

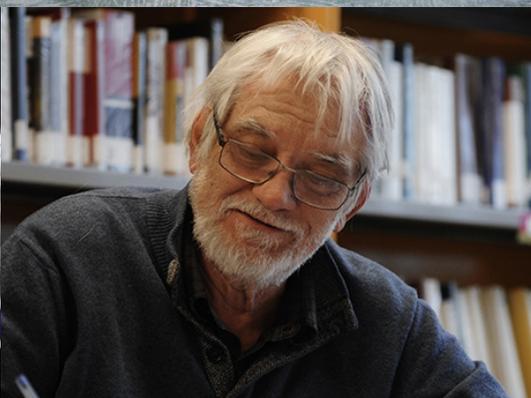
SCHEDA DIDATTICA

Dipendenze viste da vicino

Sostanze e comportamenti a rischio

Leopoldo Grosso e **Simona Baracco**

di Università della Strada Gruppo Abele
incontrano gli studenti. Con la partecipazione
straordinaria di **Luigi Ciotti**.



a cura di



GruppoAbele

*Università
della Strada*

Gruppo Abele

un evento

unisona
live cinema

progetto scuola



Dipendenze viste da vicino

Sostanze e comportamenti a rischio

Parlare di comportamenti a rischio con le giovani generazioni significa interpellare il loro sapere e il loro protagonismo: questo si declina, da un lato, nell'instaurare un dialogo capace di fornire informazioni corrette, dall'altro, nell'esplorare i loro bisogni, promuovendo una maggiore consapevolezza circa le sfide e le opportunità che li coinvolgono. Significa porsi in una posizione non giudicante, attenta a non cadere in forme di intervento paternalistico.

Questa la cornice in cui si inserisce l'evento del 19 gennaio 2024, in cui si vogliono approfondire le tematiche delle dipendenze e dei comportamenti a rischio tra i giovani.

Nel corso della diretta si parlerà di consumo di sostanze e altre forme di comportamento a rischio, di bisogni espressi e inespressi e di valorizzazione di risorse.



Premessa

Non è solo colpa della società

Prima io li condannavo tutti questi ragazzi, perché a me facevano rabbia. Ora ho imparato che ogni persona è una realtà individuale, non tutti prendono la droga per lo stesso motivo, non tutti lo fanno per i problemi che hanno in famiglia, anche magari per i soldi, perché ne hanno tanti e non sanno più cosa fare, altri perché ne hanno pochi, ognuno ha il suo motivo. Poi, parlando con le altre, con quelle che si bucano, ho capito che ci sono sempre dei problemi di fondo: magari nel ragazzo, magari nella famiglia, magari nella società, ma non è esclusivamente colpa della società. Io la vedo così.

Parliamoci chiaro, io ho cominciato a interessarmene perché ho saputo che mio figlio si drogava. Ci eravamo un po' staccati, un po' tanto. Forse per colpa mia, forse per colpa sua. Diciamo per i problemi familiari. Adesso parliamo, magari non di problemi legati alla droga. Anche lui è cambiato, come sono cambiata io. Lo vedo più calmo, è un po' che non si fa niente (Alice)

(Discokay, n. 2, a. 4, Droga: femminile plurale, Edizioni Gruppo Abele, 1985; Famiglia cristiana, 17 aprile 1983)

La dimensione della dipendenza interroga ciascuno di noi nella nostra esperienza quotidiana, intrecciando un ampio spettro di comportamenti.

Se guardiamo al di là delle singole pratiche di uso di sostanze e di ricorso a comportamenti di immediata gratificazione, troviamo temi esistenziali centrali, uno spettro motivazionale che va dalla ricerca del piacere e dalla fuga da una vita vissuta come frustrante, all'anestesia di un dolore esistenziale percepito come intollerabile.

Non esistono moventi universali per le pratiche di uso, in quanto le sostanze e i comportamenti a rischio caricano di diversi significati e valenze le storie delle persone, e devono pertanto essere interrogati e trattati nella loro profonda complessità. I consumi si collocano innanzitutto all'interno del **ciclo di vita** degli individui.

La **fase giovanile**, con i suoi aspetti caratterizzanti l'età acerba, può intrecciarsi con dimensioni di rischio e utilizzo di sostanze per svariati motivi: la ricerca del piacere, la necessità anestetica di far fronte a vissuti faticosi da sostenere, la capacità corporea di sentire ed esprimere la propria parte emotiva, la fragilità identitaria, le difficoltà di relazione, l'attrazione per le esperienze attivanti, il mettersi alla prova e sentirsi appartenenti a un collettivo.

Similitudini e differenze si ritrovano nella piena **età adulta**, quando cambiano ed evolvono i temi vitali che interpellano come soggetti: una frequente crisi di identità, un incerto bilancio esistenziale, la consapevolezza di una soglia vicina e rischiosa tra un consumo controllato, uno problematico e la deriva conclamata della dipendenza, la fatica nel sostenere l'autonomia e tutto ciò che comporta in termini lavorativi e abitativi, i conti difficili con le relazioni familiari, sentimentali e con precarie assunzioni di ruoli genitoriali.

Un po' di storia

È stato nel Pleistocene?

Nel buio delle caverne, osservando le ombre del falò così simili ai fochi danzanti che esplodevano nel cielo?

C'è stato un mese, un giorno, un'ora in cui qualcuno scoprì il segreto che legava le piante al cosmo e i ritmi clorofilliani alla Via Lattea...?

E che scoperta era mai questa se non l'eterno invisibile che conduceva con sé gli Dèi, i defunti, gli eroi, i paradisi, gli inferni e l'eternità? Funghi, erbe, cactus non nutrivano più ma medicavano le angosce dello spirito, rovesciavano l'esterno e l'interno permettendo alla mente di entrare nel regno sterminato della sua stessa natura.

(Leonzio, U., 1969)

L'era moderna per la storia del consumo delle droghe inizia nel 1822 con *Confessioni di un mangiatore d'oppio* di Thomas de Quincey:

de Quincey era un etnografo da diversi punti di vista e per primo prese in considerazione il consumo di oppio nel moderno contesto industriale. Ancora giovane, fuggì di casa e visse nelle strade di Londra, confondendosi con ladri, prostitute ed altri emarginati sociali.

(Feldman, Harvey F., Aldrich, Michael R., 1990)

In parte etnografia, in parte autobiografia e in parte autoetnografia, il volume di De Quincey inaugura un nuovo modo di occuparsi della droga che abbandona definitivamente l'alone esotico che la circondava e affonda nelle viscere della *inner city*.

L'invenzione della siringa, come noi la conosciamo, risale alla metà dell'Ottocento. Charles Gabriel Pravaz in Francia e Alexander Wood in Scozia sembrano essere giunti contemporaneamente e indipendentemente all'obiettivo. Wood costruì la siringa con lo scopo specifico di iniettare morfina sottocute per il trattamento delle nevralgie croniche. Era impossibile, all'epoca, immaginare che mezzo e fine avrebbero avuto un legame così indissolubile nei decenni a venire, ma la "pera" era destinata a diventare il simbolo stesso della tossicodipendenza. Attorno a questa storia si svilupperà una leggenda che riconosce nella moglie di Wood la prima *Injection Drug User* dipendente da morfina, morta infine di overdose grazie all'invenzione del marito. Chiunque ha visto rappresentata almeno una volta la scena dell'arrivo del carretto del venditore di elisir miracolosi in una cittadina di frontiera americana. La vendita dei farmaci miracolosi si associava spesso allo spettacolo da saltimbanchi, in quanto le case farmaceutiche ante litteram, detentrici del brevetto del farmaco, utilizzavano questo mezzo come strumento pubblicitario. Degli imbonitori erano pagati per vagare in lungo e in largo la frontiera, allestendo spettacoli il cui fine ultimo era quello di vendere questi elisir

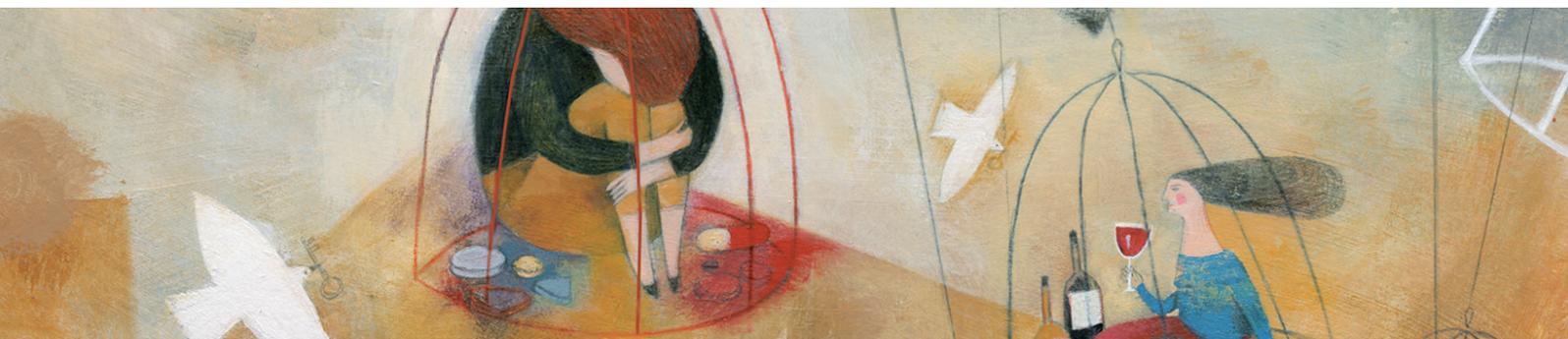
buoni per curare qualsiasi malanno. Molti altri *self-made men* si ingegnavano autonomamente per creare intrugli non coperti da brevetto, che potessero vendere senza incorrere in problemi legali.

Se possiamo definire “inconsapevole” l’assunzione di droga da parte degli uomini di frontiera che si curavano con i medicamenti portentosi, è possibile classificare in almeno tre categorie i “drogati” consapevoli. La prima è quella dei “mangiatori di oppio”, appartenenti alla borghesia colta che lo assumevano macerato in alcol sotto forma di laudano. La seconda, quella dei “fumatori d’oppio” era composta prevalentemente da lavoratori cinesi impiegati nell’ampliamento della ferrovia e nelle miniere d’oro e di argento. Solo gli emarginati e i reietti si recavano nelle fumerie d’oppio, gli stessi che imbrogliavano al gioco e le stesse che si prostituivano nei bassifondi delle città e negli avamposti minerari. La terza categoria era costituita dagli “sniffatori d’eroina”, sostanza diffusa fin dal 1898, anno in cui la Bayer la lanciò sul mercato come rimedio per la tosse. L’eroina si diffuse sull’onda delle epidemie di polmonite e tubercolosi, fino a prender piede tra i giovani, in questo caso della East Coast statunitense, che iniziarono a usarla a scopo ricreativo.

Nei bassifondi metropolitani dell’East Coast, come nelle città minerarie del Far west, gli utilizzatori abituali di sostanze si sovrapponevano in modo pressoché totale con la popolazione di giocatori d’azzardo, bari, prostitute, piccoli criminali e disoccupati cronici; stili di vita ben diversi da quello dei mangiatori di oppio.

La situazione contestuale dell’epoca venne pedissequamente fotografata nel 1914 dall’Harrison Narcotic Tax Act (volgarmente conosciuto come Harrison Act), documento che ha sancito un passaggio cruciale, dichiarando illegale la vendita e l’uso di droghe non medicalmente prescritte in tutto il territorio americano. Alla base di questa legge federale giaceva l’idea che l’uso di cocaina ed eroina fosse un comportamento tipicamente criminale, ipotesi che contraddiceva l’opinione dei medici ormai largamente persuasa che la dipendenza dei loro pazienti fosse una malattia.

Lo studio della droga e del suo consumo si può inserire nel più ampio dibattito sulle devianze sociali iniziato dal grande sociologo americano Robert Park. Secondo questa tradizione la prima etnografia moderna della droga è il lavoro di Bingham Dai tra i dipendenti da oppio di Chicago (1937). *Opium Addiction in Chicago* delinea l’emer-



gere di due gruppi distinti: coloro che sono divenuti dipendenti da morfina a seguito di trattamenti medici e quelli che hanno sviluppato la loro dipendenza nelle strade. Dobbiamo andare avanti veloce nel tempo per intravedere un cambiamento radicale nel panorama americano, e successivamente quello mondiale, con la comparsa di una nuova malattia, l'AIDS, che, all'inizio degli anni ottanta, veniva definita dai media in modi diversi: *Gay Related Immune Deficiency (GRID)*, *Gay Cancer* e *Gay Plague*. Le interviste condotte tra i soggetti colpiti dal collasso del sistema immunitario rivelarono però una serie di comportamenti che allargavano la portata della diffusione della malattia al di fuori dell'ambito strettamente sessuale. L'assunzione di droga per via intravenosa venne identificato come uno dei comuni denominatori del contagio, nell'agosto del 1982 il *New York Times* parlò per la prima volta di *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*.

In quegli anni un'altra grave epidemia ha colpito le fasce economiche e sociali più deboli delle città americane: il crack. Il crack si fa strada nel mercato della droga negli anni ottanta, quando la fortuna della cocaina sembrava volgere al termine, causando la crisi di un mercato fiorente. La soluzione alla crisi della coca fu l'immissione sul mercato di una nuova versione della sostanza, estremamente più forte ed economicamente alla portata di tutti. Il legame tra crack e diffusione dell'HIV non è stato immediatamente evidente non trattandosi di droga iniettiva. Grazie alla ricerca si sono potute notare le conseguenze sul comportamento di una sostanza che ha effetti brevissimi sul consumatore: la necessità di procurarsi dosi di crack con estrema frequenza si è tradotta in un picco di comportamenti sessuali a rischio. I contesti di uso di sostanze possono essere molteplici: uno di questi ambiti è sicuramente quello del loisir notturno. In questi ultimi 20 anni il mondo del divertimento e della notte è cambiato molto, intrecciandosi sempre di più con l'uso di sostanze, legali e illegali, a scopo ricreativo, socializzante e volto al nutrimento di una dimensione di piacere.

Il free party è un rito tribale comunitario vissuto assieme agli altri attraverso anche la comunicazione non verbale (una pacca sulla spalla, un occholino, il movimento del corpo). Rito di "trance", nell'accezione di Georges Lapassade, fatto di tre momenti: rottura, esperienza altra, ritorno, dove ci devono essere dispositivi, ad esempio la musica, il set, le sostanze a disposizione. Ovvero scegliere consapevolmente di fare questa esperienza.

(Grosso, L., Camoletto L., 2011)

Nel tempo il consumo di sostanze psicotrope è divenuto sempre più multiforme, in termini di molecole d'uso e modalità di assunzione, tanto quanto variegato è il mondo delle culture.

Quante ne sai?

È bene parlare di droghe e non di droga.

VERO

Parliamo di droghe riferendoci a tutte le sostanze, di origine naturale oppure sintetica, che producono effetti psicotropi modificando la trasmissione degli impulsi e delle informazioni fra le cellule nervose e alterando equilibri psicologici e i normali processi mentali, dalle emozioni ai ricordi, dall'apprendimento alla percezione, dalle capacità motorie alle abilità intellettive. Dobbiamo pensarle e parlarne al plurale, perché ognuna ha le sue proprietà, produce effetti di tipo diverso, ha differenti gradi di pericolosità, prevede modalità di assunzione specifiche, ha circuiti di reperibilità e di spaccio differenti.

Le norme sociali definiscono il concetto di abuso.

VERO

Il termine abuso indica l'uso eccessivo di farmaci, bevande o altre sostanze capaci di causare danni all'organismo. In senso lato il concetto di abuso rimanda all'utilizzo di una o più sostanze, secondo modalità che si discostano dalle norme mediche e sociali condivise.

La dipendenza patologica è un vizio.

FALSO

L'interpretazione più tradizionale della dipendenza è quella che la definisce come vizio. "Il vizio del bere" porta le persone all'alcol dipendenza, oppure, chi "si lascia prendere" dal vizio dell'alcol "è un degenerato in precedenza". L'irruzione sulla scena, nel 1987, del concetto di malattia qualifica la dipendenza come una patologia: le persone che si pensava assecondassero un vizio vengono viste come coloro che, a seguito di un'esperienza, strutturano una condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra l'organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione, restando di fatto in balia dei mutamenti fisici e psicologici che tale esperienza genera, e rendendo difficile l'attivazione di capacità di porre un fine all'utilizzo.

Si parla di dipendenza anche se si è assunto droga una volta sola.

FALSO

La dipendenza da droghe è uno stato di intossicazione periodica o cronica prodotta da ripetute assunzioni di una droga (naturale o sintetica). Le sue caratteristiche includono: i) desiderio persistente e tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza; ii) uso continuo della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente e ricorrente, fisico o psicologico, causato o esacerbato dalla sostanza; e iv) attività sociali, lavorative o ricreative ridotte a causa dell'uso della sostanza.

La maggior parte dei consumatori di sostanze psicoattive, sia legali che illegali, conosce gli effetti e i potenziali danni delle sostanze che utilizza.

FALSO

Non sempre la sostanza che si consuma è quella che si crede; i vari elementi di cui si compone o con cui è tagliata variano in relazione a una molteplicità di fattori, tutti scarsamente controllabili dal consumatore finale che usa un prodotto spesso privo di garanzie. Manca una pur minima tutela per chi consuma sostanze illegali, sia in termini di composizione che in termini di conoscenza e gestione dell'effetto. L'uso in successione di sostanze diverse nel corso della stessa serata o in un arco di tempo più lungo può determinare effetti non previsti, non desiderati, né prevedibili, diversi da soggetto a soggetto, in relazione a varie circostanze.

È solo una questione di forza di volontà.

FALSO

Quando siamo felici o proviamo piacere, il cervello rilascia un particolare neurotrasmettitore chiamato dopamina, la stessa che viene rilasciata quando si assumono droghe o si bevono alcolici. La persona con dipendenza da sostanze ottiene questa sensazione di piacere artificialmente e a un livello estremamente alto, dato l'elevata quantità di dopamina prodotta: il cervello inizia a ridurre la propria produzione naturale e il corpo si adatta gradualmente alla presenza di queste sostanze, così che, quando ci si astiene da consumare sostanze, il dolore, la malattia e l'infelicità prendono piede perché bassi risultano i livelli di dopamina nel cervello. Il nostro sistema biologico risulta, quindi, in larga parte coinvolto come fattore di rischio e di mantenimento della condizione di dipendenza.

Solo le sostanze creano dipendenza.

FALSO

Le dipendenze senza sostanza interessano relazioni e comportamenti disfunzionali e problematici, riferiti a oggetti, attività, stili di vita, consumi, stili di attaccamento e rapporto con la realtà. Questi quadri comportamentali e psichici vengono definiti dipendenze comportamentali: riguardano l'incapacità dell'individuo di moderare un particolare comportamento che di solito è considerato normale e non patologico. Diventano tali se si sviluppano caratteristiche compulsive che compromettono il funzionamento della vita personale. Oltre alla dipendenza da gioco d'azzardo patologico inserita nel Manuale diagnostico dei disturbi mentali vi sono in letteratura quadri di dipendenza legati allo shopping compulsivo (oniomania); attività sessuale (sex addiction); esercizio fisico e sport; relazioni affettive o love addiction; attività lavorative (workaholic); dispositivi elettronici e gaming.

Sostanze più diffuse

ALCOL

Il principio attivo dell'alcol è l'etanolo contenuto in una concentrazione diversa secondo gli alcolici. È rapidamente assorbito nello stomaco e nell'intestino e trasferito nel circolo sanguigno. L'organo adibito alla metabolizzazione della sostanza è il fegato. Gli effetti sull'organismo variano da soggetto a soggetto e dipendono da: sesso, peso, abitudini alimentari. L'alcol è una sostanza che produce modificazioni a livello affettivo, cognitivo e comportamentale. A basse dosi provoca euforia, sedazione, aumenta la disinibizione. Con l'assunzione continuativa, provoca dipendenza fisica e psichica e provoca in assenza di assunzione crisi di astinenza molto intense. Dosi maggiori possono provocare instabilità emotiva, agitazione, confusione, aggressività e disorientamento. La capacità di giudizio, così come la coordinazione motoria, sono fortemente limitate e alterate.

Alto rischio di sottovalutare situazioni pericolose per la propria e altrui incolumità, i tempi di risposta a segnali visivi acustici e spazio-temporali sono fortemente rallentati, motivo per il quale mettersi alla guida in stato di ebbrezza è altamente pericoloso per sé e per gli altri. A livello psichico può indurre a un aumento dell'aggressività, una percezione irrealistica delle proprie capacità, depressione e tristezza. Occorre porre molta attenzione all'uso di alcool in associazione con altre tipologie di sostanze e/o farmaci che deprimono il sistema nervoso e si può correre il rischio di coma con successiva depressione respiratoria e morte.

CANNABIS

La cannabis è una pianta appartenente alla famiglia delle Cannabacee, con la specie più nota denominata *Cannabis sativa*. Le sue parti più utilizzate sono i fiori e le foglie, che contengono una varietà di composti chimici noti come cannabinoidi. Tra questi, il tetraidrocannabinolo (THC) è il principale responsabile degli effetti psicoattivi associati alla cannabis. Dal punto di vista psicoattivo, il THC agisce sul sistema nervoso centrale interagendo con i recettori cannabinoidi presenti nel cervello. Ciò porta a un'alterazione delle funzioni cognitive, influenzando la percezione sensoriale, l'umore, e la memoria. Gli effetti della cannabis possono variare da persona a persona e includono una sensazione di rilassamento, euforia, alterazioni del tempo e dello spazio, e aumento dell'appetito. La dipendenza dalla cannabis può svilupparsi sia dal punto di vista fisico che psicologico.

A livello comportamentale, gli individui possono sviluppare una forte dipendenza associata a rituali di consumo, mentre a livello fisiologico il corpo può adattarsi alla presenza regolare di THC, generando una tolleranza che richiede quantità sempre maggiori per ottenere gli stessi effetti. Nonostante la percezione popolare che la

cannabis sia meno dannosa rispetto ad altre sostanze, l'uso eccessivo e continuato può avere impatti negativi sulla salute mentale, con potenziali conseguenze come diminuzione della motivazione, problemi di memoria a breve termine e rischio di sviluppare o aggravare disturbi psichiatrici preesistenti.

COCAINA

La cocaina è un estratto delle foglie di coca che si coltiva prevalentemente nell'America del sud. Si presenta generalmente in polvere bianca e inodore, in scaglie e in cristalli (crack).

Viene assunta per via nasale, fumata oppure sciolta e iniettata per via endovenosa. Dopo un primo effetto euforizzante, in cui ci si sente spigliati, allegri, l'eloquio e il movimento sono accelerati si passa a una fase maggiormente depressiva nella quale ci si sente stanchi, privi di energie nella quale il desiderio e la necessità di assumere nuovamente la sostanza è molto presente e invalidante. L'uso può passare da saltuario a giornaliero, vi è un alto rischio di dipendenza fisica e psichica.

Aumento della tensione dell'ansia e dell'aggressività e una conseguente diminuzione delle capacità critiche con un forte impatto sul sistema umorale e psicologico della persona che ne fa uso: cambiamenti d'umore frequenti e repentini, depressione, insonnia, irritabilità, dimagrimento, sul lungo termine disturbi dell'attenzione e della memoria, alterazioni sessuali, allucinazioni, paranoia e diminuzione della capacità biologica di funzionamento del sistema respiratorio e cardiovascolare.

CRACK

È una forma di cocaina in cristalli fumabile ottenuta tramite il riscaldamento di cocaina cloridrato insieme a bicarbonato o ammoniaca. Si presenta in blocchi o cristalli di colore che varia dal giallo al rosa pallido o bianco. Viene chiamato così perché, quando riscaldato, produce un suono scoppiettante. È la forma più potente di cocaina ed è anche la più rischiosa, può infatti sviluppare facilmente dipendenza.

Gli effetti sono quelli dati dalla cocaina ma più intensi e più veloci. Si attraversa una fase breve ma intensa in cui ci si sente euforici, allegri, spigliati, forti, alla quale seguono immediatamente una profonda apatia, depressione, nervosismo e un forte desiderio di ripetere immediatamente l'assunzione per evitare il sopraggiungimento degli effetti avversi.

Il rischio di overdose è molto alto e può portare alla morte per aritmie cardiache, infarti o ictus, l'uso continuativo può portare oltre che a dipendenza psichica e fisica a lesioni acute delle vie respiratorie, rischio di infarto, denutrizione e aumento del rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili.

ECSTASY

Identificata con la sigla MDMA, è una combinazione di una droga allucinogena e di un'anfetamina. È commercializzata sotto forma di pillole, pasticche, capsule, polvere, cristalli, con i nomi più svariati. Viene sniffata o ingerita.

Gli effetti dal punto di vista fisico sono aumento del battito cardiaco e della pressione, dilatazione delle pupille, bruxismo e aumento della temperatura corporea; gli effetti psichici vanno da sensazione emozionale intensa, estroversione, sensazione di avere maggiore energia. Quando l'effetto svanisce ci si può sentire depressi, irritati, ansiosi. L'uso nel tempo può provocare insorgenza di sintomi psichici, paranoia, ansia, agitazione.

LSD

L'LSD è un potente allucinogeno ricavato da un fungo parassita, sintetizzato nel 1938. L'LSD, noto in gergo come acido, trip o cartone, è prodotto sotto forma di cristalli; spesso è venduto sotto forma di micropunte, cubetti di gelatina, gocce o francobolli sui quali è stata colata vaporizzata la sostanza.

Viene assunto per via orale. Gli effetti psichedelici ed allucinogeni compaiono tra i 20 minuti e le 2 ore seguenti all'assunzione e la durata media di un trip è di 7-10 ore. Gli effetti possono variare da una persona all'altra e dipendono da una grande varietà di fattori quali: l'età, il genere, il soggettivo stato psico-fisico, il dosaggio, l'ambiente in cui si trova il soggetto. L'esperienza da LSD è descritta come un "trip" (viaggio) perché provoca intense modificazioni sensoriali: le percezioni uditive, visive, tattili si mescolano; i suoni prendono colore, gli oggetti respirano, compaiono motivi a mosaico. Inizialmente si possono manifestare effetti quali: nausea, brividi, pupille dilatate. Nella fase acuta si può entrare in uno stato di perdita del contatto con la realtà che può legarsi a emotività di ansia e panico.

OPPIO E I SUOI DERIVATI

L'eroina è insieme all'oppio e alla morfina, il prodotto di successive raffinazioni di estratti del papavero. Si presenta come una polvere bianca o marrone spesso granulosa e di sapore amaro. È assunta inalandola per via nasale, iniettandola in vena o fumandola. L'eroina reperibile sul mercato non è mai allo stato puro ma associata, "tagliata", con numerose altre sostanze (alcune stupefacenti altre no). Gli effetti si distinguono in acuti e cronici e differiscono a seconda che si parli di soggetti che ne fanno un uso sporadico o continuativo.

Gli effetti acuti constano di: blocco della sensazione di dolore (analgesia), euforia, sedazione, riduzione complessiva della funzione respiratoria, rallentamento

psico-motorio e riduzione del coordinamento muscolare. Dopo un primo intenso momento di piacere, il cosiddetto flash, segue uno stato di appagamento, di rallentamento del pensiero, dei gesti e comportamenti sino alla sonnolenza. Con l'assunzione continuativa (talvolta bastano due settimane), l'eroina provoca uno stato di dipendenza fisica e psichica che richiede un aumento del dosaggio per ottenere l'effetto desiderato e provoca in assenza di assunzione crisi di astinenza.

L'uso continuativo provoca un abbassamento delle difese immunitarie con rischi sempre maggiori di contrarre malattie, nelle donne diminuisce l'ovulazione e provoca un alto rischio di aborto spontaneo e danni fetali in gravidanza.

TABACCO

Il tabacco è una pianta della famiglia delle Solanacee, nota scientificamente come *Nicotiana tabacum*. Coltivata principalmente per le sue foglie, il tabacco contiene la sostanza psicoattiva nicotina. Quando il tabacco viene consumato attraverso il fumo, la masticazione o altri metodi, la nicotina entra nel sistema circolatorio e agisce sul sistema nervoso centrale.

La nicotina è responsabile degli effetti psicoattivi del tabacco, generando una sensazione di rilassamento e stimolazione. Tuttavia, la dipendenza fisica e comportamentale associata al tabacco è uno degli aspetti più distintivi del suo utilizzo. La nicotina crea dipendenza a livello fisico, portando a una necessità regolare di assumerla per evitare sintomi di astinenza, come irritabilità, ansia e difficoltà di concentrazione. A livello comportamentale, il tabacco spesso diventa parte di rituali quotidiani, contribuendo alla dipendenza psicologica.

Il fumo di tabacco è associato a gravi problemi polmonari, malattie cardiovascolari e il rischio di sviluppare vari tipi di cancro. Inoltre, il tabacco può avere impatti negativi sulla salute orale, contribuire a disturbi respiratori e aumentare il rischio di complicazioni durante la gravidanza.

Persone oltre le sostanze

Nell'affrontare, come Gruppo Abele, il problema delle dipendenze, cerchiamo, da sempre, di mettere al centro del nostro riflettere e del nostro fare la persona e non la sostanza. Abbiamo ben chiari la forza della chimica e il suo potere di condizionamento delle scelte umane; e tuttavia continuiamo a ritenere che le persone che assumono sostanze non obbediscano unicamente alla sollecitazione e all'inseguimento del piacere, ma usino con costanza le "droghe", illegali e legali, perché in esse trovano rifugio. Un rimedio a difficoltà delle quali spesso non sono neppure del tutto consapevoli, un benessere che va oltre la semplice e dirompente soddisfazione del momento.

(Coletti, M., & Grosso, L., 2022).

Al di là degli allarmi estemporanei e dei trend sbandierati, le ricerche ci riportano una certa presenza delle sostanze nelle esperienze dei **giovani**. La domanda da porsi in una relazione con un giovane che fa uso di sostanze è "Perché usa questa sostanza in questo momento?", la quale implica che si consideri l'intenzionalità dell'uso e si differenzino i vari profili d'uso. Spesso, tuttavia, i ragazzi non hanno chiare le ragioni dell'uso, si limitano a comunicare motivazioni di ampio respiro come "mi fa stare bene", "così non penso", "per divertirmi", etc. ed è in questo frangente che è opportuno che la curiosità venga utilizzata per favorire un'attenzione relazionale che abbatta il pregiudizio e umanizza la persona.

Spesso è un uso sporadico e limitato a certi contesti, finalizzato magari a modalità di **socializzazione** e **divertimento**. Altre volte si intensifica nel tempo e giunge a condotte di abuso, problematiche per la loro potenzialità di rischio. In alcuni casi – per fortuna statisticamente ridotti ma comunque meritevoli di attenzione – si arriva prematuramente a situazioni di aperta dipendenza, in un circuito ritorsivo che somma sofferenza ed emarginazione. Può essere interessante, per gli adulti che quotidianamente incontrano i ragazzi in strada, a scuola, nei contesti educativi e terapeutici, nei luoghi di socialità e del divertimento non fissarsi sul dito, che simbolicamente la condotta di uso di sostanze rappresenta, ma guardare alla luna che viene indicata, a quel mondo di significati e di temi esistenziali che spesso sono sollecitati in età giovanile e che possono rappresentare l'innescò e il carburante stesso di comportamenti a rischio.

C'è il tema del **piacere**, un movente potente che può portare i ragazzi a ritrovare nella sostanza quella dimensione di piacevole sospensione, di rilassatezza, di "rifugio della mente", quando non apertamente il flash improvviso e memorabile.

Le storie dei ragazzi che i servizi per le dipendenze patologiche incontrano sono altresì intrise di **dolore** e allora la sostanza può innestarsi nella sua funzione anestetica, di protezione - transitoria e incerta - da un mal di vivere diffuso, da una difficile

convivenza con gli aspetti di fatica e di sofferenza che talvolta si portano dentro.

Una fase di naturale costruzione identitaria come quella giovanile prevede un'inevitabile quota di **fragilità** e di **insicurezza**: in questi termini la sostanza può rappresentare una difesa da questo vissuto, una stampella identitaria e un'iniezione dopante di sicurezza per potersi reggere nel confronto con sé e con il mondo. In questa direzione troviamo anche il tema centrale dell'**esperienza corporea**, di un rapporto talvolta conflittuale con il sentirsi e il sentire il mondo attraverso il proprio corpo: nella regolazione tra eccitazione e rilassamento che l'esperienza di uso porta con sé si può rintracciare un tentativo di recuperare una dimensione fisica tormentata.

L'essere umano è primariamente relazionale – ne abbiamo avuto dolorosa conferma negli anni di forzato isolamento – e i giovani sono i primi testimoni di questo fondamentale bisogno. Il contatto con l'altro è desiderato e temuto, al contempo ricercato e fonte d'ansia, la sostanza può fungere da lubrificante relazionale, amplificando nei suoi effetti una dimensione fusionale ed empatica che scioglie le inibizioni e facilita l'avvicinamento. Nel mondo giovanile si può vedere come spesso l'uso sia **uso gruppale**: elemento di legame e rito di appartenenza ad una dimensione collettiva giudicata importantissima dai suoi partecipanti. Il gruppo può essere al contempo esperienza nutriente e contagio al rischio, luogo di esperienze attivanti, potenti, ma anche spesso potenzialmente pericolose.

La fondazione Gruppo Abele da più di 50 anni accompagna storie di fragilità e di fatica, e ha seguito l'evoluzione del fenomeno delle dipendenze nel tempo, rinnovando progressivamente chiavi di lettura e i suoi dispositivi di intervento in una costante integrazione **tra il sanitario e il sociale, tra il terapeutico e l'educativo**.

Nell'incontro con le storie di vita nelle quali entra la sostanza, lo strumento cardine è la **relazione** che si lega con una costante pratica di empowerment, un camminare insieme alla persona per ritrovare condizioni di protagonismo e (ri)scoprirsi soggetto agente e portatore di competenze.

Ci si riferisce a percorsi **CON** le persone con uno sguardo attento e curioso ai singoli percorsi di crescita facendo emergere non solo le fragilità e i bisogni, ma sostenendo la riscoperta di risorse e competenze essenziali per promuovere un maggiore benessere.

Bibliografia

- Ciotti, L. (2020).* Droga. Storie che ci riguardano.
Associazione Gruppo Abele Onlus-Edizioni Gruppo Abele.
- Coletti, M., & Grosso, L. (2022).* La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti.
Associazione Gruppo Abele Onlus-Edizioni Gruppo Abele.
- Dai, Bingham. 1937.* Opium Addiction in Chicago.
Montclair (NJ) Patterson Smith.
- Discokay, n, 2, a. 4.* Droga: femminile plurale.
Edizioni Gruppo Abele, 1985; Famiglia Cristiana, 17 aprile 1983.
- Feldman, H. W., & Aldrich, M. R. (1990).* The role of ethnography in substance abuse research and public policy: Historical precedent and future prospects.
The Collection and Interpretation of Data From Hidden Populations. National Institute on Drug Abuse Research Monograph, 98, 12-30.
- Glasscote, R. M., et al. (1972).* The treatment of Drug Abuse: Programs, Problems, Prospects,
Joint Information Service of the American Psychiatric Association and the National Association for Mental Health, Washington (Dc9), 1972.
- Grosso, L., Camoletto, L., 2011.* Oltre i confini dei raves.
Associazione Gruppo Abele Onlus-Edizioni Gruppo Abele.
- Leonzio, U. (1969).* Il volo magico. Storia generale delle droghe
Torino.
- Melberg, H. O., Jones, A. M., & Bretteville-Jensen, A. L. (2010).* Is cannabis a gateway to hard drugs?
Empirical Economics, 38, 583-603.
- Rascazzo, F., Grosso, L. (2014).* Atlante delle dipendenze.
(Ed.). Associazione Gruppo Abele Onlus-Edizioni Gruppo Abele.
- Zinberg, N. E. (2020).* Droga, set e setting.
Associazione Gruppo Abele Onlus-Edizioni Gruppo Abele.
- Zou, Z., Wang, H., d'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017).*
Definition of substance and non-substance addiction.
Substance and non-substance addiction, 21-41.