessione teorica circa il disturbo da stress post-traumatico e la tossicodipendenza e, inoltre, rappresentano la base del nucleo centrale del quarto capitolo nel senso di una proposta di trattamento integrata dei due disturbi che analizzi e affronti i diversi aspetti della vita dell’individuo senza privilegiare un disturbo a discapito dell’altro.

Nell’ultimo capitolo ho presentato inizialmente i punti centrali e i limiti dei principali modelli di trattamento attualmente in uso per l’abuso di sostanze. La questione della doppia diagnosi ha portato ad un’importante riflessione circa il trattamento sequenziale e parallelo dei disturbi fino ad arrivare alle proposte di programmi di intervento integrati.

La terapia *Seeking Safety* rappresenta, in questo senso, un programma di trattamento realmente e compiutamente integrato che unisce, sulla base della terapia di matrice interpersonale, tecniche e approcci derivati dalla psicologia cognitiva e comportamentale. È un programma di recente ideazione e mancano ancora dei dati empirici che ne comprovino l’effettiva efficacia nel trattamento dei pazienti con doppia diagnosi ma i risultati preliminari confortano le ipotesi e incoraggiano nel trattamento.

L’*EMDR* è, d’altra parte, un trattamento elettivo per il trauma e il disturbo da stress post-traumatico e, negli ultimi anni, la riflessione teorica si è aperta all’ideazione di diversi protocolli per il trattamento integrato anche delle tossicodipendenze. In questo risiede uno dei punti aperti del presente elaborato, la ricerca empirica dovrà confermare o meno l’efficacia di questi due approcci nel trattamento delle doppie diagnosi.

È possibile che in futuro le tossicodipendenze in comorbilità con il disturbo da stress post-traumatico siano trattate attraverso i protocolli *EMDR* ma, per il momento, questo rimane come spunto di riflessione e direzione della futura ricerca.

La conclusione di questo lavoro rimane ad ogni modo la necessità dell’adozione di programmi di intervento integrati e possibilmente attuati dalla stessa équipe di lavoro al fine di comprendere appieno e risolvere efficacemente il particolare problema di molti

pazienti con doppia diagnosi. È ormai assodato che la tossicodipendenza ha antecedenti chiari e definiti, il trauma e il disturbo da stress post-traumatico sono degli elementi troppo importanti da affrontare per la positiva risoluzione del problema con la sostanza psicoattiva e non sembra più auspicabile l'idea di trattare le dipendenze senza occuparsi contemporaneamente dei risvolti psicologici delle esperienze traumatiche.

## BIBLIOGRAFIA

- ABADINSKY H., (2010). *Drug use and abuse: a comprehensive introduction. 7th edition.* Belmont, Calif, Wadsworth.
- ABEL N.J., J.M. O'BRIEN, (2010). *EMDR Treatment of Comorbid PTSD and Alcohol Dependence: A Case Example*, in *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 2, 50-59.
- ABUEG F.R., J.A. FAIRBANK, (1991). *Behavioral treatment of the PTSD-substance abuser: A multidimensional stage model*, in SAIGH P. *Posttraumatic Stress Disorder: A Behavioral Approach to Assessment and Treatment*, New York, Pergamon Press, 111-146.
- ACHALU E.D., (2002). *A review of the two major theories and the research evidence*, <http://self-med-hypothesis.tripod.com/id1.html>, maggio 2012.
- ADLER M.W., C. BENDOTTI, D. GHEZZI, R. SAMANIN, L. VALZELLI, (1975). *Dependence to morphine in differentially housed rats*, in *Psychopharmacology*, 41, 15-18.
- ALEXANDER B.K., R.B. COAMBS, P.F. HADAWAY, (1978). *The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats*, in *Psychopharmacology*, 58, 175-179.
- ALTAMURA A.C., (1996). *Argomenti di clinica e farmaco terapia delle psicosi maggiori*, Mc Graw-Hill, Milano.
- ALTAMURA A.C., M. MAURI, A. FERRARA, A.R. MORO, (1992). *A multidimensional approach to neuroleptic response in schizophrenia*, in *Schizophrenia Research*, 8, 187-198.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1980). *Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali III Edizione*, Milano, Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1987). *Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali III Edizione – Revisione*, Milano, Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2000). *Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali IV Edizione – Revisione*, Milano, Masson.

- AMMANITI M., (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- ANDREASEN N.C., (1985). Posttraumatic stress disorder, in KAPLAN H., B. SADOCK, (1985). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, fourth edition, New York, Williams & Wilkins, 918-924.
- ANDREWS G, C. ISSAKIDIS, T. SLADE, (2003). *How common is comorbidity?* in TEESSON M., H. PROUDFOOT, (2003). *Comorbid mental disorders and substance use disorders: epidemiology, prevention and treatment*, Sydney, University of New South Wales, 26-41.
- ANGOLD A., E.J. COSTELLO, A. ERKANLI, (1999). *Comorbidity*, in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1, 57-87.
- BENSLEY L.S., S.J. SPIEKER, J.V. VAN EENWYK, J. SCHODER, (1999). *Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors*, in *Journal of Adolescent Health*, 24, 173-180.
- BERGERET J., (1983). *Chi è il tossicomane*, Bari, Dedalo.
- BERNADT M.W., R.M. MURRAY, (1986). *Psychiatric disorder, drinking and alcoholism: What are the links?*, in *British Journal of Psychiatry*, 148, 393-400.
- BIONDI M., (2002). *Disturbi dell'adattamento, disturbo acuto da stress e disturbo post-traumatico da stress*, in CASSANO G.B., P. PANCHERI, L. PAVAN, A. PAZZAGLI, L. RAVIZZA, R. ROSSI, E. SMERALDI, V. VOLTERRA (2002). *Trattato Italiano di Psichiatria*, Milano, Masson 2291-2324.
- BLISS T.V.P., G.L. COLLINGRIDGE, (1993). *A synaptic model of memory: Long-term potentiation in the hippocampus*, in *Nature*, 361, 31-39.
- BOWER G. H., (1981). *Mood and memory*, in *American Psychologist*, 36, 129-148.
- BRADY K.T., T. KILLEEN, M.E. SALADIN, B.S. DANSKY, S. BECKER, (1994). *Comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder: Characteristics of women in treatment*, in *American Journal of Addictions*, 3, 2, 160-164.
- BREIER A., D.S. CHARNEY, G.R. HENINGER, (1985). *The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness*, in *American Journal of Psychiatry*, 142, 787-797.

- BREMNER J.D., J.H. KRYSTAL, S.M. SOUTHWICK, D.S. CHARNEY, (1995). *Functional neuroanatomical correlates of the effects of stress on memory*, in *Journal of Traumatic Stress*, 8, 527-553.
- BREMNER J.D., S.M. SOUTHWICK, A. DARNELL, D.S. CHARNEY, (1996). *Chronic PTSD in Vietnam Combat Veterans: Course of Illness and Substance Abuse*, in *American Journal of Psychiatry*, 153, 3, 369-375.
- BREWIN C.R., (2009). Una spiegazione delle neuroscienze cognitive del disturbo da stress post-traumatico e del suo trattamento, in WILLIAMS R., (2009). *Trauma e Relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Varese, Raffaello Cortina Editore.
- BREWIN C.R., T. DALGLEISH, S. JOSEPH, (1996). *A dual representation theory of post traumatic stress disorder*, in *Psychological Review*, 103, 4, 670-686.
- BRIERE J., (2004). *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States: Phenomenology, Diagnosis, and Measurement*, Washington, American Psychological Association.
- BROWN P.J., J. WOLFE, (1994). *Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity*, in *Drug and Alcohol Dependence*, 35, 51-59.
- BROWN P.J., R.L. STOUT, J. GANNON-ROWLEY, (1998). *Substance use disorders- PTSD comorbidity: Patients' perceptions of symptom interplay and treatment issues*, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 1-4.
- BRYANT R.A., (2010a). *The complexity of complex PTSD*, in *American Journal of Psychiatry*, 167, 8, 879-881.
- BRYANT R.A., A.G. HARVEY, (2000). *Acute Stress Disorder. A handbook of theory, assessment and treatment*, Washington, American Psychological Association.
- BRYANT R.A., K. SALMON, E. SINCLAIR, P. DAVIDSON, (2007). *The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in injured children*, in *Journal of Trauma and Stress*, 20, 1075-1079.
- BRYANT R.A., M.J. FRIEDMAN, D. SPIEGEL, R. URSANO, J. STRAIN, (2010b). *A review of acute stress disorder in DSM-5*, in *Depression and Anxiety*, 0, 1-16.



- BUTZLAFF A.M., J.M. HOOLEY, (1998). *Expressed emotion and psychiatric relapse*, in *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- CANCRINI L., (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.
- CANCRINI L., (1994). *Psicopatologia delle tossicodipendenze: una revisione*, in *Attualità in Psicologia*, 8, 3, 59-83.
- CAREY K.B., (1996). *Substance use reduction in the context of outpatient psychiatric treatment: A collaborative, motivational, harm reduction approach*, in *Community Mental Health Journal*, 32, 291-306.
- CARLSON E. B., (1997). *Trauma assessments: A clinician's guide*. New York, Guilford.
- CARLSON E. B., C. DALENBERG, (2000). *A Conceptual Framework for the Impact of Traumatic Experiences*, in *Trauma, Violence, and Abuse*, 1, 1, 4-28.
- CASEY P., S. BAILEY, (2011). *Adjustment disorders: the state of the art*, in *World Psychiatry*, 10, 11-18.
- CHASSIN L., M.L. MCLAUGHLIN, K.J. SHER, (1988). *Self-awareness theory, family history of alcoholism, and adolescent involvement*, in *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 206-217.
- CHILCOAT H.D., N. BRESLAU, (1998). *Investigations of causal pathways between PTSD and Drug Use Disorders*, in *Addictive Behaviors*, 23, 6, 827-840.
- CHU J.A., (2010). *Posttraumatic stress disorder: beyond DSM-IV*, in *American Journal of Psychiatry*, 167, 6, 615-617.
- CIRILLO S., R. BERRINI, G. CAMBIASO, R. MAZZA, (1996). *La famiglia del tossicodipendente*, Varese, Raffaello Cortina Editore.
- CLASSEN C, C. PAIN, N. FIELD, P. WOODS, (2006). *Posttraumatic personality disorder: A reformulation of the complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder*, in *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 87-112.
- CLERICI M., (1993). *Tossicodipendenza e psicopatologia*. Franco Angeli, Milano.
- CLERICI M., (1993). *Tossicodipendenza e psicopatologia. Implicazioni diagnostiche e valutazione degli interventi terapeutici*, Milano, Franco Angeli.

- CLERICI M., I. CARTA, (1996). *Personality disorders among psycho-active substance abusers: diagnostic and psychodynamic issues*, in *European Addiction Research*, 2, 3, 147-155.
- CLERICI M., I. CARTA, C.L. CAZZULLO, (1989). *Substance abuse and psychopathology: a diagnostic screening of Italian narcotics addicts*, in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 219-224.
- COOPER M.L., M. RUSSELL, J.B. SKINNER, M. WINDLE, (1992). *Development and validation of a three-dimensional measure of drinking motives*, in *Psychological Assessment*, 4, 123-132.
- COTTLER L.B., W.M. COMPTON, D. MAGER, E.L. SPITZNAGEL, A. JANCA, (1992). *Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population*, in *American Journal of Psychiatry*, 149, 5, 664-670.
- CREAMER M., P. BURGESS, P. PATTISON, (1992). *Reaction to trauma: A cognitive processing model*, in *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 452-459.
- CRICK N.R., K.A. DODGE, (1994). *A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment*, in *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- CROW T.J., (1991). *The failure of the kraepelinian binary concept and the search for the psychosis gene*, in KERR A., H. MCCLELLAND, (1991). *Concepts of mental disorders*, Royal College of Psychiatrists, London.
- CSAT (Center for Substance Abuse Treatment), (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*, in *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35*, Rockville, Maryland, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- DE BELLIS M.D., (2005). *The psychobiology of neglect*, in *Child Maltreatment*, 10, 150-172.
- DE BELLIS M.D., (2002). *Developmental traumatology: A contributory mechanism for alcohol and substance use disorders*, in *Psychoneuroendocrinology*, 27, 155-170.
- DE LEON G., (1995). *Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework*, in *International Journal of the Addictions*, 30, 12, 1603-1645.

- DE LEON G., (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*, New York, Springer Publishing.
- DE SILVA P., (2000). *Aspetti culturali del Disturbo Post-Traumatico da Stress*, in YULE W., (2000). *Disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapia*, Milano, McGraw-Hill, 99-116.
- DEFRANK R.S., C. JENKINS, R.M. ROSE, (1987). *A longitudinal investigation of the relationships among alcohol consumption, psychosocial factors, and blood pressure*, in *Psychosomatic Medicine*, 49, 236-259.
- DEGENHARDT L., W. HALL, M. LYNKEY, (2003). *What is comorbidity and why does it occur?* in TEESON M., H. PROUDFOOT, (2003). *Comorbid mental disorders and substance use disorders: epidemiology, prevention and treatment*, Sydney, University of New South Wales, 10-25.
- DEMBO R., L. WILLIAMS, W. WOTHKE, J. SCHMEIDLER, C.H. BROWN, (1992). *The role of family factors, physical abuse, and sexual victimization experiences in high-risk youths' alcohol and other drug use and delinquency: a longitudinal model*, in *Violence and Victims*, 7, 245-266.
- DODGE K.A., (1989). *Coordinating responses to aversive stimuli: Introduction to a special section on the development of emotion regulation*, in *Developmental Psychology*, 25, 339-342.
- DRAKE R.E., L. ANTOSCA, D.L. NOORDSY, S.J. BARTELS, F.C. OSHER, (1991). *Specialized services for the dually diagnosed*, in MINKOFF K., R.E. DRAKE. *Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder*, San Francisco, Jossey-Bass, 57-67.
- DRAKE R.E., K.T. MUESER, R.E. CLARK, M.A. WALLACH, (1996). *The natural history of substance disorder in persons with severe mental illness*, in *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 42-51.
- DUBE S.R., V.J. FELITTI, M. DONG, D.P. CHAPMAN, W.H. GILES, R.F. ANDA, (2003). *Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study*, in *Pediatrics*, 111, 3, 564-572.

- DUNCAN D.F., (1974a). *Reinforcement of drug abuse: Implications for prevention*, in *Clinical Toxicology Bulletin*, 4, 2, 69-75.
- DUNCAN D.F., (1974b). *Drug abuse as a coping mechanism*, in *American Journal of Psychiatry*, 131, 6, 724.
- DUNCAN D.F., (1975). *The acquisition, maintenance and treatment of polydrug dependence: a public health model*, in *Journal of Psychedelic Drugs*, 7, 2, 201-213.
- EDWARDS G., A. ARIF, R. HODGSON, (1981). *Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: a WHO memorandum*, in *Bulletin of World Health Organization*, 59, 225-242.
- EHLERS A., D.M. CLARK, (2000a). *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*, in *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- EL-GUEBALY N., (1990). *Substance abuse and mental disorders: The dual diagnosis concept*, in *Canadian Journal of psychiatry*, 35, April, 261-267.
- ELKIS H., L. FRIEDMAN, A. WISE, H.Y. MELTZER, (1995). *Meta-analysis of studies of ventricular enlargement and cortical sulcal prominence in mood disorders*, in *Archives of General Psychiatry*, 52, 735-746.
- EPSTEIN J.N., B.E. SAUNDERS, D.G. KILPATRICK, H.S. RESNICK, (1998). *PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women*, in *Child Abuse and Neglect*, 22, 223-234.
- EVANS K., J.M. SULLIVAN, (1995). *Treating Addicted Survivors of Trauma*, New York, Guilford Press.
- EVERLY G.S., (1995). *A Neurocognitive Strategic Therapy for the Treatment of Post-traumatic Stress*, in EVERLY G.S., *Innovation in disaster and trauma psychology*, Ellicot City, Maryland, Chevron.
- EVERLY G.S., (2000). *Five Principles of Crisis Intervention: Reducing the Risk of Premature Crisis Intervention*, in *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 4, 1-4.
- EVERLY G.S., J.T. MITCHELL, (1999). *Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention*, Ellicot City, Maryland, Chevron.

- FAHLKE C., J.G. LORENZ, J. LONG, M. CHAMPOUX, S.J. SUOMI, J.D. HIGLEY, (2000). *Rearing experiences and stress-induced plasma cortisol as early risk factors for excessive alcohol consumption in nonhuman primates*, in *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 24, 644-650.
- FARABEE D., R. RAWSON, M. MCCANN, (2002). *Adoption of drug avoidance activities among patients in contingency management and cognitive-behavioral treatments*, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 4, 343-350.
- FEINSTEIN A.R., (1970). *The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease*, in *Journal of Chronic Diseases*, 23, 455-468.
- FENICHEL O., (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, New York, W. W. Norton.
- FOA E.B., G. STEKETEE, B.O. ROTHBAUM, (1989). *Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder*, in *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- FOA E.B., T.M. KEANE, M.J. FRIEDMAN, J.A. COHEN, (2009). *Effective treatments for PTSD, second edition: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, New York, Guilford Press.
- FORD J., C. COURTOIS, (2009). *Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders*, in COURTOIS C., J. FORD, (2009). *Treating complex traumatic stress disorders*, New York, Guilford, 13-30.
- FORD J., S. SMITH, (2008). *Complex posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults receiving public sector outpatient substance abuse disorder treatment*, in *Addiction Research and Theory*, 16, 2, 193-203.
- FORMAN R.F., P.D. NAGY, (2006). *Substance Abuse: Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment*, U. S. Department of Health and Human Services, Rockville, Maryland.
- FRIEDMAN M.J., (1993). *Psychobiological and pharmacological approaches to treatment*, in WILSON J.P., B. RAPHAEL, *International handbook of traumatic stress syndromes*, New York, Plenum Press, 785-794.

- FROMBERG E., (1994). *Ecstasy: una strategia educativa di riduzione del danno*, in O'HARE P.A., R. NEWCOMBE, A. MATTHEWS, E.C. BUNING E. DRUCKER, *La riduzione del danno*, Torino, Edizioni Gruppo Abele, 192-202.
- GIANNANTONIO M., (2009). *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*, Torino, Centro Scientifico Editore.
- GLOVER E., (1956). *On the Early Development of Mind*, New York, International Universities Press.
- GOLDSMITH R.J., (1993). *An integrated psychology for the addictions: beyond the self-medication hypothesis*, in *Journal of Addictive Disorders*, 12, 3, 139-154.
- GRANT M., (1997). *EMDR in a Multi-Modal Approach to Chronic Pain*, in *EMDR International Association Conference*, San Francisco, California.
- GROSSO L., (1994). *Riduzione del danno e liberazione dalla droga: un'alleanza possibile*, in O'HARE P.A., R. NEWCOMBE, A. MATTHEWS, E.C. BUNING E. DRUCKER, *La riduzione del danno*, Torino, Edizioni Gruppo Abele, 265-278
- GUNNAR M.R., C.L. CHEATHAM, (2009). *L'interfaccia tra cervello e comportamento. Come lo stress influisce sullo sviluppo neurobiologico*, in WILLIAMS R., *Trauma e relazioni, le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Varese, Raffaello Cortina Editore, 41-62.
- GUR S., H. HERMESH, N. LAUFER, M. GOGOL, R. GROSS-ISSEROFF, (2005). *Adjustment Disorder: A Review of Diagnostic Pitfalls*, in *Israel Medical Association Journal*, 7, 726-731.
- HALL W., (1998). *Cannabis use and psychosis*, in *Drug and Alcohol Review*, 17, 433-444.
- HAVASSY B.E, M.S. SHOPSHIRE, L.A. QUIGLEY, (2000). *Effects of substance dependence on outcomes of patients in randomized trials of two case management models*, in *Psychiatric Services*, 51, 639-644.
- HELLAWELL S.J., C.R. BREWIN, (2000a). *A comparison of flashbacks and ordinary autobiographical memories of trauma: Cognitive resources and behavioral observations*, in *Behavior Research and Therapy*, 40, 1139-1152.

- HELLAWELL S.J., C.R. BREWIN, (2000b). *A comparison of flashbacks and ordinary autobiographical memories of trauma: Content and language*, in *Behavior Research and Therapy*, 42, 1-12.
- HERMAN J., (2005). *Guarire dal trauma*, Roma, Edizioni Magi.
- HERMAN J., (2009). *Prefazione*, in COURTOIS C., J. FORD, (2009). *Treating complex traumatic stress disorders*, New York, Guilford, XIII-XVII.
- HIDALGO R.B., J.R. DAVIDSON, (2000). *Posttraumatic stress disorder: epidemiology and health-related considerations*, in *Journal of Clinic Psychiatry*, 61, 7, 5-13.
- HIEN D., L. COHEN, A. CAMPBELL, (2005). *Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders?*, in *Clinical Psychology Review*, 25, 813-823.
- HIGLEY J.D., M.F. HASERT, S.J. SUOMI, M. LINNOILA, (1991). *Nonhuman primate model of alcohol abuse: effects of early experience, personality, and stress on alcohol consumption*, in *Proceedings of the National Academy of Sciences of USA*, 88, 7261-7265.
- HIGLEY J.D., W.N. THOMPSON, M. CHAMPOUX, D. GOLDMAN, M.F. HASERT, G.W. KRAEMER, J.M. SCANLON, S.J. SUOMI, M. LINNOILA, (1993). *Paternal and maternal genetic and environmental contributions to cerebrospinal fluid monoamine metabolites in rhesus monkeys (Macaca mulatta)*, in *Archives of General Psychiatry*, 50, 615-623.
- HOROWITZ M., (1976). *Stress Response Syndromes*, New York, Jason Aronson.
- HOROWITZ M.J., N. WILNER, N. KALTREIDER, W. ALVAREZ, (2009). *Manifestazioni e sintomi del disturbo post-traumatico da stress*, in WILLIAMS R., (2009). *Trauma e Relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Varese, Raffaello Cortina Editore.
- ISSERLIN L., G. ZERACH, Z. SOLOMON, (2008). *Acute Stress Responses: A Review and Synthesis of ASD, ASR, and CSR*, in *The American journal of orthopsychiatry*, 78, 4, 423-429.
- JANOFF-BULMAN R., (1992). *Shattered Assumptions: Toward a New Psychology of Trauma*, New York, Free Press.

- JOHNSON D., C. ZLOTNICK, M. ZIMMERMAN, (2003). *The Clinical Relevance of a Partial Remission Specifier for Posttraumatic Stress Disorder*, in *Journal of Traumatic Stress Disorder*, 16, 515-518.
- KALHORN T.R., M.L. HARPER, (2006). *EMDR and Low Frequency Stimulation of the Brain*, in *Traumatology*, 12, 1.
- KAPLAN H.B., R.J. JOHNSON, (1992). *Relationships between circumstances surrounding initial illicit drug use and escalation of use: moderating effects of gender and early adolescent experiences*, in GLANTZ M., R. PICKENS. *Vulnerability to drug abuse*, American Psychological Association, Washington D.C., 299-358.
- KAPLAN H.B., S.S. MARTIN, R.J. JOHNSON, C.A. ROBBINS, (1986). *Escalation of marijuana use*, in *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 44-61.
- KASSAM-ADAMS N., F.K. WINSTON, (2004). *Predicting child PTSD: The relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children*, in *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 403-411.
- KAVANAGH D.J., (1995). *An intervention for substance abuse in schizophrenia*, in *Behavior Change*, 12, 20-30.
- KAVANAGH D.J., K.T. MUESER, A. BAKER, (2003). *Management of comorbidity*, in TEESON M., H. PROUDFOOT, (2003). *Comorbid mental disorders and substance use disorders: epidemiology, prevention and treatment*, Sydney, University of New South Wales, 78-120
- KEANE T.M., (1995). *The role of exposure therapy in the psychological treatment of PTSD*, in *Clinical Quarterly, National Center for Posttraumatic Stress Disorder*, 5, 1, 3-6.
- KERNBERG O., (1978). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino, 1978.
- KESSLER R.C., A. SONNEGA, E. BROMET, M. HUGHES, C.B. NELSON, (1995). *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*, in *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.



- KESSLER R.C., C.G. DAVIS, K.S. KENDLER, (1997). *Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the U.S. National Comorbidity Survey*, in *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119.
- KHANTZIAN E.J., (1985). *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence*, in *American Journal of Psychiatry*, 142, 11, 1259-1264.
- KHANTZIAN E.J., (1990). *Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions. Similarities and differences*, in *Recent Developments in Alcoholism*, 8, 255-271.
- KHANTZIAN E.J., (1997). *The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications*, in *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 5, 231-244.
- KHANTZIAN E.J., (1999). *Treating Addiction as a Human Process: A Plea for a Measure of Marginality*, New York, Jason Aronson.
- KHANTZIAN E.J., J.E. MACK, A.F. SCHATZBERG, (1974). *Heroin use as an attempt to cope: clinical observations*, in *American Journal of Psychiatry*, 131, 2, 160-164.
- KILPATRICK D.G., R. ACIERNO, H.S. RESNICK, B.E. SAUNDERS, C.L. BEST, (1997). *A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 834-847.
- KILPATRICK D.G., R. ACIERNO, H.S. RESNICK, B.E. SAUNDERS, C.L. BEST, P.P. SCHNURR, (2000). *Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 19-30.
- KIMBERG D., M. FARAH, (1993). *A unified account of cognitive impairments following frontal lobe damage: The role of working memory in complex, organized behavior*, in *Journal of Experimental Psychology*, 122, 411-428.
- KOHUT H., (1976). *Narcisismo e analisi del sé*, Torino, Boringhieri.
- KOHUT H., (1980). *La guarigione del sé*, Torino, Boringhieri.

- KORN D.L., A.M. LEEDS, (2002). *Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment and complex posttraumatic stress disorder*, in *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1465-1487.
- KOSTEN T.A., M.J.D. MISERENDINO, P. KEHOE, (2000). *Enhanced acquisition of cocaine self-administration in adult rats with neonatal stress experience*, in *Brain Research*, 875, 44-50.
- KOSTOWSKI W., A. CZLONDOWSKI, W. REWERSKI, T. PIECHOCKI, (1977). *Morphine action in differentially housed rats and mice*, in *Psychopharmacology*, 53, 191-193.
- KRYZHANANOVSKAYA L., R. CANTERBURY, (2001). *Suicidal behavior in patients with adjustment disorders*, in *Crisis*, 22, 125-131.
- LANG P.J., (1979). *A bioinformational theory of emotional imagery*, in *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- LAURENT J., S.J. CATANZARO, C.M. KUENZI, (1997). *Stress and alcohol-related expectancies and coping preferences: a replication with adolescents of the Cooper et al. (1992) model*, in *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 58, 644-651.
- LEBLING C., (1986). *Child abuse as precursor to adult abuse of alcohol and drugs*, in *Medicine Law*, 5, 239-245.
- LEZAK M.D., (1995). *Neuropsychological assessment*, New York, Oxford University Press.
- LIOTTI G., B. FARINA, (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Varese, Raffaello Cortina Editore.
- LIU D., J. DIORIO, J.C. DAY, D.D. FRANCIS, M.J. MEANEY, (2000). *Maternal care, hippocampal synaptogenesis and cognitive development in rats*, in *Nature Neuroscience*, 3, 799-806.
- LONNQVIST J.K., M.M. HENRIKSSON, E.T. ISOMETSA, (1995). *Mental disorders and suicide prevention*, in *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 49, 111-116.
- MALINOSKY-RUMMELL R., D.J. HANSEN, (1993). *Long-term consequences of childhood physical abuse*, in *Psychological Bulletin*, 114, 68-79.

- MALTZMAN I., A. SCHWEIGER, (1991). *Individual and family characteristics of middle class adolescents hospitalized for alcohol and other drug abuse*, in *British Journal of Addiction*, 86, 1435-1447.
- MANCONI L., (1994). *La convivenza conflittuale fra vita sociale e tossicodipendenza*, in *Narcomafie*, giugno, 27.
- MANNA V., (2001). *Dipendenze patologiche da sostanze: comorbidità psichiatrica o continuum psicopatologico?*, in *Rivista di psichiatria*, 36, 1, 1-13.
- MANNA V., (2006). *Alla ricerca di fattori patogenetici comuni tra dipendenze e disturbi mentali: disedonia e comorbidità psichiatrica*, in *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 12, 72-84.
- MANNA V., M. LATTANZIO, (2000). *Aspetti diagnostici delle sindromi e dei disturbi associati alle dipendenze patologiche da sostanze*, in *Difesa Sociale, Istituto Italiano di Medicina Sociale*, 1, 2, 119-34.
- MANORANJITHAM S.D., A.P. RAJKUMAR, P. THANGADURAI, (2010). *Risk factors for suicide in rural south India*, in *British Journal of Psychiatry*, 196, 26-30.
- MARLATT G.A., (1996). *Harm Reduction: Come As You Are*, in *Addictive Behaviors*, 21, 6, 779-788.
- MARMAR C.R., M.D. WEISS, T.J. METZLER, (1997). *The peritraumatic dissociative experiences questionnaire*, in WILSON J.P., T.M. KEANE, *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook*, New York, Guilford Press.
- MARMAR C.R., M.D. WEISS, T.J. METZLER, (1998). *Peritraumatic dissociation and Posttraumatic Stress Disorder*, in BREMNER J.D., C.R. MARMAR, (1998). *Trauma, Memory, and Dissociation*, Washington, American Psychiatric Press, 229-247.
- MEISER-STEDMAN R., T. DALGLEISH, P. SMITH & W. YULE, B. BRYANT, A. EHLERS, R. MAYOU, N. KASSAM-ADAMS & F.K. WINSTON, (2007). *Dissociative Symptoms and the Acute Stress Disorder Diagnosis in Children and Adolescents: A Replication of the Harvey and Bryant (1999) Study*, in *Journal of Traumatic Stress*, 20, 3, 359-364.

- MEISER-STEDMAN R., W. YULE, P. SMITH, E. GLUCKSMAN, T. DALGLEISH, (2005). *Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and adolescents involved in assaults and motor vehicle accidents*, in *American Journal of Psychiatry*, 162, 1381-1383.
- METCALFE J., W.J. JACOBS, (1998). *Emotional memory: The effects of stress on 'cool' and 'hot' memory systems*, in BOWER G.H., *The psychology of learning and motivation*, 38, New York, Academic Press, 187-222.
- MILKMAN H., W.A. FROSCHE, (1973). *On the preferential abuse of heroin and amphetamines*, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 242-248.
- MILLER M.M, (1998). *Traditional approaches to the treatment of addiction*, in GRAHAM A.W., T.K. SCHULTZ, B.B. WILFORD. *Principles of Addiction Medicine, Second Edition*, Chevy Chase, Maryland, American Society of Addiction Medicine, 315-326.
- MILLER W.R., S. ROLLNICK, (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change, Second Edition*, New York, Guilford Press.
- MILNER B., M. PETRIDES, (1984). *Behavioural effects of frontal-lobe lesions in man*, in *Trends in Neurosciences*, 403-407.
- MITCHELL J.T., G.S. EVERLY, (1996). *Critical Incident Stress Debriefing: An Operational Manual, Second Edition*, Ellicott City, Maryland, Chevron.
- MUESER K.T., D.L. NOORDSY, R.E. DRAKE, L. FOX, (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*, New York, Guilford Press.
- MUESER K.T., P.R. YARNOLD, A.S. BELLACK, (1992). *Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder*, in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 48-55.
- MYLLE J., M. MAES, (2004). *Partial posttraumatic stress disorder revisited*, in *Journal of Affective Disorders*, 78, 1, 37-48.
- NACE E.P., C.W. DAVIS, J.P. GASPARI, (1991). *Axis II comorbidity in substance abusers*, in *American Journal of Psychiatry*, 148, 118-120.
- NAJAVITS L.M., (2002a). *Seeking Safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*, New York, Guilford Press.

- NAJAVITS L.M., (2002b). *Seeking Safety. Therapy for trauma and substance abuse*, in *Corrections Today*, 64, 136-141.
- NAJAVITS L.M., P. CRITS-CHRISTOPH, A.E. DIERBERGER, (2000). *Clinicians' impact on substance abuse treatment*, in *Substance Use and Misuse*, 35, 2161-2190.
- NESTLER E.J., (2005). *Twin Studies Help Define the Role of Genes in Vulnerability to Drug Abuse*, in *Nature Neuroscience*, 8, 11, 1445-1449.
- NEWCOMB M.D., P.M. BENTLER, (1988). *Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: a longitudinal study*, in *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 64-75.
- NICOSIA G., (1994). *A mechanism for dissociation suggested by the quantitative analysis of electroencephalography*, in *International EMDR Annual Conference*, Sunnyvale, California.
- NIDA (National Institute on Drug Abuse), (2000). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*, National Institute of Health Publication 99-4180, Rockville, Maryland.
- OLIEVENSTEIN C., (1981). *L'infanzia del tossicomane*, in *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 42, 201-227.
- OMAHA J., (1998). *Chemotion and EMDR: An EMDR treatment protocol based on a psychodynamic model for chemical dependency*, in *EMDR International Association Conference*, Baltimore, Maryland.
- OUIMETTE, P., & BROWN, P.J. (2003). *Trauma and substance abuse*. Washington, American Psychological Association.
- PAVLOV I.P., (1927). *Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*, Oxford University Press, London.
- PELKONEN M., M. MARTTUNEN, M.M. HENRIKSSON, (2005). *Suicidality in adjustment disorder, clinical characteristics of adolescent outpatients*, in *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 174-180.
- PERRY B.D., R. POLLARD, (1998). *Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: a neurodevelopmental view of childhood trauma*, in *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 7, 33-35.

- PIAZZA P.V., M. LE MOAL, (1996). *Pathophysiological basis of vulnerability to drug abuse: role of an interaction between stress, glucocorticoids, and dopaminergic neurons*, in *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 36, 359-378.
- PILLEMER D.B., (1998). *Momentous events, vivid memories*, Cambridge, Harvard University Press.
- PITMAN R.K., A.Y. SHALEV, S.P. ORR, (2000). *Posttraumatic stress disorder: Emotion, conditioning, and memory*, in GAZZANIGA M.S., *The new cognitive neurosciences*, Cambridge, Mass MIT Press, 1133-1147.
- PITMAN R.K., B.A. VAN DER KOLK, S.P. ORR, M.S. GREENBERG, (1990). *Naloxone-reversible analgesic response to combat related stimuli in posttraumatic stress disorder: A pilot study*, in *Archives of General Psychiatry*, 47, 541-544.
- POHORECKY L.A., (1991). *Stress and alcohol interaction: an update of human research*, in *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 15, 438-459.
- POLCIN D.L., (1992). *Issues in the treatment of dual diagnosis clients who have chronic mental illness*, in *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 30-37.
- POPKY A.J., (2005). *DETUR, an urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behavior*, in SHAPIRO R. *EMDR solutions: Pathways to healing*, New York, W.W. Norton and Company, 167-188.
- PROCHASKA J.O., C.C. DICLEMENTE, (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*, Homewood, Illinois, Dow Jones and Irwin.
- PROCHASKA J.O., C.C. DICLEMENTE, (1986). *Toward a comprehensive model of change*, in MILLER W.R., N. HEATHER. *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*, New York, Plenum Press, 3-27.
- PROJECT MATCH RESEARCH GROUP, (1998). *Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes*, in *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22, 1300-1311.
- RADO S., (1957). *Narcotic bondage: a general theory of the dependence on narcotic drugs*, in *American Journal of Psychiatry*, 114, 165-170.
- RAVENNA M., (1997). *Psicologia delle tossicodipendenze*, Bologna, il Mulino.

- RAVENNA M., (1997). *Psicologia delle tossicodipendenze*, Bologna, il Mulino.
- REGIER D.A., M.E. FARMER, D.S. RAE, B.Z. LOCKE, S.J. KEITH, & L.L. JUDD, (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*, in *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511–2518.
- REIDER C., D. CICCETTI, (1989). *An organizational perspective on cognitive control functioning and cognitive–affective balance in maltreated children*, in *Developmental Psychology*, 25, 382-393.
- RESNICK H.S., D.G. KILPATRICK, B.S. DANSKY, B.E. SAUNDERS, C.L. BEST, (1993). *Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- REYNOLDS M., C.R. BREWIN, (1999). *Intrusive memories in depression and post-traumatic stress disorder*, in *Behavior Research and Therapy*, 37, 201-215.
- RIDGELY M.S., H.H. GOLDMAN, M. WILLENBRING, (1990). *Barriers to the Care of Persons with Dual Diagnoses: Organizational and Financing Issues*, in *Schizophrenia Bulletin*, 16, 1, 123-132.
- RINGEL S., J.R. BRANDELL, (2012). *Trauma. Contemporary Directions in Theory, Practice, and Research*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- RITTER A., J. CAMERON, (2005). *A systematic review of harm reduction*, in *Drug Policy Modelling Project Monograph Series*, 6.
- ROBINS L.N., (1980). *The natural history of drug abuse*, in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 284, 7-20.
- RODIN G., J. DE GROOT, H. SPIVAK, (1998). *Trauma, Dissociation, and Somatization*, in BREMNER J.D., C.R. MARMAR, (1998). *Trauma, Memory, and Dissociation*, Washington, American Psychiatric Press, 161-178.
- ROSENFELD H., (1965). *Psychotic States*, London, Hogarth.
- ROTH M., C. GURNEY, R.F. GARSIDE, T.A. KERR, (1972). *Studies in the classification of affective disorders: the relationship between anxiety states and depressive illness*, in *British Journal of Psychiatry*, 121, 147-161.

- ROTH S., E. NEWMAN, D. PELCOVITZ, B.A. VAN DER KOLK, F. MANDEL, (1997). *Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder*, in *Journal of Traumatic Stress*, 10, 4, 539-555.
- RUNESON B.S., J. BESKOW, M. WAERN, (1996). *The suicidal process in suicides among young people*, in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 35-42.
- RUZEK J.I., M.A. POLUSNY, F.R. ABUEG, (1998). *Assessment and treatment of concurrent posttraumatic stress disorder and substance abuse*, in FOLLETTE V.M., J.I. RUZEK, F.R. ABUEG. *Cognitive-behavioral Therapies for Trauma*, New York, Guilford Press, 226-255.
- SAPOLSKY R.M., (2000). *Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders*, in *Archives of General Psychiatry*, 57, 925-935.
- SAPOLSKY R.M., S.C. ALBERTS, J. ALTMAN, (1997). *Hypercortisolism associated with social subordination or social isolation among wild baboons*, in *Archives of General Psychiatry*, 54, 1137-1143.
- SAUNDERS B.E., D.G. KILPATRICK, R.F. HANSON, H.S. RESNICK, M.E. WALKER, (1999). *Prevalence, case characteristics, and long-term psychological correlates of child rape among women: A national survey*, in *Child Maltreatment*, 4, 187-200.
- SCHENK S., G. LACELLE, K. GORMAN, Z. AMIT, (1987). *Cocaine self-administration in rats influenced by environmental conditions: implications for the etiology of drug abuse*, in *Neuroscience Letters*, 81, 227-231.
- SCHNEIER F.R., S.G. SIRIS, (1987). *A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: patterns of drug choice*, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 11, 641-652.
- SERPER M.R., A. ALPERT, N. RICHARDSON, S. DICKSON, M. ALLEN, A. WERNER, (1995). *Clinical effects of recent cocaine use in acute schizophrenia*, in *American Journal of Psychiatry*, 152, 1464-1469.
- SHALEV A.Y., T. PERI, Y. ROGEL-FUCHS, (1998). *Historical Group Debriefing After Combat Exposure*, in *Military Medicine*, 163, 494-498.



- SHAPIRO F., (1989). *Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder*, in *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- SHAPIRO F., (1993). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*, in *Journal of Traumatic Stress*, 6, 417-421.
- SHAPIRO F., (1994). *EMDR: In the eye of a paradigm shift*, in *Behavior Therapist*, 17, 153-157.
- SHAPIRO F., (2000). *EMDR*, Milano, McGraw-Hill.
- SHAPIRO F., (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures, 2nd edition*, New York, Guilford Press.
- SHAPIRO F., S. VOGELMANN-SINE, L. SINE, (1994). *Eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma and substance abuse*, in *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 379-391.
- SHIELDS A.M., R.M. RYAN, D. CICCETTI, (1994). *The development of emotional and behavioral self regulation and social competence among maltreated school-age children*, in *Developmental Psychology*, 6, 57-75.
- SINHA R., (2001). *How does stress increase risk of drug abuse and relapse?*, in *Psychopharmacology*, 158, 343-359.
- SITHARTHAN T., S. SINGH, P. KRANITIS, P. FREEMAN, J. CURRIE, G. MURUGESAN, L. LUDOWICI, (1999). *Integrated Drug and Alcohol Intervention (IDAI): Development of an opportunistic intervention program to reduce alcohol and other substance use among psychiatric patients*, in *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 676-683.
- SOLOMON R., F. SHAPIRO, (2008). *EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change*, in *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325.
- SOLOMON R.M., (1988). *Post-shooting Trauma*, in *Police Chief*, 55, 10, 40-44.
- SOLOMON R.M., (1995). *Critical Incident Stress Debriefing in Law Enforcement*, in EVERLY G.S., J.T. MITCHELL, (1999). *Critical Incident Stress Management*

- (CISM): *A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention*, Ellicott City, Maryland, Chevron.
- SOLOMON S.D., E.T. GERRITY, A.M. MUFF, (1992). *Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder*, in *Journal of the American Medical Association*, 268, 633-638.
- SOUTHWICK S.M., J.D. BREMNER, A. RASMUSSEN, C.A. MORGAN, A. ARNSTEN, D.S. CHARNEY, (1999). *Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of posttraumatic stress disorder*, in *Biological Psychiatry*, 46, 1192-1204.
- STANTON M.D., (1979). *Famiglia e tossicomania*, in *Terapia Familiare*, 6, 99-115.
- STANTON M.D., (1980). *A Family Theory of Drug Abuse*, in LETTIERI D.J., M. SAYERS, H. WALLENSTEIN PEARSON, (1980). *Theories on drug abuse. Selected Contemporary Perspectives*, NIDA Research Monograph 30, Maryland, 147-156.
- STEWART S.H. (1996). *Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review*, in *Psychological Bulletin*, 120, 1, 83-112.
- STRAIN J.J., M.J. FRIEDMAN, (2011). *Considering adjustment disorders as stress response syndromes for DSM-5*, in *Depression and Anxiety*, 28, 818-823.
- TEICHER M.H., (2002). *Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse*, in *Scientific American*, 68-75.
- TERRERI L., (2008). *EMDR nei pazienti con tossicodipendenza: integrazione tra protocollo standard e protocolli modificati*, in *Bollettino sulle Dipendenze*, 31, 4, 215-224.
- TONIGAN J.S., (2003). *Project MATCH, treatment participation and outcome by self-reported ethnicity*, in *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27, 8, 1340-1344.
- TREECE C., E.J. KHANTZIAN, (1986). *Psychodynamic factors in the development of drug dependence*, in *Psychiatric Clinics of North America*, 9, 3, 399-412.
- VAN DER KOLK B.A., (1987). *Psychological Trauma*, Washington, American Psychiatric Press.

- VAN DER KOLK B.A., (1996a). *Trauma and memory*, in VAN DER KOLK B.A., A.C. MCFARLANE, L. WEISAETH, *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*, New York, Guilford Press, 279-302
- VAN DER KOLK B.A., (1996b). *The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus, discrimination, and characterological development*, in VAN DER KOLK B.A., A.C. MCFARLANE, L. WEISAETH, *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*, New York, Guilford Press, 182-213.
- VAN DER KOLK B.A., (2005b). *Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*, in *Psychiatric Annals*, 35, 5, 401-408.
- VAN DER KOLK B.A., I. PELCOVITZ, S. ROTH, F.S. MANDEL, A. MCFARLANE, J. HERMAN, (1996c). *Dissociation, Somatization and Affect: the Complexity of Adaptation of Trauma*, in *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
- VAN DER KOLK B.A., J.C. PERRY, J.L. HERMAN, (1991). *Childhood origins of self-destructive behavior*, in *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.
- VAN DER KOLK B.A., S. ROTH, D. PELCOVITZ, S. SUNDAY, J. SPINAZZOLA, (2005a). *Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma*, in *Journal of trauma and stress*, 18, 389-399.
- VOLKOW N.D., G.WANG, F. TELANG, F.S. FOWLER, J. LOGAN, A. CHILDRESS, M. JAYNE, Y. MA, C. WONG, (2006). *Cocaine Cues and Dopamine in Dorsal Striatum: Mechanism of Craving in Cocaine Addiction*, in *Journal of Neuroscience*, 26, 24, 6583-6588.
- WALLEN M., H. WEINER, (1989). *Impediments to Effective Treatment of the Dually Diagnosed Patient*, in *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 2, 161-168.
- WHITE W.L, (1998). *Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America*, Bloomington, Illinois, Chestnut Health Systems.
- WIECHELT S., (2007). *Trauma and Substance Misuse: Critical Considerations in Understanding the Maelstrom*, in *Substance Use & Misuse*, 42, 527-533.

- WILLIAMS R., (2009). *Trauma e Relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Varese, Raffaello Cortina Editore.
- WILLS T.A., G. MCNAMARA, D. VACCARO, A.E. HIRKY, (1996). *Escalated substance use: a longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence*, in *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 166-180.
- WITTCHEN H.U., (1996). *Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders*, in *British Journal of Psychiatry*, 168, 30, 9-16.
- YEHUDA R., (2000). *Cortisol alterations in PTSD*, in SHALEV R., R. YEHUDA, A.C. MCFARLANE, *International handbook of human response to trauma*, New York, Plenum Press, 268.
- YULE W., R. WILLIAMS, S. JOSEPH, (2000). *Il disturbo post-traumatico da stress negli adulti*, in YULE W., (2000). *Disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapia*, Milano McGraw Hill, 1-19.
- ZICKLER P., (1999). *Twin Studies Help Define the Role of Genes in Vulnerability to Drug Abuse*, in *NIDA Notes*, 14, 4, 1-8.
- ZIEDONIS D.M., W. FISHER, (1996). *Motivation-based assessment and treatment of substance abuse in patients with schizophrenia*, in *Directions in Psychiatry*, 16, 1-8.
- ZWEBEN J., J. YEARY, (2006). *EMDR in the treatment of addiction*, in *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 8, 115-127.

## **SITOGRAFIA**

National Comorbidity Survey, <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/> maggio 2012.

## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	1
Capitolo primo	
<b>EVENTI TRAUMATICI</b>	5
1. <b>La definizione di trauma in letteratura</b>	5
2. <b>L'interpretazione delle neuroscienze cognitive del trauma e del disturbo da stress post-traumatico – la teoria della rappresentazione duale</b>	10
3. <b>Il disturbo da stress post-traumatico</b>	15
4. <b>Il disturbo da stress post-traumatico complesso</b>	21
5. <b>Il disturbo da stress acuto</b>	25
6. <b>I disturbi dell'adattamento</b>	28
7. <b>Riflessioni conclusive</b>	32
Capitolo secondo	
<b>DALL'EVENTO TRAUMATICO ALLA TOSSICODIPENDENZA</b>	35
1. <b>La relazione tra eventi traumatici e uso/abuso di sostanze alla luce della ricerca empirica</b>	35
1.1. <i>Adverse Childhood Experience</i>	38
1.2. <i>National Survey of Adolescents</i>	40
2. <b>Il disturbo da stress post-traumatico come fattore di rischio per l'insorgenza delle tossicodipendenze</b>	44
3. <b>La questione della comorbilità</b>	50
4. <b>Quali sostanze per quali sintomi</b>	54
5. <b>Riflessioni conclusive</b>	57
	141

Capitolo terzo

**MODELLI ESPLICATIVI DELLA TOSSICODIPENDENZA** 59

1. **Il paradigma dell'adattamento disfunzionale** 59
2. **Le tossicodipendenze traumatiche - Luigi Cancrini** 61
3. **L'ipotesi dell'automedicazione - Edward Khantzian, David Duncan** 65
4. **Verso l'integrazione tra modello medico e adattamento disfunzionale** 69
5. **Il modello vulnerabilità-stress-coping** 71
6. **Riflessioni conclusive** 76

Capitolo quarto

**TRATTAMENTO** 80

1. **Gli aspetti centrali e i limiti dei principali modelli di trattamento delle tossicodipendenze** 80
  - 1.1. *La Terapia di Facilitazione dei 12 passi – TSF* 81
  - 1.2. *L'approccio Cognitivo Comportamentale – CBT* 83
  - 1.3. *Le tecniche motivazionali – MET* 84
  - 1.4. *Le comunità terapeutiche* 86
2. **Verso il trattamento integrato dei disturbi** 89
  - 2.1. *Il trattamento sequenziale* 89
  - 2.2. *Il trattamento parallelo* 91
  - 2.3. *Il trattamento integrato* 92
3. **EMDR** 95
4. **Seeking Safety** 101
5. **Prospettive in ambito preventivo** 105
6. **Riflessioni conclusive** 110

**CONCLUSIONE** 113

<b>BIBLIOGRAFIA</b>	117
<b>SITOGRAFIA</b>	140
<b>INDICE</b>	141