

**PREDITTORI CLINICI E
PSICOPATOLOGICI DI OUTCOME NEL
DISTURBO DA USO DI COCAINA:
UNO STUDIO DI FOLLOW-UP
A TRE MESI**

*Clinical and psychopathological predictors of outcome
in patients with Cocaine Use Disorder: a three-
month follow-up study*

Dott.ssa Martina Nicolasi

INDICE

Introduzione.....	1
Capitolo I – Le dipendenze patologiche	3
1. Ipotesi eziopatogenetiche e meccanismi neurobiologici.....	3
2. Elementi costitutivi di una dipendenza: craving, astinenza e tolleranza.....	4
3. Diagnosi duale e comorbidità psichiatrica	6
4. Approcci terapeutici.....	8
4.1 Interventi farmacologici.....	8
4.2 Interventi psicologici	9
4.3 Percorsi terapeutici-riabilitativi	10
4.3.1 La testimonianza di un ragazzo in percorso	13
Conclusioni.....	14
Capitolo II – I disturbi da uso di sostanze.....	15
1. Il disturbo da uso di cocaina.....	15
2. Il disturbo da uso di alcol	16
2.1 Il binge drinking	18
3. Il disturbo da uso di oppioidi.....	19
4. Il disturbo da uso di cannabinoidi.....	19
Conclusioni.....	20
Capitolo III – Parte sperimentale: studio osservazionale prospettico.....	21
1. Obiettivo dello studio.....	21
2. Materiali e metodi.....	21
2.1 Disegno dello studio e partecipanti.....	21
2.2 Analisi statistica	22
2.3 Assessment psicometrico.....	22
2.3.1 Beck Depression Inventory-II, BDI-II.....	22
2.3.2 Cocaine Craving Questionnaire, CCQ	23
2.3.3 Snaith Hamilton Pleasure Scale, SHAPS.....	24

2.3.4	Questionario sullo stato di salute, SF-36	24
2.3.5	Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS	24
2.3.6	Impulsive Behaviour Scale, UPPS-P	24
2.3.7	Aggression Questionnaire	25
3.	Risultati	25
3.1	<i>Caratteristiche sociodemografiche</i>	25
3.2	<i>Caratteristiche cliniche</i>	26
3.3	<i>Caratteristiche psicometriche</i>	28
4.	Discussione.....	30
	Conclusioni.....	33
	Bibliografia.....	36
	Sitografia.....	38

Introduzione

Di seguito sarà possibile analizzare il complesso e spinoso tema della dipendenza da sostanze stupefacenti, impartendo in fase iniziale delle nozioni generali come l'eziopatogenesi del disturbo, i meccanismi cerebrali su cui le sostanze d'abuso agiscono, la comorbidità psichiatrica, i possibili approcci terapeutici e gli elementi caratteristici della dipendenza quali craving, astinenza e tolleranza. Successivamente l'attenzione verrà focalizzata su alcune sostanze d'abuso (oppioidi, cannabinoidi, alcol e stimolanti, in particolar modo cocaina) analizzando la loro storia, il consumo in questo particolare periodo storico e come agiscono sull'individuo.

Verranno, infine, illustrati i risultati dello studio condotto su un campione di 70 utenti che hanno intrapreso un percorso terapeutico-riabilitativo a carattere residenziale presso la Comunità Incontro Onlus per un Disturbo da Uso di Cocaina, talvolta in comorbidità psichiatrica.

Il cuore di questo lavoro è lo studio longitudinale per la durata di tre mesi, che ha come fine l'individuazione dei predittori clinici e psicopatologici di out-come nel Disturbo da Uso di Cocaina e la valutazione dell'efficacia di un percorso terapeutico a carattere residenziale nella lotta contro la dipendenza patologica. La ricerca svolta ha previsto la somministrazione e la successiva analisi di un'ampia batteria psicometrica, composta da test a risposta chiusa che l'utente ha compilato al momento dell'ingresso in Comunità e successivamente dopo tre mesi di periodo comunitario maturato. In fase iniziale, inoltre, l'utente è stato invitato alla compilazione di una scheda anamnestica per la raccolta di informazioni socio-demografiche e cliniche, queste ultime sono state rilevate effettuando negli interessi dell'utenza dei colloqui conoscitivi e valutativi a carattere individuale

Capitolo I – Le dipendenze patologiche

1. Ipotesi eziopatogenetiche e meccanismi neurobiologici

In questo paragrafo verranno trattati i meccanismi neurobiologici e le ipotesi eziopatogenetiche che sono alla base del Disturbo da Uso di Sostanze.

Appare indispensabile ai fini di tale diagnosi l'utilizzo di una sostanza stupefacente ma non è comunque l'unico elemento per poter procedere a tale valutazione.

Nella sua insorgenza infatti sono implicati innumerevoli meccanismi neurobiologici ed altrettanti fattori predisponenti e di vulnerabilità.

Per quanto riguarda questi ultimi è possibile suddividerli in (Biondi, 2016):

- fattori genetici. Questi, come rilevato grazie a diversi studi, incidono per il 50-60% nello sviluppo di una dipendenza. Specificatamente per quanto riguarda il sesso, si stima che i soggetti di sesso maschile siano generalmente più predisposti allo sviluppo di una dipendenza;
- fattori ambientali. Questi possono aumentare il rischio di sviluppo di una dipendenza e i fattori maggiormente evidenziabili nell'incidenza possono essere il gruppo di appartenenza, il contesto familiare (abusi sessuali, una famiglia disfunzionale, storia familiare di disturbi psichiatrici o di abuso di sostanze e traumi) e storico culturale di provenienza;
- fattori psicopatologici. Tra le condizioni psicopatologiche rintracciabili con maggiore frequenza, si possono evidenziare i disturbi depressivi e i disturbi d'ansia, il disturbo bipolare, la schizofrenia, il disturbo antisociale di personalità, il disturbo della condotta ed infine il disturbo da attenzione e iperattività (ADHD).

Appare di fondamentale rilievo soffermarsi anche, oltre che sulle ipotesi e sui fattori eziopatogenetici, sugli aspetti neurobiologici che sono alla base della dipendenza.

A tal fine è indispensabile interrogarsi su come le sostanze d'abuso e i comportamenti patologici siano in grado di modificare i meccanismi di funzionamento del cervello.

Tutti i comportamenti additivi e le sostanze d'abuso producono un aumento del rilascio di dopamina a livello del nucleo *accumbens*, il centro della ricompensa del sistema nervoso. Il sistema si attiva grazie a stimoli fisiologici gratificanti ad esempio cibo, sesso, ma anche grazie a stimoli dotati di un'alta carica emotiva o a seguito dell'assunzione di sostanze stupefacenti. Queste stimolazioni generano un rilascio di serotonina

nell'ipotalamo, con una conseguente attivazione dei recettori oppioidergici, che determinano il rilascio di dopamina nel sistema limbico, nell'ippocampo e nella corteccia prefrontale: è quindi avviata la cascata neuro-trasmittitoriale responsabile di una sensazione di piacere e benessere nelle aree cerebrali della gratificazione. Accade quindi che le sostanze e i comportamenti additivi attivino i circuiti neurobiologici del piacere in modo così forte che, a seguito di numerose assunzioni, si sostituiscano alla valenza gratificante degli stimoli primari, che assumono sempre meno importanza. Ciò accade grazie alla neuroplasticità del sistema nervoso centrale, che permette innumerevoli riorganizzazioni, sia funzionali che strutturali, a livello cerebrale che poi si esprimono dal punto di vista comportamentale nell'uso e nella ricerca ossessiva e compulsiva della fonte di piacere, ovvero della sostanza. Possiamo quindi affermare che alla base della dipendenza vi sono degli specifici circuiti neuronali:

- il sistema dopaminergico, il quale è deputato a mediare gli effetti gratificanti della sostanza;
- la corteccia prefrontale, che si indebolisce a causa dell'uso cronico, perde il controllo degli aspetti impulsivi e cognitivi connessi all'assunzione;
- l'amigdala, che controlla i meccanismi della memoria e dell'apprendimento relativamente agli effetti gratificanti indotti dalla sostanza, riportando compulsivamente all'uso, alle sensazioni e reazioni ad essa connesse (Morbioli et al., 2021)

2. Elementi costitutivi di una dipendenza: craving, astinenza e tolleranza

La caratteristica imprescindibile di un Disturbo da Uso di Sostanze è un cluster sintomatologico che dimostra come il soggetto continui a far uso della sostanza malgrado i problemi conseguenti all'uso della stessa.

Si può evidenziare come un soggetto (Martinotti et al., 2019):

- può assumere la sostanza in quantitativi e per un tempo maggiore rispetto a quanto fosse nelle sue intenzioni;
- può manifestare speranze e intenzioni infruttuose di diminuire o interrompere definitivamente l'utilizzo della sostanza;
- può impiegare gran parte del suo tempo per rimediare e/o utilizzare la sostanza;
- manifesta *craving*;

- può continuare ad assumere la sostanza malgrado le durevoli problematiche causate dall'utilizzo, le cui conseguenze possono essere rilevate negli ambiti più significativi della vita;
- può abbandonare le attività sociali, lavorative ma anche ricreative a causa della sostanza;
- può manifestare tolleranza e/o astinenza;
- può persistere nell'uso della sostanza nonostante siano presenti problematiche psicologiche e fisiche in correlazione all'assunzione della stessa.

Nei criteri generali appena elencati troviamo quelli che possiamo definire gli elementi caratterizzanti di una dipendenza, come il *craving*, l'astinenza e la tolleranza.

Per quanto concerne il *craving*, corrisponde alla ricerca ossessivo-compulsiva della sostanza e il desiderio incoercibile di utilizzarla; rappresenta la *conditio sine qua non* per la sussistenza di una dipendenza (Lugoboni, Zamboni, 2018).

Il *craving* rappresenta la principale causa di ricaduta per il tossicodipendente. Vi possono essere due tipi di *craving*:

- il *craving* indotto dall'utilizzo delle sostanze;
- il *craving* stimolato da precisi fattori ambientali come, ad esempio, strumenti o oggetti utilizzati per assumere lo stupefacente, denaro, persone o luoghi associati all'assunzione della stessa.

Può essere suddiviso in tre tipologie (Martinotti et al., 2019):

- *reward*, caratterizzato da una disregolazione del sistema dopaminergico/oppioide;
- *relief*, caratterizzato da una disregolazione dei sistemi del GABA e dell'acido glutammico;
- *obsessive*, caratterizzato da un'alterazione del sistema della serotonina.

L'utilizzo continuativo e prolungato di una sostanza stupefacente, in grado di provocare dipendenza, determina lo sviluppo di due condizioni: la tolleranza e l'astinenza.

La tolleranza è la necessità di assumere dosi sempre più massicce della sostanza al fine di raggiungere lo stato di intossicazione oppure l'effetto desiderato (Martinotti et al., 2019).

La tolleranza porta a una diminuzione graduale dei vari effetti della sostanza, anche di quelli gratificanti, in seguito ad una prolungata esposizione alla stessa o ad un'altra strutturalmente simile (in tal caso si parla di tolleranza crociata).

Con il termine astinenza si intende invece un insieme di sintomi che si manifestano successivamente alla cessazione dell'utilizzo di una sostanza. Vi sono sintomi e segni caratteristici a seconda di ogni specifica sostanza che possono essere leniti e mitigati solamente dall'assunzione della stessa. L'astinenza è l'origine delle ricadute a breve termine e delle condotte esasperanti di ricerca della sostanza (Martinotti et al., 2019).

3. Diagnosi duale e comorbidità psichiatrica

In questo paragrafo si affronterà l'argomento dei Disturbi di Personalità in relazione al Disturbo da Uso di Sostanze.

Uno dei temi attualmente più dibattuti, sia sullo scenario nazionale che internazionale, riguarda proprio la comorbidità psichiatrica, termine che indica la coesistenza di un disturbo di carattere psichiatrico (maggiormente Disturbi di Personalità, Disturbi depressivi, Disturbi d'ansia) e di un disturbo da uso di sostanze, senza alcuna inferenza sulle possibili relazioni tra loro intercorrenti (Fioritti, Solomon, 2002).

È dunque di fondamentale importanza, prima di inoltrarsi in questo argomento, dare una definizione di Disturbo di Personalità.

Il DSM-5 descrive il Disturbo di Personalità come un pattern assiduo sia di esperienza interiore che di comportamento che devia notevolmente rispetto alle aspettative previste dalla cultura di appartenenza del soggetto in questione. Il disturbo ha generalmente esordio in adolescenza o nella prima età adulta, restando stabile e persistente nel tempo definendo una situazione di marcato disagio (APA, 2014).

Nel DSM- 5 i Disturbi di Personalità sono stati divisi in tre *cluster*:

- Cluster A o *cluster* “bizzarro”, di cui fanno parte il Disturbo Paranoide di Personalità, il Disturbo Schizoide di Personalità e il Disturbo Schizotipico di Personalità;
- Cluster B o *cluster* “drammatico”, di cui fanno parte il Disturbo Antisociale di Personalità, il Disturbo Borderline di Personalità, il Disturbo Istrionico di Personalità e il Disturbo Narcisistico di Personalità;
- Cluster C o *cluster* “ansioso”, di cui fanno parte il Disturbo Evitante di Personalità, il Disturbo Dipendente di Personalità e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità.

L'aspetto principale e di maggiore interesse sembra essere la definizione del ruolo, primario o secondario, di un disturbo sull'altro. La prima linea di pensiero riconosce nel

Disturbo di personalità un fattore di rischio per l'approccio e il successivo esordio del Disturbo da Uso di Sostanze. L'altra, contrariamente, sostiene il modello secondo cui il Disturbo da Uso di Sostanze andrebbe ad influenzare oltremodo il funzionamento psichico e comportamentale, arrecando così un contraccolpo sulla personalità (Caretto, La Barbera, 2005).

Circa il 50% dei soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze presentano in comorbidità un disturbo indotto dalla sostanza e/o disturbo correlato alla sostanza. Il disturbo indotto dalla sostanza è una condizione psichiatrica o medica indotta dalla sostanza e si differenzia dal disturbo correlato in quanto, di solito, non è riconducibile alla sostanza stessa. Per quanto riguarda i disturbi indotti da sostanze si osservano diversi quadri clinici: stato confusionale indotto da sostanza, psicosi indotta da sostanza, disturbi dell'umore indotti da sostanza ma anche problematiche strettamente somatiche come, ad esempio, l'epatopatia alcolica o l'atrofia della mucosa nasale da cocaina. Naturalmente, se un disturbo psichiatrico si manifesta durante il periodo di utilizzo della sostanza ed è in remissione in seguito al concludersi dell'uso della sostanza, è ammissibile considerarlo indotto dalla stessa. (Spadafora, 2019).

I pazienti con comorbidità richiedono un programma di trattamento speciale che integri elementi del processo di trattamento della malattia psichiatrica e della tossicodipendenza (Fioritti, Solomon, 2002).

La letteratura evidenzia come un'alta percentuale di soggetti con disturbo psichico, abbia anamnesi positiva per l'assunzione *lifetime* o attuale di sostanze stupefacenti e/o alcol.

Negli anni '90 il National Institute of Mental Health ha condotto negli USA uno studio sulla comorbidità tra abuso di sostanze e disturbi psichiatrici. Lo studio rilevò che il 29% dei pazienti con patologia psichiatrica celava una diagnosi *lifetime* di disturbo da uso di sostanze e che, tra i pazienti con diagnosi di schizofrenia, la comorbidità saliva fino al 47%. Lo stesso studio ha anche evidenziato come l'abuso di sostanze sia riscontrato nell'83,6% di pazienti con disturbo di personalità antisociale, nel 60,7% di pazienti con disturbo bipolare e nel 23,7% dei pazienti con disturbo d'ansia. (Regier et al., 1990).

4. Approcci terapeutici

La risposta più adeguata al tema della dipendenza è sicuramente caratterizzata da un approccio multidisciplinare e multi professionale tra interventi farmacologici, psicoterapeutici, educativi rafforzando questi anche con l'inserimento nel programma di percorsi comunitari.

4.1 Interventi farmacologici

Sono veramente limitati gli strumenti farmacologici che possiedono un'indicazione registrata per il Disturbo da Uso di Sostanze e inesistenti nei casi di comorbidità nonostante la co-esistenza tra DUS e, ad esempio, Disturbi dell'Umore si attestino con percentuali superiori al 40%. (Intervento del Dott. Di Nicola Marco durante il 48° Congresso SIP tenutosi a Torino, Ottobre 2018).

Una delle componenti di fondamentale importanza nei trattamenti delle tossicodipendenze è sicuramente la terapia sostitutiva. Come riportato dall'O.E.D.T. (Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze), la terapia sostitutiva è una forma di trattamento per le persone dipendenti da oppiacei (in particolar modo da eroina), che si serve di sostanze che presentano delle caratteristiche uguali o simili alla sostanza consumata abitualmente. Alla base della terapia sostitutiva vi è il fatto che la stessa produca effetti simili a quelli della sostanza d'abuso, prevenendo la comparsa del cluster sintomatologico dell'astinenza.

La terapia sostitutiva si presenta in due forme:

- mantenimento, somministrando all'individuo una quantità di sostanza sufficiente per arginare la condotta di abuso;
- disintossicazione, riducendo gradualmente il dosaggio fino ad eliminarlo.

La "Relazione europea sulla droga 2021: tendenze e sviluppi" redatta da O.E.D.T. afferma che nel 2019 nell'Unione Europea ci sono stati 510.000 consumatori in terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei.

Le terapie sostitutive maggiormente utilizzate in Italia sono:

- metadone, è un oppioide sintetico, appartenente alle difenilpropilammine.
È attivo sul recettore Mu ma anche sui recettori ionotropici del glutammato, è efficace sia per modulare il craving ma anche per evitare la sindrome da astinenza di oppiacei (Spadafora, 2019);

- suboxone, contiene due principi attivi che sono buprenorfina (antagonista parziale degli oppioidi) e naloxone (antagonista degli oppioidi, cioè contrasta gli effetti degli oppioidi).

Non si può parlare quindi di interventi farmacologici specifici e mirati per la tossicodipendenza, ma in questo ambito l'intervento farmacologico è rivolto piuttosto alla limitazione di una serie di condizioni mediche quali gli stati ansiosi, gli stati depressivi, i Disturbi di Personalità etc.

La dipendenza dimostra, anche in questo caso, che non può essere trattata in un modo smodatamente semplificato e la farmacoterapia non può prescindere da una comprensione ed un approccio multidisciplinare del paziente (Bignamini, Galassi, 2019).

4.2 *Interventi psicologici*

Dal latino *colloquium*, il colloquio è l'azione di parlare insieme. È la conoscenza dell'altro tramite il dialogo e più in generale l'interazione tra due o più persone. Il colloquio è alla base della psicologia così come lo è una valida alleanza terapeutica, *conditio sine qua non* per parlare di un progetto terapeutico.

Come trattamento delle dipendenze sono diverse le tipologie di colloquio che si possono utilizzare:

- Il colloquio clinico

Il colloquio clinico è una tecnica di osservazione e di studio del comportamento umano che ha lo scopo di comprendere (tramite la ricerca e la valutazione diagnostica) ed aiutare il paziente (con l'orientamento e la terapia). (Trombini et al., 1994).

Durante il colloquio clinico, oltre ad instaurare una buona relazione terapeutica, è indicato fare una raccolta anamnestica sulla storia del paziente in riferimento alle seguenti aree: l'anamnesi psicopatologica remota, l'anamnesi psicopatologica attuale, l'anamnesi familiare, l'anamnesi fisiologica e l'anamnesi psicopatologica.

- Il colloquio socio-educativo-motivazionale

Il colloquio motivazionale pone il fulcro dell'attenzione sul sostegno del percorso di cambiamento di tutti quegli stili di vita che sono dannosi per la salute e il benessere

dell'individuo. È uno strumento alquanto versatile che può essere usato anche con altri approcci per la cura dell'individuo (Miller, Rollnick, 2014).

Il colloquio motivazione è una modalità di approccio, nata negli anni '80 appositamente nell'ambito del trattamento delle dipendenze, focalizzata interamente sul paziente e su come analizzare e risolvere i problemi, con fine ultimo un cambio comportamentale. I fattori che concorrono al cambiamento sono l'autoefficacia, la frattura interiore ed infine la disponibilità al cambiamento (Lugoboni, Zamboni, 2018).

4.3 Percorsi terapeutici-riabilitativi

L'obiettivo fondamentale delle Comunità Terapeutiche, che nascono in Italia alle fine degli anni '70, è sicuramente il cambiamento e la crescita personale della persona e non la semplice liberazione dalla sostanza. La Comunità Terapeutica, come concetto emetodo, ha assunto diverse forme, risentendo dell'influenza dei fondatori, degli ambienticulturali, e della richiesta dell'utenza (Lugoboni, Zamboni, 2018).

Va ricordato infatti quanto il mondo delle tossicodipendenze sia mutato negli ultimi 30 anni: gli eroinomani sono diventati un gruppo minoritario, lasciando posto ai poli-assuntori, ai tossicodipendenti con patologie psichiatriche e alla "Nuove Dipendenze" come il Gioco d'Azzardo Patologico e le Internet Addiction (Lugoboni, Zamboni, 2018). Nonostante questa diversificazione delle Comunità, tutte presentano delle regole cardine comuni quali la rinuncia al vecchio stile di vita, alla libertà individuale, l'astinenza da ogni tipo di sostanza, il rispetto delle regole e dell'altro, la partecipazione alle attività di gruppo, il rispetto degli orari. La durata del percorso terapeutico di Comunità richiede dai 18 ai 24 mesi. Il trattamento deve essere inoltre individualizzato sulla base dei problemi che ogni paziente presenta e che sono i più variegati: complicanze internistiche, reinserimento nel tessuto sociale, riappropriazione della genitorialità, problemi legali.

Ad oggi, nonostante con Comunità Terapeutica si indichino numerosi programmi di recupero, il fine ultimo rimane il processo di cambiamento della persona (Lugoboni, Zamboni, 2018).

4.3.1 La Comunità Incontro Onlus

La Comunità Incontro Onlus è una libera associazione senza scopo di lucro, fondata da Don Pierino Gelmini, che opera dal 1953 nel trattamento delle *addiction*. La riabilitazione basata sull'ergoterapia permette il trattamento delle dipendenze sia da sostanza di sia comportamentali al di là della gravità con cui si manifestano. La vita comunitaria induce un ritmo di vita regolare in un ambiente protetto in grado di facilitare non solo la riflessione su di sé ma anche le relazioni interpersonali sane, elementi che sono alla base del recupero. La dipendenza da sostanza viene accolta e gestita con strumenti calibrati in base alla severità con cui il problema si manifesta. L'Equipe multidisciplinare si avvale di strumenti ergoterapici, psicoterapeutici individuali e di gruppo, farmacologici e riabilitativi mirati. L'area assistenziale si occupa di costruire una rete sociale che permetta agli utenti di avere punti di riferimento sul territorio, interventi mirati alla risoluzione delle problematiche familiari e, quando necessario, viene fornito uno spazio di sostegno alla genitorialità. La struttura prevede dei moduli specifici:

- alcolisti, per persone con problemi di alcol dipendenza anche associata al fenomeno del poliabuso, del *binge drinking* e delle nuove modalità di "sballo" giovanile;
- G.A.P.;
- Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione;
- pazienti cronici, per persone che, a seguito di vari percorsi fallimentari, necessitano di un'assistenza continuativa residenziale;
- femminile.

La Comunità accoglie persone adolescenti ed adulte che presentano problematiche legate alle nuove forme di dipendenza comportamentale quali la dipendenza da Internet, gioco d'azzardo, ritiro sociale e cyberbullismo. Utenti in regime di misura alternativa alla detenzione (detenzione domiciliare D.D., arresti domiciliari ARD, affidamento sociale AFS, lavori socialmente utili LSU e messe alla prova MAP) sono ospitati in Struttura, con momenti di approfondimento specifici per la loro condizione. Si effettuano su richiesta dei detenuti incontri presso le Case Circondariali per effettuare colloqui motivazionali con gli interessati.

Ad oggi la Comunità Incontro Onlus, al fine di garantire la presa in carico di queste problematiche, svolge le proprie attività suddividendole nelle tre aree accreditate con la Regione Umbria e convenzionate con la USL Umbria2:

- area pedagogico-riabilitativa: a regime residenziale per utenti che, pur assumendo sostanze di abuso, non necessitano di un intervento psicofarmacologico specifico per la problematica di *addiction*. Per gli utenti inseriti in questo modulo ci si pone come obiettivi il potenziamento e la valorizzazione delle risorse individuali, il miglioramento delle capacità di integrazione sociale, lavorativa e la vita di relazione, attraverso la condivisione e l'adesione a valori e norme comuni che regolano i rapporti interpersonali e di gruppo inerenti alla Comunità stessa;
- area terapeutico-riabilitativa: a regime residenziale per utenti che assumono sostanze d'abuso e necessitano di un intervento attraverso la somministrazione di una terapia sostitutiva, volta a favorire l'equilibrio psicofisico degli ospiti;
- area comorbilità psichiatrica: a regime residenziale per utenti che presentano una problematica di dipendenza con una storia di gravi disturbi psichiatrici. Per gli utenti inseriti in tale modulo gli obiettivi riguardano il recupero dell'autonomia, il ripristino della capacità di integrazione sociale, il favorire la socializzazione ed il miglioramento della vita relazionale dell'utente e/o il raggiungimento di un adeguato compenso rispetto alle condizioni psicopatologiche attraverso la partecipazione alle proposte terapeutiche individuali e/o di gruppo, la condivisione della vita comunitaria e/o lo svolgimento di un'attività lavorativa.

L'Equipe multidisciplinare definisce per ogni utente un piano terapeutico-riabilitativo individualizzato secondo la tipologia e la gravità dell'assistito, della durata variabile di circa 18/24 mesi per tutte e tre le aree di intervento. L'accesso alla Struttura avviene tramite un contatto con i possibili utenti e/o familiari degli stessi oppure su richiesta del SerD territorialmente competente.

La Comunità Incontro si occupa anche di prevenzione, strumento fondamentale per la riduzione dell'incidenza delle varie forme di dipendenza. Viene proposto un triplice aiuto con i seguenti progetti di intervento:

- *In Classe*, organizzando incontri con le scolaresche, sia nelle scuole che nel centro madre;
- *In Strada*, fornendo unità di strada che offrono sul territorio nazionale colloqui e accoglienza immediata;
- *In Ascolto*, garantendo uno spazio di sostegno psicologico, legale e socio-educativo gratuito presso la sede centrale.

4.3.2 La testimonianza di un ragazzo in percorso

“Mi chiamo S., sono nato in un Paese dell’Est Europa a metà degli anni ’90 da una famiglia nullatenente ed i miei genitori erano entrambi degli alcolizzati. Mio padre non era mai in casa e mia madre, con cui passavo le giornate, menava sia me che i miei fratelli. In casa non c’era mai da mangiare così io e mio fratello maggiore rimediavamo il cibo andando a lavorare dai vicini o altrimenti rubandolo. Quando avevo 8 anni gli assistenti sociali del mio paese, che sapevano le condizioni in cui vivevamo, hanno tolto la potestà genitoriale a mia madre e sia io che i miei fratelli siamo stati mandati in orfanotrofo, dove ho vissuto per 4 anni. Anche lì la situazione non era delle migliori. Quando avevo 12 anni ho conosciuto quelli che poi sarebbero diventati i miei genitori adottivi, che erano venuti inizialmente per adottare solo mio fratello minore. Alla fine, siamo stati adottati tutti e tre insieme. Ho anche altre due sorelle che sono state mandate in casa famiglia appena nate con cui non ho contatti ma so che sono state adottate da una famiglia americana. Il mio trasferimento in Italia non l’ho vissuto nel migliore dei modi, non lo vedevo come un’opportunità per costruire una vita nuova ma piuttosto come un modo per sfuggire da quella vecchia. Ho iniziato subito a fare uso di cannabis e alcol, non ero mai in casa. Ho fatto le scuole medie con un po' di fatica, avevo difficoltà a concentrarmi, a studiare, anche perché non sapevo né leggere né scrivere ma alla fine riuscivo sempre a prendere qualcosa in più della sufficienza. A lungo andare, ho creato molti problemi anche in casa: spesso venivano Carabinieri a fare perquisizioni in casa e i miei genitori mi dicevano spesso *“Tu finirai in galera”*. A 17 anni mio padre mi disse che se non avessi cambiato comportamento una volta compiuta la maggiore età me ne sarei dovuto andare via di casa e così è stato. Appena compiuti 18 anni sono andato via di casa, senza niente. Ho iniziato a spacciare e all’inizio mi andava anche bene, guadagnavo molto, facevo la bella vita. Per un periodo ho vissuto a Roma e lì ho conosciuto una ragazza con cui mi sono trasferito a Berlino. Purtroppo dopo poco sono stato arrestato in Germania e ho scontato 3 mesi per furto aggravato allo Stato. Successivamente sono tornato da libero in Italia e mi sono ritrovato con questa ragazza con cui, per cause di forza maggiore, mi sono lasciato poco tempo dopo. Da qui ho iniziato a fare uso di cocaina, oltre che cannabis e alcol. Nel momento in cui la cocaina è entrata nella mia vita, tutto quello che avevo messo da parte l’ho speso e ho preso anche debiti. Sono arrivato ad un certo punto della mia vita in cui sopravvivevo, non vivevo. Consumavo dai 3 ai 7 grammi di cocaina circa al giorno

tutti i giorni. Non riuscivo a smettere, la mia vita non aveva più un freno, pensavo esclusivamente a quello. Quando avevo 23 anni circa sono stato arrestato per furto, spaccio, ricettazione e rapina con una pena complessiva di 6 anni e 3 mesi. In carcere non stavo male ma neanche bene. I compagni di cella mi dicevano di andare in Comunità ma a me non interessava nulla. Dopo un anno e mezzo di carcere ho capito che era troppo facile vivere in quel modo e ho capito che volevo fare qualcosa di diverso e buono. Così ho fatto il primo passo e il mio avvocato e l'assistente sociale hanno iniziato a cercarmi una Comunità. Adesso mi trovo in Comunità in affidamento in prova al servizio sociale, che è una misura alternativa alla detenzione. Mi piacerebbe terminare le scuole superiori poi, magari, fare un corso da OSS. Sono qui da 22 mesi, e sto facendo un ottimo percorso. Grazie alla Comunità Incontro ho capito cosa volevo realmente dalla vita: la serenità”.

Conclusioni

La testimonianza di S. rende chiaramente l'idea di quanto sia grande il dolore e complesse le motivazioni che portano al tunnel della dipendenza ma anche di come, con la volontà, la motivazione, un percorso di recupero adeguato e personalizzato, un graduale re-inserimento nella società e nell'ambiente lavorativo, la condivisione delle emozioni e grazie a un percorso multidisciplinare finalizzato al cambiamento sia possibile ritornare a uno stile di vita sano.

Capitolo II – I disturbi da uso di sostanze

1. Il disturbo da uso di cocaina

L'utilizzo delle foglie di coca era presente nel continente sud-americano già 4000 anni fa e, nonostante nel corso dei secoli l'utilizzo della cocaina sia stato condannato o celebrato a seconda delle varie culture e contesti, al giorno d'oggi rappresenta, soprattutto nei paesi sviluppati, un reale problema per la salute pubblica con ponderose conseguenze sia sul diretto consumatore ma anche sulle famiglie e quindi sull'intera società (Lugoboni, Zamboni, 2018).

L'utilizzo abituale di cocaina è riscontrato nell'1-3% della popolazione nei paesi sviluppati e in Italia, nella fascia d'età che va dai 15 ai 19 anni, il 3% ne ha fatto uso almeno una volta (Martinotti et al., 2019).

Grazie all'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze sappiamo che, nel 2021, tra le persone che si sono sottoposte a trattamento, il 15% era di sesso femminile e l'85% di sesso maschile con età media al primo consumo di 23 anni e mediamente 35 anni all'inizio del primo trattamento.

La cocaina, venduta al mercato come una polvere bianca, è un alcaloide ottenuto dalle foglie di *Erythroxylum coca*, una pianta del sud americana. Per quanto riguarda le possibili modalità di assunzione, può essere inalata (la più diffusa), iniettata (disciolta in una soluzione fisiologica) o altrimenti fumata, venduta in piccoli cristalli dal colore biancastro chiamati "crack". Coloro che utilizzano cocaina, nei momenti appena successivi all'assunzione, si sentono felici, eccitati, energici, euforici e instancabili (Spadafora, 2019).

La via endovenosa e fumata sono quelle con il l'effetto più veloce, dai circa 30 secondi ai 2 minuti, con durata dell'effetto euforizzante per circa 20-30 minuti (Quaglio, 2004).

La cocaina è stata utilizzata, a partire dagli anni '80, anche in quello che è conosciuto come Speedball o Poweball, termine che fa riferimento a un mix di cocaina e eroina in cui, una volta passato l'effetto della prima sale l'effetto della seconda.

La cocaina ha tre effetti farmacologici principali: è un anestetico locale, un simpaticomimetico e uno stimolante del sistema nervoso centrale (Di Chiara, Imperato, 1998).

Vi sono numerose complicanze dovute all'utilizzo regolare di cocaina che sono sia internistiche che psichiatriche.

Per quanto riguarda le possibili complicanze internistiche, la cocaina è in grado di compromettere qualsiasi organo e/o apparato (Lugoboni, Zamboni, 2018).

Nel 2011, in Italia, è stato guidato uno studio multicentrico, che prevedeva l'analisi di 674 pazienti che volontariamente si erano rivolti a diversi Pronto Soccorso sul territorio italiano. È emerso che il 63,8%, oltre alla cocaina, aveva fatto uso anche di altre sostanze illegali, il 60,9% presentava delle complicanze psichiatriche, il 38,2% delle complicanze cardiopolmonari, il 22,5% gastrointestinali ed il 20,5% neurologiche (Pavarin et al., 2011).

Per quanto riguarda i fattori di rischio è possibile individuarne diversi: tra i maggiori sicuramente il disturbo bipolare, la schizofrenia, il disturbo di personalità antisociale, un'esposizione in epoca pre-natale, l'esposizione a violenze durante l'infanzia, oltre ai fattori di rischio temperamentali e ambientali.

È stato notato anche come le donne, rispetto agli uomini, iniziano a fare uso di cocaina tardivamente ma come invece il passaggio da un primo utilizzo alla dipendenza sia notevolmente più veloce, fenomeno chiamato "effetto telescopio" (Girardi, Di Giannantonio, 2020).

2. Il disturbo da uso di alcol

Grazie alla sua facile disponibilità e per la celerità con cui si manifestano gli effetti della sua assunzione, l'alcol è la sostanza psicoattiva più consumata in Occidente (Biondi, 2016).

L'utilizzo di alcol è un tratto che ricorre in molte culture così come la produzione di bevande alcoliche, che è strettamente legata alle attività commerciali. Si può dire che il bere ha un carattere ambivalente: entro una determinata soglia è una fonte di piacere, rilassamento e convivialità, dall'altra causa di perdita di controllo e danno (Lugoboni, Zamboni, 2018).

Il disturbo da uso di alcol è una condizione clinica definita da precisi comportamenti legati all'utilizzo di bevande alcoliche, che vanno a discapito del funzionamento dell'individuo negli ambiti significativi della sua vita. Il consumo di sostanze alcoliche è responsabile del 3,8% di tutti i decessi in Europa. Sono diverse le evidenze rispetto alla

genetica del disturbo da uso di alcol: in generale i figli di alcolisti hanno una maggiore probabilità di sviluppare un DUA anche se sono figli cresciuti da genitori adottivi senza problemi con l'alcol. Ciononostante, quasi il 50% degli alcolisti che giungono in ospedale non presentano nell'anamnesi familiare problematiche di DUA. E' proprio grazie a queste informazioni che sono state avanzate due tipologie di disturbo da uso di alcol: familiare e non familiare, il primo contraddistinto da un esordio in età giovanile, da una più severa dipendenza e dall'assenza di altri sintomi psichiatrici (Girardi, Di Giannantonio, 2020). Come riportato dal *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, l'alcol, come le altre sostanze d'abuso, ha un forte effetto sul cervello, producendo sentimenti piacevoli e mitigando quelli negativi. La presenza di questi sentimenti può motivare alcune persone nel continuare a bere senza misura e ciò può causare cambiamenti sia nella funzione che nella struttura del cervello, dove le aree maggiormente coinvolte sono i gangli della base, l'amigdala e la corteccia prefrontale.

Per quanto riguarda i quadri clinici va nominato il *delirium tremens* e la Fetal Alcohol Syndrome (sindrome feto-alcolica).

Il *delirium tremens* è una condizione che sopraggiunge 1-4 giorni dopo l'interrompersi dell'assunzione di alcol (Girardi, Di Giannantonio, 2020).

Il DSM-5 tra i criteri diagnostici include un disturbo dell'attenzione (una limitata capacità di dirigere, focalizzare, spostare e sostenere l'attenzione) e della consapevolezza (orientamento spazio-temporale ridotto) (APA, 2014).

Caratteristiche cliniche del *delirium tremens* sono anche le alterazioni del linguaggio (disnomia e disgrafia) e percettive (illusioni e allucinazioni, prevalentemente zooptiche e dermatozoiche) (Martinotti et al., 2019).

L'insieme di patologie correlate all'assunzione di grandi quantitativi di alcol comprende anche quella che viene definita Sindrome Alcolica Fetale, ovvero l'insieme di problematiche che può riscontrare un feto se la madre assume alcol durante la gravidanza. Secondo il "Rapporto sullo stato globale dell'alcol e della salute 2018" del World Health Organization il 65,6% delle donne in età fertile in Europa consuma alcol e, in media, il 25% delle donne incinta in Europa consuma alcol, con il 2,7% che pratica il *binge drinking*.

Secondo il National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism l'esposizione prenatale all'alcol è associato un aumento nel rischio di aborto spontaneo, natimortalità, nascita prematura, sindrome della morte improvvisa e disturbi dello spettro alcolico fetale.

La sindrome alcolica fetale indica una serie di condizioni che possono verificarsi in individui che sono stati esposti all'alcol prima della nascita, che possono avere implicazioni irreversibili.

Il Ministero della Salute riporta come disabilità primarie della sindrome feto-alcolica:

- disformismi facciali;
- ritardo nella crescita, con valori sotto la media per altezza, peso corporeo e circonferenza cranica;
- anomalie nello sviluppo neurologico del sistema nervoso centrale, con alterazioni sia cognitive che comportamentali.

2.1 Il binge drinking

Come detto precedentemente, il costume di bere è un problema sociale di rilievo internazionale, che porta conseguenze sia in ambito economico che in ambito sanitario. Il fenomeno del *binge drinking*, considerato uno tra i più maggiori problemi di salute, consiste nel consumo di un quantitativo spropositato di alcol in un lasso temporale limitato. La finalità principale del *binge drinking*, che in italiano potremmo tradurre con "abbuffata alcolica", è l'ubriacatura istantanea. È stato stabilito il valore *cut-off* di sei unità alcoliche in un intervallo di tempo minore di due ore (Girardi, Di Giannantonio, 2020).

Per una unità alcolica intendiamo dodici grammi di alcol che possono equivalere a un bicchiere di birra da 330 ml con gradazione alcolica 4,5°, un bicchiere di vino da 125 ml con gradazione alcolica 12°, un aperitivo di 80 ml con gradazione alcolica 18° o, infine, un super alcolico da 40 ml con gradazione alcolica 36° (Lugoboni, Zamboni, 2020).

I fattori di rischio per la comparsa del *binge drinking* sono numerosi e includono: elevata disponibilità economica, problemi in famiglia, basso status sociale, scarsa capacità di autocontrollo e altri fattori ambientali che possono agevolare il consumo esagerato di alcolici (Stolle et al., 2009).

3. Il disturbo da uso di oppioidi

Il disturbo da uso di oppioidi comprende tutti quei disturbi relativi all'utilizzo di derivati sintetici o naturali dell'oppio, come l'eroina, la codeina o la morfina.

Come riportato dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze all'interno della "Relazione europea sulla droga 2021: tendenze e sviluppi" l'età media al primo consumo di è 23 anni, con una percentuale di consumatori che per il 19% è di sesso femminile e per l'81% maschile.

Per quanto riguarda l'eziopatogenesi di tale disturbo, tra i fattori biologici e genetici vi è una ridotta attività geneticamente determinata del sistema degli oppioidi endogeni, mentre tra i fattori psicosociali un basso tenore di vita e la presenza di genitori separati/divorziati sono riscontrabili in più del 50% dei consumatori. A causa delle caratteristiche della sostanza, lo sviluppo della dipendenza fisica è alquanto rapido e vi sono una serie di complicazioni mediche quali la possibile trasmissione di HIV, epatite B e C, a causa dell'uso promiscuo degli aghi (Martinotti et al., 2019).

Nelle caratteristiche cliniche dell'astinenza da oppiacei abbiamo brividi, nausea, vomito, insonnia, forti crampi addominali, sudorazione, pelle d'oca e midriasi (Girardi, Di Giannantonio, 2020).

La midriasi e la miosi sono due condizioni tipiche associate agli oppioidi: la prima, un aumento del diametro pupillare, è causata dall'astinenza mentre la seconda, si verifica successivamente all'assunzione e causa la riduzione del diametro pupillare, le così chiamate pupille "a spillo" (Martinotti et. Al, 2019).

4. Il disturbo da uso di cannabinoidi

I cannabinoidi, dopo l'alcol ed il tabacco, sono la terza sostanza più utilizzata al mondo (Lugoboni, Zamboni, 2018). Quando si parlava di cannabinoidi spesso venivano definiti "droghe leggere". Quest'idea dei cannabinoidi come delle sostanze d'abuso "meno pericolose" era largamente condivisa sia nell'opinione pubblica ma anche, in parte, dai professionisti che lavoravano nell'ambito sanitario. Attualmente, grazie a evidenze scientifiche, l'idea dei cannabinoidi come "droghe leggere" è stata ripensata essendo gli stessi tra i fattori di rischio per diversi disturbi mentali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce droghe, secondo un aspetto farmacologico, tutte quelle sostanze che sono in grado di modificare l'attività mentale o la psicologia.

L'effetto psicoattivo della cannabis è quindi al pari delle altre droghe (Lugoboni, Zamboni, 2018).

La sospensione improvvisa dell'assunzione di cannabis, in seguito ad un importante periodo di utilizzo con dosaggio alto, può portare talvolta a craving, insonnia, aumento dell'aggressività, agitazione, perdita dell'appetito: una simil sindrome d'astinenza (Budmeyer et al., 2001).

Il THC è il principale componente psicoattivo della cannabis. Esso è antagonista dei recettori cannabinoidi CB1, che si trovano all'interno del sistema nervoso umano principalmente sulle cellule nervose del midollo spinale, encefalo e sistema nervoso periferico (Martinotti et al., 2019).

I cannabinoidi, che possono essere classificati in più tipologie tra cui marijuana e hashish, hanno degli effetti comuni dopo il consumo: disinibizione, stato di rilassamento e di benessere, aumento dell'appetito, sonnolenza, riso, intensificazione delle percezioni, occhi arrossati, maggiore loquacità e facilità nei rapporti interpersonali (Girardi, Di Giannantonio, 2020).

I cannabinoidi sono in grado di indurre una serie di alterazioni psicopatologiche, che variano nella gravità in base alla predisposizione ambientale e genetica e dalla modalità e frequenza di consumo. Si è visto, inoltre, come l'età del primo approccio con la cannabis abbia un ruolo cruciale: prima dei 18 anni infatti, particolarmente tra i 12 ed i 15, aumenta notevolmente la possibilità di sviluppare una serie di disturbi psichiatrici, come la schizofrenia. Studi hanno dimostrato una considerevole relazione di associazione tra il consumo di cannabis prima dei 18 anni e il conseguente esordio di disturbi dello spettro schizofrenico che persistono anche in seguito all'interruzione del consumo della sostanza (Girardi, Di Giannantonio, 2020).

Conclusioni

Abbiamo visto come ogni sostanza d'abuso presenti delle proprie particolarità, ma anche di come vi sia un *background* comune caratterizzato da simili fattori di rischio e innumerevoli complicanze sia internistiche che psichiatriche, disagio, ricorso a comportamenti devianti e/o illegali.

Capitolo III – Parte sperimentale: studio osservazionale prospettico

1. Obiettivo dello studio

L'obiettivo prefissato attraverso la ricerca svolta è stato quello di caratterizzare dal punto di vista sociodemografico, clinico e psicometrico un campione di soggetti con diagnosi di Disturbo da Uso di Cocaina (DUC) che intraprendono un percorso terapeutico-riabilitativo in regime residenziale presso una comunità terapeutica, nonché di individuare nell'ambito di tali variabili cliniche e psicopatologiche i possibili fattori predittivi di outcome nel DUC.

L'obiettivo, inoltre, è verificare come dal momento dell'ingresso in Comunità a tre mesi di periodo comunitario maturato, i sintomi depressivi, la spinta edonico-volitiva, i livelli di craving e lo stato di salute generale cambino in funzione del tempo trascorso in Struttura.

2. Materiali e metodi

2.1 Disegno dello studio e partecipanti

Il presente è uno studio osservazionale prospettico che ha incluso un campione di settanta pazienti con una diagnosi primaria di Disturbo da Uso di Cocaina, reclutati consecutivamente presso la Comunità Incontro Onlus di Amelia (TR), nell'arco temporale compreso tra Novembre 2021 e Maggio 2022.

Tutti i pazienti hanno firmato un consenso informato scritto.

I criteri di inclusione per il seguente studio sono stati:

- diagnosi primaria di Disturbo da Uso di Cocaina;
- età compresa tra 18 e 60 anni.

I criteri di esclusione per il seguente studio sono stati:

- dissenso del paziente;
- mancato consenso informato;
- presenza di patologie neuropsichiatriche maggiori (ad esempio epilessia, deficit cognitivo o sindromi genetiche con correlati psichiatrici);
- presenza di qualunque altra condizione che non permetta di completare la valutazione come problemi linguistici, gravi dislessie, scarsa conoscenza dell'italiano.

La valutazione è stata effettuata sulla base di un primo colloquio conoscitivo, volto alla raccolta delle informazioni cliniche e sociodemografiche, e di una compilazione di una batteria psicometrica di questionari auto- ed etero-somministrati entro i primi 15 giorni dall'ingresso in Comunità e ripetuta a distanza di 3 mesi.

2.2 Analisi statistica

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il pacchetto SPSS v. 25 (IBM Corp., USA). Le variabili continue sono state espresse come Media $\pm$ Deviazione Standard e come numeri e percentuali per le variabili dicotomiche e categoriali. L'analisi statistica è stata realizzata mediante il calcolo dell'indice di correlazione lineare di Pearson (r) e l'indice di correlazione per ranghi di Spearman (ρ).

I cambiamenti dal baseline all'endpoint delle variabili sociodemografiche, cliniche e psicometriche di interesse sono state valutate mediante il t-test per campioni appaiati, in cui il medesimo campione di soggetti viene testato due volte (un t-test di "misure ripetute"). Un tipico esempio del t-test per misure ripetute è quello in cui i soggetti vengono testati prima di un trattamento e gli stessi soggetti vengono testati nuovamente dopo il trattamento.

La significatività statistica è stata fissata a $p < .05$.

2.3 Assessment psicometrico

La valutazione dei sintomi depressivi è stata condotta mediante la somministrazione del questionario Beck Depression Inventory (BDI-II), i livelli di craving tramite la versione italiana del Cocaine Craving Questionnaire, lo stato di salute generale grazie al Questionario sullo stato di salute (SF-36), la spinta edonico-volitiva per mezzo del Snaith Hamilton Pleasure Scale (SHAPS), le difficoltà nella regolazione emotiva grazie al Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) ed infine l'impulsività rilevata attraverso l' Impulsive Behavior Scale (UPPS-P).

2.3.1 Beck Depression Inventory-II, BDI-II

Il Beck Depression Inventory (BDI) è uno strumento di autovalutazione composto da 21 *items* a scelta multipla, che rispecchiano i tipici sintomi della depressione. Dalla

somministrazione di questo test è possibile rilevare diversi tipi di informazioni riguardo lo stato depressivo del paziente:

- un punteggio totale;
- i punteggi dei singoli *item* che autonomamente forniscono informazioni rilevanti per il clinico;
- un punteggio riguardante le manifestazioni somatico-affettiva, tra cui l'alterazione del sonno, dell'appetito, pianto, agitazione;
- un punteggio riguardante gli aspetti cognitivi, tra cui l'autocritica ed il senso di colpa.

2.3.2 Cocaine Craving Questionnaire, CCQ – Brief, Versione italiana a cura di Martinotti G. e Di Nicola M.

Il Cocaine Craving Questionnaire (CCQ) è un test di autovalutazione composto da 10 *items* valutati su una scala Likert a sette punti, da “fortemente in disaccordo” a “fortemente d'accordo”, sui sentimenti e sui pensieri del paziente sull'uso di cocaina nel momento esatto in cui sta compilando il questionario. Grazie a questo questionario è possibile avere un riscontro sul desiderio verso la cocaina.

2.3.3 Snaith-Hamilton Pleasure Scale, SHAPS

Lo SHAPS è uno strumento di autovalutazione composto da 14 *items*, utilizzato per valutare l'anedonia, ovvero l'incapacità di provare piacere. Ogni *item* del questionario è valutato tramite una scala Likert a quattro punti, da “pienamente d'accordo” a “del tutto in disaccordo”. Il questionario permette di rilevare sia un punteggio totale e quattro punteggi parziali, relativi alle seguenti dimensioni:

- interesse generale;
- mangiare/bere;
- interazioni sociali;
- esperienze sensoriali.

Il punteggio totale della scala può andare da 0 a 14 e punteggi di 3 o più indicano una significativa diminuzione delle capacità edoniche.

2.3.4 Questionario sullo stato di salute, SF-36

È un questionario sullo stato di salute composto da 36 domande che si riferiscono a 8 aspetti della salute:

- attività fisica;
- attività sociali;
- salute mentale;
- dolore;
- cambiamento condizioni di salute;
- limitazioni fisiche;
- limitazioni cognitive;
- energia;
- percezione della salute.

2.3.5 Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS

Il Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) è uno dei test maggiormente utilizzati per la valutazione delle difficoltà nella regolazione emotiva per la popolazione adulta.

È uno strumento di autovalutazione composto da 36 *items*, valutati ognuno tramite una scala Lickert a cinque punti, da “quasi mai” a “quasi sempre”.

Il questionario, oltre a restituire un punteggio complessivo, contiene sei scale:

- *non acceptance*, la non accettazioni delle proprie risposte emotive;
- *goals*, la difficoltà nell’adottare comportamenti orientati verso un obiettivo;
- *compulse*, la difficoltà nel controllo degli impulsi;
- *awareness*, la mancanza di consapevolezza emotiva;
- *strategies*, l’accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva;
- *clarity*, la mancanza di chiarezza emotiva.

2.3.6 Impulsive Behavior Scale, UPPS-P

L’Impulsive Behavior Scale (UPPS-P) è uno strumento di autovalutazione composto da 20 *items*, valutati ognuno tramite una scala Lickert a quattro punti, da “completamente d’accordo” a “completamente in disaccordo”. Questo modello propone l’impulsività come un costrutto multidimensionale, con dei tratti tipici che sono rilevati nel test:

- urgenza negativa, la tendenza ad agire in modo affrettato in presenza di emozioni negative;
- mancanza di premeditazione, la tendenza ad agire senza pensare;
- mancanza di perseveranza, incapacità di rimanere concentrati su un compito;
- *sensation seeking*, tendenza a cercare esperienze nuove ed emozionanti;
- urgenza positiva, la tendenza ad agire in modo precipitoso e sconsiderato in presenza di emozioni positive.

2.3.7 Aggression Questionnaire

L'Aggression Questionnaire è uno strumento di autovalutazione composto da 29 *items*, valutati ognuno tramite una scala Lickert a cinque punti, da “non è per niente caratteristico” a “è proprio caratteristico”. Questo test, oltre a restituire un valore totale, valuta l'aggressività secondo diversi parametri:

- aggressività fisica;
- aggressività verbale;
- rabbia;
- ostilità;

3. Risultati

3.1 Caratteristiche sociodemografiche

Sono stati valutati 70 pazienti affetti da Disturbo da Uso di Cocaina in cura presso la Comunità Incontro Onlus di Amelia, di cui 49 hanno completato il follow-up a tre mesi. Il campione è composto da 54 soggetti di genere maschile (77,1%), 16 di genere femminile (22,9%) con un'età media di $39.6 \pm 10,1$ anni.

Il 77,1% del campione è celibe/nubile, il 21,4% è separato/a e solamente l'1,4% è coniugato/a.

Il 70% dei pazienti vive con la famiglia d'origine/con il coniuge e il 30% vive da solo.

Il livello di scolarità è risultato di $9,41 \pm 3,70$, ciò significa che mediamente il campione ha portato a termine le scuole secondarie di primo grado e frequentato il primo anno di scuole superiori.

Il 52,9% del campione ha un'occupazione, mentre il 47,1% è disoccupato.

Relativamente alla tipologia di occupazione, il 2,9% studia, il 21,4% svolge lavori saltuari e la restante parte lavora regolarmente.

Il 74,3% del campione fuma sigarette, con una media di $12,9 \pm 9,18$ al giorno.

Inoltre, 1/3 del campione ha presentato problematiche legali.

I dati sociodemografici discussi sono riassunti nella **Tabella 1**.

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche del campione

Genere, n (%)	- M 54 (77,1%) - F 16 (22,9%)
Stato civile, n (%)	- Celibe/Nubile 54 (77,1%) - Coniugato/a 1 (1,4%) - Separato/a 15 (21,4%)
Stato abitativo, n (%)	- Vive solo 21 (30%) - Vive con la famiglia d'origine/vive con il coniuge 49 (70%)
Livello scolarità (media $\pm$ DS)	- $9,41 \pm 3,70$
Occupazione, n (%)	- Si 37 (52,9%) - No 33 (47,1%)
Tipologia di occupazione, n (%)	- Studente 2 (2,9%) - Lavori saltuari 15 (21,4%) - Lavoro regolare 20 (28,6%) - Disoccupato/a 33 (47,1%)
Fuma sigarette, n (%)	- Si 52 (74,3%) - No 18 (25,7%)
Sigarette fumate (media $\pm$ DS)	- $12,9 \pm 9,18$
Problematiche legali, n (%)	- Si 21 (30%) - No 49 (70%)

3.2 Caratteristiche cliniche

Il 15,7% del campione presenta una familiarità psichiatrica con un parente di primo grado.

Il 30% del campione, oltre al Disturbo primario da Uso di Cocaina, presenta una comorbilità psichiatrica.

In riferimento alla tipologia di comorbidità psichiatrica, in ordine decrescente abbiamo i Disturbi di Personalità (23,8%), il Disturbo Bipolare (23,8%), Schizofrenia e disturbi correlati (19%), Disturbo Depressivo Maggiore (14,3%), Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (9,6%), Disturbo Ossessivo Compulsivo (4,8%) e GAP (4,8%).

L'11,4% ha comorbidità internistiche.

Il 10% del campione ha tentato il suicidio almeno una volta e sempre il 10% ha tendenze autolesioniste.

Il 68,4% del campione è poli assuntore. Le sostanze di maggior utilizzo, dopo la cocaina, sono l'alcol ed i cannabinoidi. La cocaina viene assunta primariamente per via nasale (90%), poi fumata (7,1%) e infine endovena (2,9%).

Il 54,3% del campione assume una terapia farmacologica. Di questi, l'83,3% assumono una polifarmacoterapia, il 7,1% antidepressivi, il 4,8% stabilizzatori dell'umore e il 4,8% altre tipologie di farmaci.

L'indice di massa corporea del campione è $25,9 \pm 3,83$. L'età d'esordio della malattia è di $21 \pm 8,80$ anni con durata della malattia di $18,3 \pm 10,8$ anni.

Le caratteristiche cliniche discusse sono riassunte nella **Tabella 2**.

Tabella 2. Caratteristiche cliniche del campione

Tentativi di Suicidio, n (%)	- Si 7 (10%) - No 63 (90%)
Tendenze autolesioniste, n (%)	- Si 7 (10%) - No 63 (90%)
Familiarità psichiatrica, n (%)	- Si 11 (15,7%) - No 59 (84,3%)
Comorbidità psichiatrica, n (%)	- Si 21 (30%) - No 49 (70%)
Tipo Comorbidità Psichiatrica, n (%)	- GAP 1 (4,8%) - Schizofrenia e disturbi correlati 4 (19%) - DOC 1 (4,8%) - Disturbo Bipolare 5 (23,8%)

	- Disturbo Depressivo Maggiore 3 (14,3%) - Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione 2 (9,6%) - Disturbi di Personalità 5 (23,8%)
Poliabuso, n (%)	- Si 48 (68,8%) - No 22 (31,4%)
Comorbidità internistiche, n (%)	- Si 8 (11,4) - No 62 (88,6%)
Terapia farmacologica, n (%)	- Si 38 (54,3%) - No 32 (45,7%)
Tipologia terapia farmacologica, n (%)	- Antidepressivi 3 (7,1%) - Stabilizzatore dell'umore 2 (4,8%) - Polifarmacoterapia 35 (83,3%) - Altro 2 (4,8%)
Modalità di consumo cocaina, n (%)	- Sniffata 63 (90%) - Fumata 5 (7,1%) - Endovena 2 (2,9%)
BMI (media $\pm$ DS)	- 25,9 $\pm$ 3,83
Età esordio della malattia (media $\pm$ DS)	- 21 $\pm$ 8,80
Durata della malattia (media $\pm$ DS)	- 18,3 $\pm$ 10,8
Numero ospedalizzazioni (media $\pm$ DS)	- 0,6 $\pm$ 1,31

3.3 Caratteristiche psicometriche

Come si evince dall'analisi dei dati e dai grafici di seguito riportati, dopo tre mesi dall'inizio del percorso terapeutico residenziale, si è osservato un miglioramento sul piano psicopatologico, nello specifico: della salute mentale valutata tramite l'apposita sottoscala del questionario SF-36 dal T0 46,469 $\pm$ 21,240 al T1 61,878 $\pm$ 18,710 ($p < .001$, **Figura 1**); dei sintomi depressivi sulla base dei punteggi alla BDI-II, dal T0=19,531 $\pm$ 11,920 al T1=13,143 $\pm$ 10,813 ($p < .001$) e della capacità edonica indagata attraverso la SHAPS (T0= 1,633 $\pm$ 2,089 – T1= 0,857 $\pm$ 1,275, $p = 0,015$; **Figura 2**).

Contrariamente, la riduzione dei livelli di craving dal $T0=2,357 \pm 1,016$ al $T1= 2,320 \pm 0,842$) non è risultata statisticamente significativa ($p=0,810$) (**Figura 3**).

Tale dato conferma l'importanza di intraprendere un percorso terapeutico a carattere residenziale a lungo termine e dimostra come, se si interrompe precocemente il percorso, è possibile una ricaduta per il tossicodipendente.

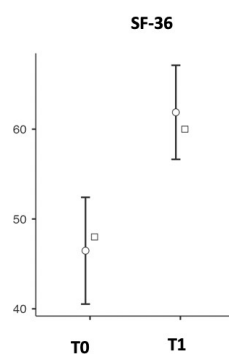


Figura 1. Salute Mentale (SF-36, * $p<.001$)**

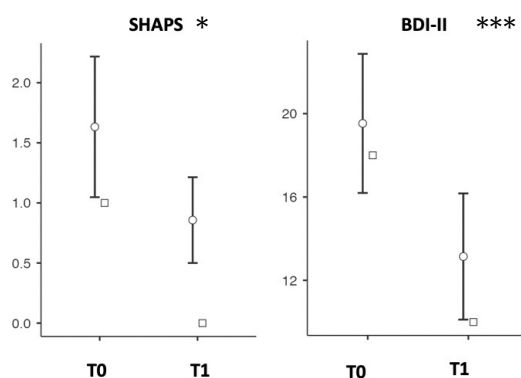


Figura 2. Sintomi depressivi e anedonici (BDI-II e SHAPS, * $p<.001$. * $p<.05$)**

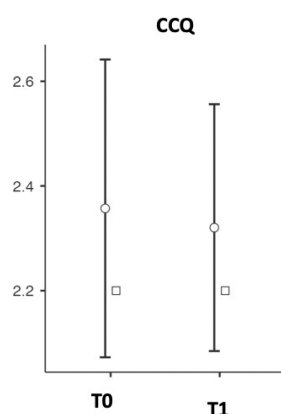


Figura 3. Craving (CCQ)

Il craving è correlato significativamente con l'età d'esordio della malattia: minore, infatti, è l'età d'esordio, maggiore è il craving, ovvero la ricerca ossessivo-compulsiva della sostanza e il desiderio incoercibile di utilizzarla (r di Pearson 0,360. P 0.002).

All'interno della ricerca è emerso come il craving sia correlato in maniera significativa con:

- uno dei tratti tipici dell'impulsività, cioè la mancanza di perseveranza, ossia l'incapacità di rimanere concentrati su un compito, rilevata grazie all'Impulsive Behaviour Scale (r di Pearson 0,311. p 0,009);
- la scala *Goals* del Difficulties in Emotion Regulation Scale, che riflette la difficoltà nell'adottare comportamenti orientati verso un obiettivo (r di Pearson 0,245. p 0,041);
- la sotto-scala Aggressività Fisica, rilevata grazie all'Aggression Questionnaire (r di Pearson 0,258. p 0,031).

4. Discussione

I due dati rilevati rispecchiano ampiamente il comportamento dei ragazzi e delle ragazze durante il percorso comunitario, in cui, infatti, emergono difficoltà nel mantenimento della concentrazione sul compito che siano durature nel tempo, sia per quanto concerne le attività ergoterapiche, sia per le attività formative dove è richiesto uno sforzo attentivo e cognitivo maggiore.

I ragazzi e le ragazze ospiti all'interno della Struttura mostrano difficoltà nel prestare attenzione al compito, nella tolleranza alle frustrazioni e nel comprendere davvero il significato da attribuire all'assertività, nonché alla gestione dell'impulso che scaturisce dall'attesa necessaria e fisiologica legata anche all'impossibilità di ottenere quanto richiesto e desiderato nell'immediato. Durante il percorso comunitario, proprio per le motivazioni sopra esposte e per quanto emerso dalla ricerca svolta, si tenta di operare sul controllo dell'evento e sul comportamento impulsivo, al fine di far comprendere quanto sia importante rimanere ancorati al presente, quanto sia rilevante la tolleranza alla noia ed alle frustrazioni. Appare, inoltre, indispensabile mettere in evidenza come siano imprescindibili l'impegno, la fatica ed il coraggio costanti e duraturi nel tempo, per poter davvero portare a termine il percorso personale in modo funzionale e soddisfacente. Si

può concludere, infatti, che proprio la difficoltà nella gestione degli impulsi, la medesima coinvolta nel controllo dell'assunzione, rappresenta quell'elemento scatenante e predittivo di un eventuale drop out dal percorso comunitario. Ogni ospite della Struttura, riporta questo come elemento di difficile gestione che rappresenta uno di quegli aspetti rintracciabili in modo costante in ognuno di loro. Pertanto è possibile rilevare quanto possa essere importante focalizzare l'approccio e l'intervento terapeutico su quanto fino ad ora rilevato, ma tenendo in particolare considerazione le emozioni, le frustrazioni, le difficoltà e le esperienze personali che hanno condotto l'utente ad una scarsa gestione degli *stressors*. Risulta, inoltre, essere di fondamentale rilevanza che l'utente apprenda come l'approccio alle sostanze, utilizzato per fronteggiare le difficoltà nella gestione degli impulsi sopra menzionati, attragga l'individuo stesso verso un vortice che lo condurrà a dover affrontare in futuro maggiori difficoltà rispetto ai meccanismi, comunque già disfunzionali, adottati per far fronte ad una realtà spiacevole e non tollerabile.

Il craving, come già discusso, è uno degli elementi costitutivi di una dipendenza. Nonostante sia uno tra i costrutti fondamentali dei Disturbi da Uso di Sostanza, è stato introdotto più recentemente nei criteri diagnostici, esattamente nel DMS-5 del 2013.

Alla luce di ciò, è evidente come tre mesi di percorso in Comunità a regime residenziale siano un lasso temporale ancora troppo breve per riuscire ad ottenere una riduzione significativa di tale dimensione (**Figura 3**, paragrafo 3.3) seppur a fronte di un significativo miglioramento di altri aspetti psicopatologici quali depressione, anedonia, salute mentale e stato di benessere generale. La pervasività del craving è così importante da stravolgere gli obiettivi della quotidianità dell'individuo, così come la sua scala di valori.

Ad esempio, si può evidenziare come una persona che usa abitualmente cocaina sia consapevole dei rischi legati all'utilizzo della stessa. Tuttavia, nel momento in cui subentra il forte desiderio di assumere sostanza, l'importanza di assumerla supera con evidenza il valore della propria vita e della propria salute. Tutto ciò che rappresenta la quotidianità ed i valori importanti come la famiglia, il lavoro, gli affetti passano in secondo piano se assumono il ruolo di ostacolo al soddisfacimento del craving.

A questo viene attribuito un ruolo considerevole sia nel mantenimento della dipendenza sia nella ricaduta, anche dopo un lasso temporale notevole dall'allontanamento dalla sostanza. L'esposizione a un *trigger*, come la frequentazione di luoghi dove si assumeva

la sostanza, può scatenare craving il quale, a sua volta, induce la ricerca della sostanza. Tra le modalità di gestione del craving, l'approccio cognitivo comportamentale rappresenta uno tra gli approcci più efficaci e specifici. Tra gli strumenti e le tecniche maggiormente utilizzate abbiamo la psico-educazione, la gestione e tolleranza di ansia, stress, depressione, interviste motivazionali, tecniche espositive con prevenzione della risposta, tecniche di rilassamento e prevenzione delle ricadute. Nella gestione del craving, e quindi nella prevenzione della ricaduta, è importante fornire dei rinforzi ogni volta che vengono raggiunti degli obiettivi significativi nell'astinenza da sostanza e individuati come target dell'intervento. Si può quindi evincere come una delle soluzioni per la gestione del craving che sia duratura nel tempo, non solo deve essere affiancato da tecniche di questo tipo, ma deve essere rafforzato tramite un percorso che non sia minore di tre mesi.

Infine, l'ultimo costrutto con cui si è rilevata una correlazione statisticamente significativa è l'aggressività fisica. Una definizione autorevole riguardante l'aggressività nell'essere umano è quella di Bond secondo cui è *“un comportamento diretto da un individuo contro un simile, un oggetto o verso sé con lo scopo di causare danno”*. Può manifestarsi sia sotto forma verbale sia sotto forma fisica. L'aggressività è solitamente una reazione istintiva, un meccanismo di difesa, che purtroppo spesso può manifestarsi tramite la violenza. Sono innumerevoli gli episodi di aggressione fisica sia sotto uso di sostanze stupefacenti sia in momenti di lucidità, spinti magari dalla necessità di denaro per comprare il quantitativo di sostanza da assumere. Il non saper gestire e controllare la propria aggressività spesso può portare a commettere degli illeciti, come aggressioni, oltraggi, colluttazioni etc. La gestione dell'aggressività è un aspetto su cui si lavora molto all'interno del percorso terapeutico. Spesso infatti, i ragazzi e le ragazze all'inizio del percorso, spinti da motivazioni più profonde e dolorose, per futili motivi non riescono a trattenere la propria aggressività scagliandosi in modo inappropriato verso i propri compagni. Successivamente, con le attività ergoterapiche della vita comunitaria e un'adeguata terapia farmacologia, qualora vi fosse necessità, questi comportamenti di aggressività fisica diminuiscono notevolmente. Tutte le sostanze d'abuso coinvolgono un relativo comportamento aggressivo, alcune per un'azione diretta stimolante il sistema nervoso centrale, altre per l'effetto disinibente che hanno sul comportamento ed altre ancora in seguito all'astinenza causata dall'interruzione dell'assunzione della sostanza.

Conclusioni

Negli ultimi anni la cocaina è divenuta una delle maggiori sostanze elettive.

La situazione italiana si mostra particolarmente allarmante poiché, come si è potuto rilevare anche dalla popolazione target coinvolta nella ricerca, tale sostanza psicoattiva ha avuto un'enorme diffusione nelle giovani popolazioni. Il dipendente da cocaina, rappresenta uno dei target di difficile individuazione, in quanto lo stesso, non ritenendosi "tossicodipendente", sfugge ai servizi territoriali e vi afferisce solo per un eventuale supporto farmacologico a seguito di provvedimenti, come denunce, segnalazioni per consumo o invio da parte dei familiari, stanchi di situazioni di difficile gestione che non riescono ad arginare con le proprie forze.

Si può quindi affermare che, proprio per quanto detto, probabilmente, i dati in possesso ad oggi, relativamente a tale popolazione, siano di gran lunga inferiori, in contrapposizione alla realtà a cui si assiste quotidianamente.

Ho desiderato trattare tale argomento così delicato ma al contempo così attuale spinto dalla mia esperienza personale, considerato che sin da piccola ho avuto la fortuna di incontrare la Comunità Incontro, per merito di mio padre e del suo lavoro. Ho imparato da lui e da Don Pierino Gelmini, fondatore della stessa, cosa significhi davvero vivere la sofferenza ed apprendere come la "cultura della vita" sia possibile.

.
Mi sono impegnata affinché il mio lavoro sperimentale potesse essere svolto al meglio, non solo di raccogliendo semplicemente dati su ogni utente, ma cercando di entrare in contatto con loro, poiché anche un semplice sorriso potesse fargli sentire in quel momento la mia vicinanza, magari in un periodo personale difficile o perché il trattare argomenti come il controllo dell'impulso e della sostanza per molti di loro non fosse così facile; ciò ha infatti condotto molti di loro a risvegliare preoccupazioni o pensieri legati al passato che richiama situazioni in cui erano persi e non sapevano più come risalire da quel fosso, da quel burrone, da quel vortice che ti risucchia e ti porta con sé; non sei più tu a controllare la sostanza, ma questa inizia a controllare te, i tuoi cari, la tua famiglia, il tuo lavoro, la tua socialità e ti porta a distruggere ognuna di queste, pensando di non avere più possibilità di cambiamento.

Ho potuto comprendere come, una volta entrati nel circolo vizioso della sostanza, sia tanto difficile scardinare quei meccanismi disfunzionali, ma come vi sia anche la possibilità di uscirne, grazie a molto impegno, coraggio e purtroppo tanta sofferenza, quella sofferenza che però porta realmente al cambiamento.

Coloro che usano cocaina sono sempre in maggior numero e fortunatamente i governi, i servizi pubblici e privati, gli enti del terzo settore e le società scientifiche sono attive da tempo al fine di rafforzare azioni mirate alla promozione di comportamenti sani ed alla prevenzione, non più dedicandosi alla sola riduzione del danno.

Purtroppo però, le campagne in merito alle sostanze, particolarmente alla cocaina ed al crack non hanno particolare efficacia, poiché queste sono avvolte da un alone mitico.

Infatti, ancora tutt'oggi la cocaina è considerata la sostanza del successo sociale e del tempo libero. Solo modificando tale pensiero, si potranno intraprendere programmi efficaci. Solo smitizzando la cocaina, ma anche le altre sostanze e comportamenti, si potranno intraprendere dei veri e propri programmi di riabilitazione. Tutto questo sarà un arduo compito, che i governi e gli esperti del settore, sono chiamati a svolgere ed a risolvere nel più breve tempo possibile, per far sì che questa non rappresenti più quella piaga sociale che affligge tanti giovani, che non hanno più la forza ed il coraggio di mettersi in gioco e di mettere in campo ogni risorsa, senza dover nascondere ciò che sono

realmente, senza doversi vergognare o aver paura di ciò che si è realmente, poiché l'unicità di ogni essere umano, rappresenta quella forza che trascina e può trascinare ognuno di noi.

Bibliografia

American Psychiatric Association. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Raffaello Cortina, Milano, 2014.

Bignamini E., Galassi C. (2019), *Addiction: come pensarla, comprenderla, trattarla*.

Biondi M., (2016). *Compendio di Psichiatria e Salute Mentale*. Alpes Italia srl

Budney A.J., Hughes J.R., Moore B.A., Novy P.L., (2001), *Marijuana abstinence effects in Marijuana smokers maintained in their home environment*. *Archive of General Psychiatry*.

Caretti V., La Barbera D. (2005), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore.

Di Chiara G., Imperato A. (1998), *Drugs abused by human preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats*. *Proc. Natl Acad Sci U.S.A.*

Fioritti A., Solomon J. (2002), *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*. Franco Angeli, Milano.

Girardi P., Di Giannantonio M., (2020). *Psicopatologia delle dipendenze*. Pacini Editore

Lugoboni F., Zamboni L., (2018). *In Sostanza Manuale sulle dipendenze patologiche Volume 1*. Edizione CLAD Onlus

Lugoboni F., Zamboni L., (2018). *In Sostanza Manuale sulle dipendenze patologiche Volume 2*. Edizione CLAD Onlus

Martinotti G., Di Giannantonio M., Janiri L., (2019). *Compendio di psicopatologia*, Fila37

Miller W. R., Rollnick S., (2014), *Il colloquio motivazionale, aiutare le persone a cambiare 2° edizione*. Erikson

Morbioli L., Belleri M., Congiu A., Lugoboni F. (2021), *Pratiche bottom-up nelle dipendenze: verso un nuovo approccio con se stessi e coi pazienti*. Azienda Ospedaliera Universitaria integrata Verona

Pavarin R., Lugoboni F., Mathewson S. et al. (2011) *Cocaine-related medical and trauma problems: a consecutive series of 743 patients from multicenter study in Italy*. *Eur J Emerg Med*

Quaglio G., Lugoboni F., Pajusco B. et al. *Manifestazioni cliniche legate all'uso di cocaina*. *Ann Ital Med Int*. 2004

Regier DA et al. (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse*. JAMA

Spadafora R. (2019), *Argomenti di Psichiatria, Compendio ragionato per professionisti sanitari e gli studenti*. Publiedit s.a.s.

Stolle M., Sack P.M., Thomasius R., (2009), *Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions*. Dtsch Arztebl Int

Trombini G. (a cura di) (1994), *Introduzione alla clinica psicologica*, Zanichelli

Sitografia

<https://www.comunitaincontro.org/>

<https://www.youtube.com/watch?v=1SKkQJmnCf4>

https://www.iss.it/droga/-/asset_publisher/CjKTpUEurcwM/content/emcdda-relazione-europea-sulla-droga-2021

https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/suboxone-epar-medicine-overview_it.pdf

<https://www.niaaa.nih.gov/publications/cycle-alcohol-addiction>

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

<https://www.salute.gov.it/portale/alcol/dettaglioContenutiAlcol.jsp?lingua=italiano&id=5630&area=alcol&menu=vuoto&tab=4>

www.humanitas.it