

## Psicoterapia della riduzione del danno: un approccio alternativo al trattamento della dipendenza da sostanze

*Harm reduction psychotherapy:  
An alternative approach to treat drug addiction*

**Alessia Cacciamani**

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze*

**Riassunto.** “Incontrare l’altro nel punto in cui si trova” è il presupposto che guida la psicoterapia della riduzione del danno, un approccio innovativo al trattamento della dipendenza da sostanze che non considera l’astinenza né come prerequisito di ingresso al trattamento, né come obiettivo finale da raggiungere. L’approccio costruttivista intersoggettivo, con il suo focus sulla relazione terapeutica, la sua attenzione alla storia di vita dell’individuo, la sua ricerca dei significati soggettivi dietro alla mera etichetta e con il suo intento di comprendere la funzionalità del sintomo nel mantenimento dell’equilibrio individuale, si inserisce perfettamente nella cornice di questo approccio che consente di guardare oltre, rendendo giustizia alla complessità.

**Parole chiave:** dipendenza da sostanze, psicoterapia della riduzione del danno, approccio costruttivista intersoggettivo

**Abstract.** “Meeting the patient exactly where he is” is the premise of the Harm Reduction Psychotherapy (HRP), an original approach to treat drug addiction that does not see the abstinence as a prerequisite to start a treatment neither as the final goal. The intersubjective constructivist approach, which focuses on therapeutic relationship, individual life history, the research of subjective meaning over the mere label and aims at understanding the function of symptoms in maintaining individual balance, perfectly fits within the frame of this approach that allows to look beyond, bringing justice to the complexity.

**Keywords:** drug addiction, harm reduction psychotherapy, intersubjective constructivist approach

Mi piace iniziare questo articolo citando una frase riportata da Marlatt e Collins (2012), in uno dei libri che mi hanno aperto la mente sull'affascinante mondo della terapia della riduzione del danno. Questa frase, di fondamentale importanza per i professionisti che, per caso o per volontà, si occupano di persone con dipendenza da sostanze, era scritta su di un semplice foglio affisso alla porta della sala del personale di una struttura di trattamento delle dipendenze e recitava queste parole: “*our clients are very sick and often lie to us*”. Quello che di questa frase è da ricordare, oltre agli impliciti che porta con sé, è ciò che era stato successivamente aggiunto a mano da qualcuno “*and sometimes they tell the truth*” che, come uno schiaffo in faccia, ci riporta alla “realtà” costruttivista di andare oltre le etichette.

Gli impliciti della prima frase, alimentati dagli stereotipi e dalla facilità di giudizio legati alle droghe, possono rappresentare delle vere e proprie trappole e diventare una gabbia dove più che la persona diventa visibile solo la sua condizione. Il primo consiste nel dare per scontato che queste persone, poiché condividono la stessa condizione, siano uguali; un implicito che trae forza non solo dal modello della dipendenza come malattia (Leshner, 1997) ma anche da quello morale e che ci tengono inchiodati all'idea che la persona dipendente sia così malata da arrivare a mentire. Il secondo, legato al primo, ci fa riflettere sul concetto di fiducia nella relazione terapeutica. A differenza di quello che accade in qualsiasi altra relazione di aiuto, dove il terapeuta si muove per conquistare la fiducia del paziente per permettergli di affidarsi e lavorare ad un obiettivo condiviso, quando si lavora con persone dipendenti da sostanze talvolta avviene il contrario: è il paziente a dover dimostrare di meritare la fiducia del terapeuta e di avere abbastanza motivazione da riuscire a rispettare “l'impegno preso”.

Il problema però è che nel lavoro con questi pazienti l'obiettivo condiviso viene spesso a mancare. Infatti, è il raggiungimento dell'astinenza che nella maggior parte dei casi guida il lavoro terapeutico, tanto in contesti pubblici quanto in quelli privati. Un obiettivo talvolta impossibile da raggiungere poiché più che essere sentito e desiderato è spesso imposto dall'esterno o auto-imposto in base a quello che viene considerato socialmente “giusto”. Questo approccio “*abstinence-only*”, oltre a rendere spesso frustrante il lavoro dei professionisti che gravitano attorno alle persone dipendenti da sostanze, manca nel considerare la volontà del singolo e la complessità che circonda la dipendenza; un fenomeno che non può accontentarsi delle semplificazioni di un approccio che si basa sui concetti di giusto e sbagliato e che alimenta uno stigma che ancora oggi fatica a dissolversi. Ed è con altrettanta complessità che ad esso bisogna approcciarsi non solo quando si va alla ricerca delle possibili cause alla sua base ma anche quando si ricercano le possibili strade di aiuto alla persona che voglia intraprendere un qualsiasi tipo di cambiamento. La psicoterapia della riduzione del danno, partendo dal presupposto che l'astinenza dalla sostanza non sia né il prerequisito d'ingresso in terapia né l'unico obiettivo possibile da raggiungere, ci viene in aiuto nella possibilità di guardare con complessità alla complessità e di agire in essa utilizzando un approccio che si adatti e incontri chi abbiamo di fronte esattamente nel punto in cui si trova.

## **L'esperienza d'uso delle sostanze**

### *Una riflessione sul concetto di droga*

Nonostante si fatichi ad accettarlo, l'uso di sostanze è un fenomeno diffuso in tutto il mondo, che fa parte e ha sempre fatto parte della vita quotidiana dell'uomo. Definire cosa sia una droga però non è un processo semplice, poiché si tratta di un termine che assume diversi

significati in base alla prospettiva da cui lo si guarda. Sono però i significati sociali che ad essa vengono attribuiti (Gossop, 2007) ad avere spesso la meglio nel processo di definizione e categorizzazione. Infatti, “*etichettare una sostanza come droga è un complesso processo di costruzione sociale*” (Faupel, 2009, p.9) che contribuisce a determinare quali droghe siano accettabili o meno. Molti, ad esempio, sono riluttanti anche solo a riconoscere che sostanze ampiamente diffuse e usate nella nostra società, come il caffè, il tabacco o l'alcol siano droghe. Infatti, intorno a questo termine ruota un'aura di negatività che causa una paura generalizzata e spesso irrazionale che porta quasi a dividerle in droghe “buone”, quindi accettabili e più sicure, e “cattive”, quindi da evitare. A queste percezioni contribuisce inoltre lo status di legalità o illegalità, definito tramite il criterio di pericolosità (Ravenna, 1997), che influenza un'ulteriore e confusiva suddivisione in cosiddette droghe “leggere”, come l'alcol, il tabacco o la cannabis, e “pesanti”, come l'eroina, la cocaina, l'LSD, le amfetamine. Questa suddivisione viene spesso usata non solo dall'opinione pubblica ma anche dalla letteratura scientifica, senza però avere alla base uno specifico razionale o un'evidenza della sua utilità, rischiando di influenzare negativamente non solo la percezione su alcune sostanze, ma anche di creare confusione nella pratica clinica (Janik, Kosticova, Pecenek, & Turcek; 2016). La fallacia di questa distinzione arbitraria e socialmente definita, a cui troppo spesso facciamo riferimento, viene dimostrata anche da uno studio che analizza la pericolosità di ogni sostanza usando come categorie di rischio la loro capacità di produrre danni fisici, danni sociali e dipendenza (Nutt et al, 2007). Dai risultati emerge che, mentre sostanze come l'eroina e la cocaina continuano a classificarsi nei posti più alti nella scala della pericolosità, sostanze come l'alcol, considerato una “droga leggera”, sono più pericolose di sostanze generalmente ritenute “pesanti” come l'LSD e l'ecstasy. Questi interessanti risultati dovrebbero far riflettere su come a livello politico, sociale e individuale vengano usate delle categorie con l'unico scopo di giustificare comportamenti diffusi e condannare quelli che sono poco conosciuti e che quindi a prescindere fanno paura.

### *L'importanza di drug, set e setting*

A prescindere da come vengano definite e classificate l'esperienza d'uso delle sostanze varia da persona a persona. Infatti, come emerse dai risultati delle ricerche di Zinberg (1984), l'esperienza d'uso, così come la progressione da un uso ricreativo e controllato ad un uso problematico, dipende non solo dalla droga in sé (*drug*) ma anche dallo stato mentale (*set*), dall'ambiente in cui avviene l'uso (*setting*) e dall'interazione di questi fattori.

Il primo fattore, *drug*, fa riferimento a tutti gli aspetti connessi alla sostanza in sé e alla sua composizione farmacologica. Rispetto a questo fattore è importante considerare: la *via di somministrazione*, che determinerà la velocità, l'intensità e la durata degli effetti; la *quantità* usata e la *potenza* della sostanza, che indica quanta ne è necessaria per sentire un effetto; la sua *purezza*; il grado di *tolleranza* che può creare; e infine l'*interazione* con altre sostanze che può produrre effetti amplificati o antagonisti, generando un rischio (Faupel, 2010).

Il *set* fa riferimento a tutti quegli aspetti legati alla persona, come le caratteristiche individuali, lo stato emotivo e mentale al momento dell'uso, le aspettative relative agli effetti, le motivazioni legate all'uso, il livello di salute fisica e mentale e infine le capacità di coping. Il *setting* invece riguarda il contesto in cui avviene l'uso in termini di luogo, presenza o meno di persone e tipologia di relazione con esse, legalità o meno della sostanza, cultura di appartenenza, clima politico e sociale verso l'uso di sostanze (Faupel, 2010; Denning & Little, 2011). Decidere di usare una sostanza in un determinato contesto, con determinate persone acquisisce un significato particolare per la persona, contribuendo a definire l'esperienza d'uso. Tutti questi fattori, nella loro interazione, possono rendere più o meno piacevole e unica l'esperienza e persone

che magari usano la stessa sostanza nella stessa quantità potrebbero avere esperienze completamente diverse. La marijuana, l'eroina e l'LSD sono tre droghe fortemente dipendenti dal set e dal setting. Ad esempio, l'esperienza con l'LSD dipende molto dalle aspettative e dal mood individuale e dall'adeguatezza e dal livello di sicurezza insito nel luogo in cui avviene (Denning & Little, 2011). Il contesto d'uso assume quindi una particolare rilevanza anche per lo sviluppo di rituali, di regole e sanzioni che permettono al consumatore di tenere sotto controllo il proprio uso (Zinberg, 1984), così come dimostrato anche recentemente da uno studio svolto in setting naturali che ha coinvolto consumatori di cocaina (Grund, Ronconi & Zuffa, 2014). I cosiddetti "controlli sociali" operano in diversi contesti e soprattutto si applicano a tutti i tipi di sostanza, compresa l'eroina (Harding & Zinberg, 1977).

Il setting in cui avviene l'uso può fornire inoltre delle indicazioni rispetto al significato assunto da esso a livello non solo individuale ma anche sociale e culturale (Durrant & Thakker, 2003). Infatti, se avviene in contesto medico, l'uso assume il significato di sollievo dalla sofferenza, mentre può rappresentare una forma di "self-medication" qualora non sia prescritto. In un contesto ricreativo o sociale invece è connesso alla ricerca di piacere, divertimento e in qualche caso all'appartenenza al gruppo, demarcando il proprio status sociale. Il contesto va quindi a interfacciarsi e a intrecciarsi con i bisogni individuali, aiutando la persona a soddisfarli.

Ad ogni modo considerare questi tre aspetti, che non agiscono come variabili indipendenti, nella loro interazione ci permette di comprendere l'unicità dell'esperienza individuale e dei significati individuali ad essa attribuiti ed è importante non trascurarli quando ci si interfaccia con qualsiasi tipo di consumatore.

## **Le chiavi di lettura dell'uso e della dipendenza da sostanze**

### *Perché usare sostanze?*

Come qualsiasi comportamento individuale anche l'uso di sostanze ha una sua funzione. Come spiega Ravenna (1997) esso viene percepito dai consumatori, aggiungerei più o meno consapevolmente, come un modo per rispondere ad una varietà di bisogni e desideri. Quindi per comprendere a fondo il perché una persona faccia uso di una o più sostanze, è necessario considerare la sua storia individuale e la sua relazione con il mondo sociale. Tra questi bisogni la stessa autrice sottolinea quello di aumentare o alterare il proprio stato di coscienza, come accade per i cosiddetti "psiconauti", di ricercare sensazioni forti, di sentirsi più disinibiti a livello sociale o stimolati in attività ricreative, usando ad esempio sostanze ricreative (ecstasy, marijuana, alcol) o ancora di sentirsi parte di un gruppo. Inoltre, le sostanze potrebbero servire a proteggere o migliorare l'immagine di sé e in adolescenza, in assenza di momenti di passaggio formali, potrebbero rispondere al forte bisogno di emancipazione dal mondo adulto. In questo caso però, senza una guida o la possibilità di elaborare queste esperienze, è possibile che un adolescente ne sperimenti solo gli effetti negativi.

Infine, usare sostanze permette di ridurre stati di disagio e sofferenza, regolando le emozioni ad essi associate. Questo può avvenire in relazione a situazioni quotidiane percepite come stressanti, permettendo di distaccarsene, ma anche in momenti di vita che rappresentano un passaggio o che hanno un forte impatto (disoccupazione, lutti, conflitti familiari, malattie), nei quali i propri sforzi vengono percepiti come inutili, facendo sperimentare un senso di inefficacia, alienazione e impotenza (Newcomb & Bentler, 1986).

### *Automedicazione, trauma e uso di sostanze*

In quest'ultima cornice si inseriscono diverse teorie che tentano di dare una spiegazione all'uso di sostanze, considerandolo nella sua funzione adattiva. Un esempio ne è la "Self-medication Hypothesis" (Khantzian, 1985), nata dall'osservazione clinica che le persone usassero alcuni tipi di sostanze per gestire o lenire alcuni stati emotivi (es: stimolanti per fronteggiare la depressione o l'eroina per placare la rabbia). Quindi secondo questa teoria le persone userebbero sostanze in modo adattivo, per affrontare difficoltà e sofferenze interiori che non sono in grado di affrontare diversamente. Questa ipotesi, come sostiene Tatarsky (2002) ha permesso di superare l'idea che ai consumatori di sostanze, in particolare quelli problematici, non importi nulla di sé stessi poiché, anche se in un modo che non sempre funziona, è proprio attraverso la sostanza che provano a prendersi cura di sé. Questo spiegherebbe anche come mai l'uso continui nonostante le molteplici difficoltà che può comportare. Infatti, la sostanza procurerebbe sollievo nonostante il dolore che provoca.

Anche Dusty Miller (2007) riporta come in molti casi l'uso di sostanze sia una forma di automedicazione. Nella sua visione usare e abusare di sostanze è una delle tante sfaccettature dell'autolesionismo che si manifesta in quella che chiama "Sindrome da rimessa in atto del trauma" (Trs), tipica di donne che hanno subito traumi nell'infanzia, a partire da forme di estrema trascuratezza da parte dei genitori fino ad arrivare all'abuso sessuale. In questo quadro, l'uso di sostanze, così come l'abuso di farmaci, l'uso eccessivo della chirurgia estetica, comportamenti autolesionisti veri e propri, abbuffarsi o al contrario fare diete estreme, rappresenta un modo per farsi male con lo scopo di rimettere in atto, sia fisicamente che psicologicamente, il proprio trauma infantile. Come spiega Miller "*Bere e drogarsi sono entrambi modi per chiudere fuori dolore, rabbia e paura e corrispondono alle tecniche dissociative con cui chi è vittima di un trauma nasconde dolore, paura e rabbia sperimentati durante l'abuso*" (*ibidem*, p.63). Quindi se da bambina la vittima di trauma cercava di distaccarsi dalla realtà per sopravvivere, da adulta cerca altri modi per ritornare alla sensazione di oblio di cui ha ancora bisogno. E l'uso di droghe secondo l'autrice assolverebbe proprio a questa funzione poiché esse, se da una parte provocano eccitamento, dall'altra parte intorpidiscono, permettendo di allontanarsi da sé.

Come riportano Denning e Little (2011), l'abuso sessuale e psicologico, così come la trascuratezza hanno un forte impatto sulla prevalenza di comportamenti di abuso in età adulta, aumentando moltissimo il rischio di PTSD e di dipendenza. Prendendo alcuni studi come riferimento (e.g. Jhonston et al., 2007) riportano come il 66% degli uomini in trattamento per abuso di sostanze avesse una storia di abuso e/o trascuratezza e il 56% di abuso sessuale, mentre il 40% delle donne in trattamento avesse una storia di abuso e/o trascuratezza e tra il 75 e il 90% di abuso sessuale. Però, se da una parte l'uso di droghe funziona al mantenimento dell'equilibrio omeostatico individuale, impedisce allo stesso tempo una completa metabolizzazione del trauma e potrebbe provocare la rimessa in atto di ulteriori traumi (Goetz, 2001), oltre che creare le condizioni per ulteriori vittimizzazioni (Denning & Little, 2011).

### **Dall'uso alla dipendenza: modelli a confronto**

Mentre alcuni individui usano sostanze in modo controllato altri invece arrivano a sviluppare un uso problematico fino ad arrivare ad una vera e propria dipendenza. Quando è che

questo avviene? E soprattutto come mai alcuni individui sviluppano una dipendenza mentre altri no?

Innanzitutto, è necessario ricordare che il comportamento d'uso di sostanze si muove lungo un continuum che parte dall'uso sperimentale, passando da quello ricreativo, dall'uso abituale per arrivare all'abuso e alla dipendenza (Denning & Little, 2011). Mentre le prime tre forme d'uso non sono patologiche invece nell'abuso la persona continua ad usare la sostanza nonostante le conseguenze negative, e nella dipendenza, l'abuso è accompagnato anche dal "craving" e dalla possibilità di "relapse". Queste autrici inoltre aggiungono in questo continuum la dipendenza fisica, dove appaiono anche tolleranza e astinenza, e la cosiddetta dipendenza persistente (Peele, 1991), dove è presente un'estrema difficoltà nel cambiamento del pattern d'uso, spesso caotico e accompagnato da problematiche psico-socio-economiche. Ad ogni modo, questo continuum non è caratterizzato da un'inevitabile progressione, né da una linearità. Anzi si tratta di una dinamica fluida in cui ogni individuo può muoversi tra i vari livelli di uso o rimanere nello stesso per sempre. Usare sostanze nella maggior parte dei casi non è patologico e la dipendenza è quindi solo uno dei possibili esiti. Questo, al contrario della credenza popolare, vale anche per quelle sostanze che si ritiene portino inevitabilmente alla dipendenza, come dimostrato per esempio per l'uso di oppiacei nello studio condotto sui veterani del Vietnam (Robins, 1993; Helzer, 2010).

Ad ogni modo la scienza non ha ancora individuato un singolo fattore che possa spiegare perché alcune persone, pur facendo uso di sostanze, non diventano dipendenti, mentre altre invece ne abusano e progrediscono verso la dipendenza (Shewes & Gonzalez, 2013). Alcuni modelli, come il Brain Disease Model of Addiction (Leshner, 1997; Volkow, Koob & McLellan, 2016) hanno tentato di individuare un'unica spiegazione alla dipendenza mentre altri, che prendono le basi dal Modello Biopsicosociale (Engel, 1977) hanno cercato di fornire una visione olistica a questo complesso fenomeno.

### *Modello BDMA vs Modello biopsicosociale*

Come afferma Becoña (2018), "negli ultimi anni abbiamo visto psichiatri e neuroscienziati tentare di trasformare la dipendenza in una malattia del cervello" (p.270). Infatti, a partire dalla fine degli anni '70 fino ad arrivare agli anni più recenti, si è sviluppato un filone di studi che ha promosso il cosiddetto "Brain disease model of addiction" (BDMA) che definisce la dipendenza come "lo stadio più grave e cronico del disturbo da uso di sostanze, dove si assiste ad una sostanziale perdita di controllo, come indicato dall'uso compulsivo nonostante i tentativi di smettere" (Volkow et al, 2016, p.364). Nella prospettiva di questi autori, così come concettualizzata per la prima volta da Leshner (1997), la dipendenza è una malattia cerebrale cronica e recidivante caratterizzata da una ricerca e un uso compulsivo della sostanza. L'uso cronico, coinvolgendo il sistema della ricompensa, comporterebbe alla lunga una modificazione nelle aree cerebrali coinvolte nelle funzioni esecutive, come il decision-making, il controllo e l'autoregolazione. In questo modello viene posto l'accento sulla cronicità del disturbo, dovuta al fatto che l'astinenza totale, che rappresenta comunque la via da percorrere, sia una condizione rara mentre la presenza di ricadute sia la condizione più usuale. La guarigione sembra quindi impossibile mentre l'aspettativa più realistica è rappresentata dalla possibilità di ottenere dei lunghi periodi di astinenza interrotti da momenti di ricaduta (Leshner, 1997). Secondo questi autori la dipendenza dovrebbe quindi essere approcciata come qualsiasi altro disturbo cronico e il trattamento dovrebbe quindi essere orientato alla sua gestione anziché alla sua cura (O'Brien and McLellan, 1996).

Fin dalla sua prima formulazione questo modello è stato considerato capace di ridurre lo stigma intorno alle persone tossicodipendenti, spesso rappresentate come deboli, cattive e incapaci di controllarsi (Leshner, 1997). Però, pur avendo fornito una visione più scientifica che le rappresenta come persone bisognose di cura, è stato ampiamente criticato per il suo riduzionismo (Hall, Carter & Forlini, 2015). Inoltre, mentre si adatta soprattutto alle persone che si trovano nelle condizioni più croniche e gravi, fallisce nel descrivere forme meno gravi di dipendenza, che sono le più diffuse (Hall et al., 2015). Infine, trascurando il ruolo del set e del setting, non permette di spiegare come mai una persona inizi ad usare una sostanza, perché scelga proprio quella, perché cambi il proprio pattern di consumo o smetta di usarla e come le persone riescano a smettere senza trattamento (*self-recovery*) (Bassi et al., 2018; Grund, 2017).

Senza negare il ruolo che la biologia ha nel complesso fenomeno della dipendenza, sarebbe però necessario considerarla come una parte del tutto anziché come l'aspetto predominante. Infatti, i critici di questo modello riconoscono che l'uso cronico possa incidere sui processi cognitivi e motivazionali, aspetto che spiega in parte la maggiore suscettibilità di alcune persone alla sostanza, ma ritengono che la dipendenza vada trattata come un complesso disturbo biologico, psicologico e sociale, usando diversi approcci clinici e di salute pubblica e integrando diverse prospettive (Hall et al., 2015). Il modello biopsicosociale, proposto per la prima volta da Engel (1977), ponendo l'accento sull'importanza del ruolo dei fattori biologici, psicologici e sociali nel funzionamento umano, rappresenta quindi un'alternativa al modello della malattia. Applicando questo modello alla dipendenza, è possibile quindi affermare che fattori genetici/biologici, psicologici e socio-culturali contribuiscono all'uso di sostanze (Becoña, 2002; Skewes & González, 2013).

A differenza del modello BDMA, che prevede che la dipendenza, in quanto malattia cerebrale cronica, progredisca se non trattata, il modello biopsicosociale riconosce la possibilità che avvenga quello che viene chiamato "*natural recovery*" o "*self-recovery*", una delle modalità più diffuse di "guarigione" (Skewes & González, 2013). Questo è stato dimostrato anche dallo studio sui veterani del Vietnam, il cui consumo riportato di eroina e la dipendenza al ritorno a casa risultavano simili a quelli precedenti alla partenza per il Vietnam, dove il consumo temporaneamente era aumentato (Helzer, 2010). Questo studio mette in luce il peso assunto dall'ambiente e dimostra che al cambiare delle condizioni ambientali cambia anche il consumo (Becoña, 2018).

Quindi, visto il ruolo che i fattori psicologici e sociali, oltre quelli biologici, svolgono nel sostenere l'uso e la dipendenza, dovrebbero essere presi in considerazione nella sua prevenzione e nel trattamento, utilizzando un approccio integrato che vada oltre il tentativo di ridurre e semplificare un fenomeno così complesso.

## **La psicoterapia della riduzione del danno: una "nuova" prospettiva**

### *Che cos'è la riduzione del danno?*

La psicoterapia della riduzione del danno trae origine dall'approccio della riduzione del danno che ha l'obiettivo di ridurre i rischi legati all'uso sia per i consumatori che per le loro famiglie e la comunità, senza necessariamente ridurre il consumo o proporre l'astinenza come unica alternativa. La sua storia inizia nel primo '900 in Inghilterra, dove venivano prescritte eroina e morfina alle persone dipendenti da oppioidi (Spear, 1994), ma solo negli anni '70

l'OMS ne raccomandò l'utilizzo "per prevenire o ridurre i danni associati all'utilizzo non medico di droghe capaci di creare dipendenza" (WHO, 1974), divenendo poi un approccio predominante in Europa in seguito alla diffusione dell'HIV tra le persone che si iniettavano eroina (Cook, Bridge & Stimson, 2010). Iniziarono quindi le prime esperienze di scambio di siringhe sterili (NSP-needle and syringe program), ma ci vollero circa due decenni perché fosse inserita nella "Drug Strategy" europea (Unione Europea, 2000). Dai primi esperimenti si è ampliata sempre di più sviluppando programmi di trattamento sostitutivo con metadone (OST-opioid substitution Treatment), di prevenzione di un uso più sicuro, di screening per le malattie infettive, di vaccinazione e trattamento dell'epatite C (Zuffa, 2011a), fino ad arrivare alle esperienze di peer education, alla creazione delle stanze del consumo (WHO, 2009) e infine ad esperienze di drug checking durante i festival di musica. Nonostante la sua applicazione dipenda dai singoli paesi e dal clima politico culturale verso le droghe, la riduzione del danno ha rappresentato fin da subito un approccio alternativo, che ha consentito di rivolgersi a coloro per cui gli approcci tradizionali orientati all'astinenza non funzionavano e di rendere il consumo più sicuro, diventando una base per lo sviluppo di politiche nazionali in molte parti d'Europa (Marlatt, 1998).

### *La psicoterapia della riduzione del danno*

La psicoterapia della riduzione del danno (HRP), sviluppatasi recentemente all'interno di questo movimento, è l'insieme di quegli interventi psicologici che cercano di ridurre il danno associato all'uso di sostanze senza porre come obiettivo iniziale l'astinenza (Tatarsky, 1998). Questo modello si pone come alternativa ai tradizionali modelli "abstinence-only" in cui l'astinenza non solo rappresenta l'obiettivo finale ma anche il prerequisito per entrare e rimanere in trattamento, come accade nel programma dei 12 passi degli Alcolisti Anonimi (AA). L'astinenza è un prerequisito poiché i consumatori attivi vengono considerati non in grado di impegnarsi in un trattamento a causa della compromissione della loro consapevolezza e capacità di giudizio, e la loro malattia viene considerata una condizione permanente e sempre attiva. Il comportamento d'uso diventa quindi il target principale dell'intervento. Questi approcci, oltre ad isolare il comportamento "problematico" dal resto della persona, falliscono nella misura in cui non riescono ad incontrare tutti i consumatori, un gruppo variegato di persone che si differenziano per caratteristiche di personalità, modalità d'uso e motivazioni al cambiamento (Tatarsky, 2002). Inoltre, avendo l'uso talvolta un valore adattivo ed essendo intriso di significati personali multipli più o meno consapevoli, la richiesta di astinenza per alcuni potrebbe essere una via impensabile, almeno non prima di aver esplorato questi significati e la funzione dell'uso. Infine, è importante considerare che non tutti i consumatori desiderano l'astinenza (Tatarsky, 2003), preferendo invece una moderazione nell'uso che permetta loro di ottenere un maggior controllo (Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal, & Toneatto, 1993; Rotgers, 1996).

### *Il modello HRP è una filosofia*

Come affermano Denning e Little (2011) la HRP, oltre ad essere un approccio psicoterapeutico, è una vera e propria filosofia in cui il terapeuta è guidato da un atteggiamento di accettazione verso il fatto che l'uso di sostanze fa parte della vita dell'uomo e dalla visione dei consumatori come persone che si stanno adattando come possono con le risorse a loro disposizione.

Questa filosofia si basa su alcuni principi che Tatarsky (2002; 2003) ha riassunto nei seguenti punti:



- *Incontrare il paziente come un individuo* con il proprio mondo interno, i propri bisogni, le proprie vulnerabilità e risorse, la propria biologia, il proprio background sociale, la propria storia e il proprio specifico pattern d'uso con i propri significati;
- *Iniziare dal punto in cui si trova il paziente*, incontrarlo esattamente dove è, accentuando qualsiasi sia l'obiettivo che si pone e il livello di motivazione al cambiamento. Anziché chiedere di raggiungere degli standard si dovrà andare incontro a ciò che il paziente vuole, così da favorire il suo coinvolgimento;
- *Partire dal presupposto che il paziente abbia delle risorse da supportare* e da cui partire per iniziare il processo di cambiamento;
- *Accettare piccoli cambiamenti incrementali come passi nella giusta direzione*, poiché per molte persone il cambiamento comporta piccoli step che potrebbero avere bisogno di tempo per essere integrati prima che si possa procedere. Quindi ogni piccolo passo verso la riduzione dei rischi associati all'uso è da valorizzare;
- *Non portare l'astinenza (o qualsiasi altra nozione) come una precondizione necessaria della terapia prima di conoscere davvero la persona*, poiché gli obiettivi emergono durante il processo terapeutico;
- *Sviluppare una relazione collaborativa che favorisca l'empowerment*, partendo dalla consapevolezza che il terapeuta non necessariamente sappia cosa sia meglio per il paziente e che quindi si debba procedere come un team;
- *L'importanza di de-stigmatizzare il consumatore*, per evitare che lo stigma interiorizzato favorisca nel terapeuta l'emergere di un controtransfert negativo che impedisce di vedere il paziente accuratamente e nel paziente di sentimenti e aspettative negative verso di sé che influenzano il percorso verso il cambiamento.

### *Il modello HRP e le sue matrici: il modello biopsicosociale e il modello dei significati multipli*

Il modello HRP ha come cornice il modello biopsicosociale. Infatti, Tatarsky & Kellog (2012) sostengono che l'uso problematico di sostanze sia il risultato di una complessa interazione, unica per ogni consumatore, tra vulnerabilità biologiche, sociali e psicologiche preesistenti e le conseguenze dell'uso a livello biologico, psicologico e sociale. Un'interazione che secondo gli autori spiega come mai alcuni aumentano frequenza ed intensità d'uso dopo un periodo di sperimentazione. Secondo questi autori le vulnerabilità e le conseguenze biopsicosociali sono i fattori che motivano all'uso e contribuiscono a creare una vera e propria relazione con la sostanza. Quindi, prima di agire sull'uso problematico è necessario lavorare su questi fattori poiché agendo su di essi potrebbe cambiare la motivazione all'uso e la relazione con la sostanza (Tatarsky & Kellog, 2012).

La relazione che si crea con la sostanza è un aspetto da non sottovalutare poiché intrisa di molteplici significati che talvolta si nascondono agli occhi del consumatore, rendendo necessario farli emergere per trovare nuove alternative per poterli esprimere ed agire. Questi significati inoltre hanno spesso una matrice relazionale. Infatti, Tatarsky (2002) sottolinea che molte persone con un uso problematico di sostanze hanno una storia di relazioni interpersonali difficili, fonte di dolore e sofferenza. La relazione additiva permette di investire la sostanza della "credenza magica" che essa possa curare e prendersi cura della persona più di quanto qualsiasi altra persona sia in grado di fare, rimpiazzando chi viene vissuto come imprevedibile e inaffidabile. Denning (2000) evidenzia inoltre che l'uso di sostanze possa rispecchiare i pattern di attaccamento precoci e che potrebbe rappresentare l'unica relazione significativa nella

vita del paziente. Spesso, maggiore è la gravità della dipendenza maggiore è la probabilità che ci siano state esperienze di attaccamento problematiche che necessitano di essere prese in considerazione.

### *Il modello HRP è un approccio integrato*

Il modello HRP, si propone di essere un modello integrato, combinando modelli e interventi provenienti da diversi approcci psicoterapeutici, in particolare da quello psicodinamico e da quello cognitivo-comportamentale.

Grazie alla matrice psicodinamica il lavoro terapeutico si orienta alla comprensione dei molteplici e profondi significati dietro all'uso che talvolta rimangono sotto la soglia della consapevolezza dell'individuo. Per farli emergere viene attribuita particolare importanza alla storia dell'individuo e alla relazione terapeutica che, grazie al transfert e al controtransfert, diventa strumento di lavoro. Questo approccio però, vista la presenza di una sostanza esterna che crea degli effetti psicofisici sull'individuo, talvolta da solo non basta. Infatti, quando l'uso viene percepito dall'individuo come fuori dal proprio controllo, creando sofferenza e conseguenze negative, indagare e comprendere i significati sottostanti può non essere sufficiente. Infatti, se ad esempio usare sostanze permette di placare l'ansia o la sofferenza, l'emergere di questi sentimenti può costituire un trigger che alimenta il desiderio e l'urgenza di ricorrere ad esse, soprattutto se l'individuo non è ancora in grado di gestire, tollerare, stare a contatto con questi sentimenti, da cui può sentirsi sopraffatto. In questo può quindi essere di aiuto l'utilizzo di teorie e interventi di matrice cognitivo-comportamentale (Tatarsky, 2002; 2012), come ad esempio il Modello transteorico del cambiamento di Prochaska e Diclemente (1992), l'intervista motivazionale di Miller & Rollnick (1991), la bilancia decisionale, gli skill training e gli interventi di psico-educazione sulle sostanze.

Quindi il modello HPR combina ad un approccio focalizzato sullo sviluppo di abilità e sull'autogestione, un approccio esplorativo che ha l'intento di "svelare" i significati multipli dell'uso. L'apprendimento di abilità per identificare il rischio e ridurlo e per far emergere i significati dell'uso avviene all'interno di uno spazio relazionale in cui il paziente si senta riconosciuto e connesso empaticamente con il terapeuta (Tatarsky, 2003).

## **Tra costruttivismo intersoggettivo e HRP**

### *I presupposti teorici*

Provando a tracciare una linea tra l'approccio costruttivista intersoggettivo e quello HPR è possibile affermare che diversi siano i principi che li uniscono. Infatti, in entrambi i casi viene presa in considerazione la funzione adattiva della sintomatologia che acquisisce un valore informativo. Il sintomo è il segnale che qualcosa non procede più come prima ed è funzionale al sistema individuale poiché rappresenta la modalità migliore, anche se portatrice di malessere, che la persona è riuscita a costruire per mantenere integro il senso del proprio equilibrio e della propria identità personale (Cionini, 2013). Il sintomo prima di essere eliminato va quindi compreso nella sua funzione, a partire dalla ricostruzione della storia di vita fino ad arrivare al presente. Vedere l'individuo nella ricorsività della sua esperienza rende possibile comprendere come mai l'uso di sostanze sia diventato ad un certo punto della vita la via più percorribile e come mai lo sia tuttora. È quindi nel continuo passaggio dal passato al presente e dal presente

al passato che è possibile evocare i molteplici significati, per parlare alla Tatarsky (2002), che l'uso ha rivestito e riveste ancora.

In entrambi gli approcci viene posta enfasi sulle esperienze di attaccamento, la cui analisi può fornire non solo delle informazioni rispetto a come si è costruito l'individuo in base ad esse ma anche su che tipo di relazione ha costruito con la sostanza e su quale stile adotterà nella relazione terapeutica. Proprio rispetto a quest'ultimo punto, in entrambi gli approcci la relazione terapeutica rappresenta un obiettivo da raggiungere per costruire l'alleanza e uno strumento di cambiamento. All'interno di questa relazione, che avviene nello spazio intersoggettivo, è possibile dare un senso ai fenomeni di transfert e controtransfert che di volta in volta possono emergere. Per creare l'alleanza terapeutica, Tatarsky & Kellog, (2012) ritengono che esplicitare fin da subito la tipologia di approccio, facendone presenti i presupposti, riduca la possibile aspettativa da parte del paziente di "essere obbligato a". Inoltre, rendere noto al paziente che è "normale" provare ambivalenza verso il cambiamento vista la possibile funzione positiva o adattiva dell'uso, può essere di aiuto nella creazione di questa alleanza poiché riduce le paure e il senso di vergogna provato per il fatto di "privarsi" di qualcosa. Infine, data la fragilità che spesso presentano questi pazienti, il terapeuta deve porre attenzione all'emergere di possibili stati ansiosi in relazione al cambiamento, creando uno spazio sicuro e quindi, citando Guidano (1988), deve porsi come un "*perturbatore strategicamente orientato*", calibrando costantemente la minaccia.

In entrambi i casi inoltre viene posto lo sguardo sulle esperienze traumatiche. Infatti, come precedentemente sottolineato, nelle storie di vita di persone che hanno problemi con l'uso di sostanze si riscontrano frequentemente esperienze di traumi relazionali o, per dirla alla Bromberg (2012), di *traumi relazionali precoci multipli*, a partire dal "*neglet*" fino ad arrivare all'abuso sessuale. Queste esperienze possono condurre a fenomeni dissociativi, che proteggono "*la persona dal rischio che quel dolore si ripresenti, stabilendo confini più sicuri fra gli stati del Sé che permettono un funzionamento adeguato nella vita quotidiana e quelli che hanno a che fare con le memorie implicite delle esperienze traumatiche*" (Cionini & Mantovani, 2016, p.42). Nel caso di persone che usano sostanze con funzione adattiva, gli stati del sé dissociati potrebbero sostenere il comportamento d'uso e, come sostiene Burton (2005), l'uso di sostanze potrebbe essere stato-dipendente; quindi legato ad uno o più stadi del sé, diversi e non presenti quando non emerge il comportamento d'uso.

Infine, l'approccio HRP fonda le sue basi all'interno della cornice biopsicosociale considerando quindi anche il ruolo di fattori biologici e sociali oltre che quelli psicologici nella dipendenza. L'approccio costruttivista non considera i fattori biologici e sociali come determinanti la dipendenza. Riprendendo però la teoria dell'autopoiesi di Maturana e Varela (1985), su cui esso fonda parte delle proprie radici epistemologiche, possiamo certamente affermare che in quanto sistemi viventi, caratterizzati quindi da una componente biologica e da una psichica che definiscono la nostra organizzazione e modellano le nostre strutture, siamo inseriti all'interno di un ambiente, quindi di un contesto sociale micro e macro, dal quale riceviamo perturbazioni sotto forma di eventi. Tuttavia, gli eventi non hanno il potere in sé di modificare il sistema: l'effetto che producono non dipende dalle loro caratteristiche ma dalle caratteristiche del sistema, ovvero dal modo in cui il sistema percepisce l'evento stesso in base alla sua organizzazione. Quindi dalla prospettiva del costruttivismo intersoggettivo, nell'uso di una sostanza e nella dipendenza hanno un ruolo il modo in cui gli aspetti sociali sono costruiti dalla persona e non le caratteristiche dei fattori sociali in sé.

Comunque, sia nell'HRP sia nel modello costruttivista intersoggettivo non viene posta attenzione all'individuazione dei fattori biologici né tantomeno alla loro interazione con i fattori

psicologici o sociali nello sviluppo della dipendenza. È nel processo terapeutico, come verrà approfondito nei successivi capitoli, che sarà importante considerare gli effetti biologici legati all'uso della sostanza, anche se si tratta di un aspetto che rimane sullo sfondo.

A partire da questi presupposti nel paragrafo successivo verrà descritta una proposta di integrazione nel processo terapeutico tra costruttivismo intersoggettivo e approccio HRP.

## **Il processo terapeutico: una proposta di integrazione**

### *Il primo colloquio e l'assessment*

Il primo incontro con un paziente con problemi di uso di sostanze è di fondamentale importanza per poter procedere verso la costruzione di quell'alleanza terapeutica necessaria al proseguimento di un percorso. Per poter fare spazio alla possibilità che il paziente, perfettamente conscio del giudizio sociale sul proprio comportamento, si fidi e si affidi, è necessario interiorizzare i principi della riduzione del danno, farli propri, ed esplicitarli.

Nel primo colloquio, oltre a fare un'attenta analisi della domanda e definire il contratto terapeutico, è necessario iniziare a farsi un'idea non solo della storia del comportamento d'uso ma anche dell'uso attuale, tenendo in considerazione le tre dimensioni proposte da Zinberg (1984) del *drug, set e setting*, aspetto che consente di cogliere i primi significati legati all'uso e di comprendere anche l'entità della problematica e il punto in cui si collega nel continuum dell'uso di sostanze. Inoltre, è necessario comprendere se per il paziente, in base ai suoi desideri/obiettivi e alle sue possibilità, è indicato iniziare un percorso di psicoterapia e iniziare a farsi un'idea di che altri interventi avvalersi: trattamento residenziale, ambulatoriale, necessità di una terapia sostitutiva, partecipazione a gruppi di self-help, accesso a servizi a bassa soglia.

Come nella terapia costruttivista intersoggettiva, anche in questo caso è utile dare avvio al processo terapeutico con la raccolta della storia di vita del paziente (Cionini 1999; 2006; 2013), dai primi ricordi della propria infanzia al presente. Questa permette infatti di costruirsi un'immagine globale della persona e dei suoi processi psicologici, oltre che dell'origine e della funzione dell'uso della sostanza durante il corso della vita. Quindi, oltre a raccogliere informazioni sulle esperienze di attaccamento, sarà importante concentrare la propria attenzione su quando e come è avvenuto il primo contatto con le sostanze e come è proseguito nella storia evolutiva dell'individuo, cogliendone il senso e la funzione nei vari momenti di vita.

In continuità con l'assessment sulla storia di vita, una volta arrivati al presente, sarà necessario dedicare spazio all'attuale pattern d'uso. Secondo Tatarsky (2022) questa fase di raccolta dati ha la funzione di aiutare il paziente ad iniziare a rendersi consapevole della relazione tra l'uso della sostanza e altre problematiche individuali o relazionali. L'assessment sull'uso deve raccogliere informazioni sul pattern d'uso e sull'impatto positivo e negativo sulla vita del paziente, cercando di comprendere via via i significati ad esso connessi e la funzione in relazione ad altri problemi di vita. Focalizzare quali siano le conseguenze negative permetterà in un secondo momento di creare su di esse obiettivi condivisi, mentre individuare i significati permetterà di iniziare ad individuare modalità alternative e meno dannose per assolvere alle stesse funzioni assolte dalla sostanza. Per condurre questo assessment è possibile utilizzare uno strumento elaborato da Denning e Little (2011), basandosi sulla teoria del Drug, set and setting di Zinberg (1984), ovvero il "*Multidisciplinary assessment profile*" (MAP), composto da tredici aree suddivise in tre sezioni: droga, set e setting.

Nella prima area le autrici suggeriscono indagare i seguenti aspetti:

## La psicoterapia della riduzione del danno nel trattamento della dipendenza da sostanze

- *Droga*: che tipo di sostanza viene usata e in che frequenza, quantità, modi e pattern d'uso.
- *Livello di abuso o dipendenza*: considerare il continuum di uso, abuso e dipendenza e il livello di controllo della persona sulla sostanza.
- *Farmaci prescritti*: attuali o passati, considerando anche la compliance al trattamento e come interagiscono con la droga.

Nell'area del set invece è necessario indagare:

- *Motivazioni e aspettative*: comprendere cosa la persona spera di ottenere con l'uso, il suo significato dell'uso, le conseguenze positive e negative dello stesso e come impatta sulla vita della persona.
- *Obiettivi fissati dal paziente*: tipo di trattamento desiderato e tipo di trattamento che rifiuta. Gli obiettivi possono anche essere legati anche ad altri ambiti di vita.
- *Stadio del cambiamento* in cui il paziente si trova, facendo riferimento al Modello transteorico (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). In base allo stadio del cambiamento, sarà opportuno concentrarsi su obiettivi diversi<sup>1</sup>;
- *Auto-efficacia*: quanto la persona si ritiene capace di controllare il proprio comportamento o di fare cambiamenti, non necessariamente rispetto all'uso, prendendo anche spunto da esperienze precedenti.
- *Storia dei precedenti trattamenti*: valutare i precedenti tentativi di eliminazione o controllo sulla sostanza e come sono andati. Rispetto ai precedenti trattamenti se presenti, indagare il tipo di trattamento, durata, obiettivi, quali aspetti sono stati utili e quali no.
- *Diagnosi psichiatrica o problemi medici*: storia psicosociale, storia medica, diagnosi psichiatrica, osservazione, percezione del paziente di come l'uso influisca sui problemi medici, mentali o emotivi.
- *Griglia di sviluppo*: eventi chiave nella vita individuale e costruzione di sé, mettendoli in relazione con l'attuale dipendenza [punto sostituibile con la raccolta della storia di vita e successiva costruzione professionale].

Nell'area del setting infine vanno esplorati:

- *Setting di uso*: dove e con chi.

---

<sup>1</sup> Il modello Transteorico individua sei stadi di cambiamento e si basa sul presupposto che il cambiamento sia un processo fluido, che in ogni stadio l'individuo abbia esperienze di diversi stati motivazionali e che l'autoefficacia sia alla base del cambiamento e del suo mantenimento. Denning (2002) e Springer (2004) ritengono che in ognuno di questi stadi sia importante porsi obiettivi diversi. Infatti, nello stadio *precontemplativo*, dove ancora non c'è consapevolezza della problematica, si può lavorare per favorire l'alleanza e il processo di auto-riflessione rispetto al proprio uso, utilizzando interventi psicoeducativi sulle sostanze. Nello stadio di *contemplazione*, dove c'è consapevolezza del problema ma indecisione rispetto a cosa fare, si può esplorare l'ambivalenza. Nello stadio della *preparazione*, dove la decisione su cosa fare è stata presa, è possibile individuare gli obiettivi e pianificare l'azione. Quest'ultimo è lo stadio successivo dove il paziente va aiutato a fare i primi passi verso il cambiamento (es: moderazione uso, astinenza, uso di siringhe sterili, uso del metadone). Nello stadio di *mantenimento* invece la persona va aiutata a individuare un piano di prevenzione della ricaduta, focalizzandosi inoltre su altre possibili problematiche anche legate alla storia di vita. La *ricaduta*, che rappresenta lo stadio successivo, va vissuta come un'esperienza di apprendimento ed è importante sottolineare fin dall'inizio che fa parte del processo. Rispetto alla prevenzione della ricaduta, un riferimento importante è il lavoro di Marlatt (Bowen, Chawla & Marlatt, 2010) che ha sviluppato il protocollo "*Mindfulness based relapse prevention*". Infine, lo stadio di *terminazione* è quello in cui il cambiamento è stato raggiunto e si può proseguire con il lavoro sulle altre problematiche presenti nella vita del paziente.

- *Sistema di supporto*: comprendere su quale rete può contare la persona sia in termini di relazioni amicali o familiari, che di ambiente di vita e contesto culturale.
- *Preoccupazioni del terapeuta*: obiettivi che il terapeuta spera che il cliente esprima e rischi di cui il paziente non è consapevole.

Infine, nella fase iniziale e sempre in un'ottica di riduzione del danno, Tatarsky (2012) suggerisce di proporre anche una valutazione medica per comprendere l'impatto che l'uso della sostanza ha sull'individuo.

### *La costruzione professionale e gli obiettivi condivisi*

I dati, raccolti in una sintesi della storia di vita e in una sintesi sull'uso attuale della sostanza, permetteranno di giungere alla costruzione professionale. Quest'ultima, oltre a contenere le prime ipotesi esplicative sul modo di muoversi nel mondo del paziente e sull'origine della sua dipendenza e del suo sviluppo nel tempo, dovrà focalizzarsi sulle modalità più utili di porsi con quel paziente, in base ai processi (coinvolgenti, distanzianti, dissociativi) prevalentemente usati, e sui possibili obiettivi di cambiamento. Mentre questi ultimi rimangono parte del modo di procedere del terapeuta, sarà invece importante individuare e condividere con il paziente dei possibili obiettivi relativamente all'uso, esplicitando anche la possibilità di avvalersi di altri interventi (comunità, gruppi self-help, terapia sostitutiva, ecc.). L'obiettivo è quello di rendere il paziente parte integrante del suo processo di cambiamento e favorire la sua compliance.

Inoltre, tenendo sempre presente che l'obiettivo di fondo è di comprendere la funzionalità del sintomo e non di eliminarlo, nel caso dell'uso di sostanze è necessario anche concentrarsi sul rischio o i rischi che l'individuo può correre sia a livello di salute che a livello sociale. Quindi, soprattutto nei casi in cui l'uso sia diventato eccessivo o comprometta altri importanti bisogni, in un'ottica di riduzione del danno l'obiettivo iniziale consiste nel supportare l'individuo nel modificare i propri comportamenti al fine di renderli meno dannosi (Tatarsky & Kellog, 2012). Questo potrebbe consistere nell'apprendimento di pratiche d'uso più sicure, nell'uso di siringhe sterili, nell'usare in presenza di altre persone o essere a conoscenza del rischio di overdose e di come prevenirla. Poi è necessario comprendere come il paziente vorrebbe muoversi rispetto alle problematiche d'uso emerse nell'assessment; quindi, se voglia tornare ad avere controllo sull'uso di una particolare sostanza, se ne voglia ridurre i rischi o se voglia invece astenersene. In questo senso è importante definire obiettivi a breve e a lungo termine basandosi su quanto siano raggiungibili in termini di risorse personali, tempi e dipendenza, partendo dal presupposto che possano cambiare nel tempo (Denning & Little, 2011). Infatti, nel caso di sostanze che creano una forte dipendenza fisica è molto difficile raggiungere il controllo o moderare l'uso come primo passo a causa della tolleranza e dei sintomi di astinenza. Quindi è importante farlo presente al paziente e mostrare possibili alternative nel lungo termine che non necessariamente siano di totale astinenza. Questo potrebbe aiutare il paziente a considerare la possibilità di sperimentare un'astinenza nel breve termine. Invece, quando non c'è una componente fisica, si può proporre di sperimentare i cosiddetti "*drug free days*"

per ridurre i problemi maggiori legati all'uso o utilizzare alternative all'astinenza<sup>2</sup>. Queste esperienze diventano uno strumento di lavoro che permette di riflettere sulle difficoltà incontrate, le sensazioni provate e i pensieri avuti, facendo sperimentare delle nuove modalità senza che questo significhi necessariamente arrivare ad un cambiamento radicale del proprio pattern d'uso. Qualora l'obiettivo desiderato e raggiungibile sia l'astinenza è importante esplicitare fin da subito che la ricaduta non viene considerato un fallimento ma può invece rappresentare una parte del percorso.

Tatarsky (2007) suggerisce anche di creare un "*piano ideale d'uso*" per chiarirne gli aspetti problematici, individuare nuovi obiettivi d'uso, produrre cambiamenti in altre aree di vita e sviluppare strategie per raggiungere questi obiettivi. Questo piano potrebbe anche essere solo ipotizzato con il paziente ma risulta utile a comprendere le sue aspettative e i suoi obiettivi. In alternativa ci si può avvalere del "*Substance use management*" (Bigg, 2001; Dennig & Little, 2011) che consiste nell'individuare un piano d'uso insieme al paziente in termini di tipo di sostanza, frequenza d'uso, quantità e via di somministrazione. Focalizzare questi aspetti permette anche di comprendere le motivazioni dietro all'uso di uno specifico tipo di droga e che tipo di stato emotivo si vuole raggiungere. Se si utilizza questo strumento è importante essere neutri ma anche realistici, dando dei feedback sulla sua fattibilità e rivedendolo in corso d'opera se necessario.

L'utilizzo di questi strumenti nella definizione degli obiettivi è da valutare in base alla tipologia di paziente, alla gravità della sua dipendenza e alle conseguenze della stessa sul suo funzionamento globale. Più grave è la dipendenza e le sue conseguenze, maggiore è la necessità di avvalersi anche di altri interventi, di definire in modo chiaro e condiviso gli obiettivi e utilizzare procedure più specifiche utili a raggiungerli. In un'ottica costruttivista non si agisce direttamente sul sintomo, partendo dal presupposto che questo svanirà quando non avrà più una funzione nel mantenimento dell'equilibrio. Questo, dati gli effetti fisici e psichici che comporta una sostanza sull'individuo, potrebbe non accadere nel caso della dipendenza nonostante si raggiunga il punto in cui l'uso non è più funzionale. Di conseguenza in alcuni momenti e in alcune situazioni sarà necessario muoversi tenendo in considerazione questo aspetto.

### *Il processo terapeutico*

Il processo terapeutico si muove quindi su due percorsi strettamente connessi tra di loro: quello più diretto alle sostanze e quello relativo alle altre problematiche del paziente, tenendo presenti i possibili obiettivi di cambiamento individuati dal terapeuta.

In relazione all'uso di sostanze, oltre ad utilizzare gli strumenti già presentati, come il SUM, ci si potrà avvalere di interventi pedagogici volti alla riduzione del danno, qualora se ne ravveda la necessità. Questi potranno riguardare gli effetti delle droghe, gli effetti del consumo di più sostanze contemporaneamente, i meccanismi neurobiologici che si attivano con l'uso e che sono coinvolti nel "*craving*". Il bagaglio di conoscenze del terapeuta dovrà quindi essere ricco di queste informazioni, così da poter fornire al paziente tutti gli strumenti conoscitivi necessari ad effettuare una scelta consapevole in termini di sostanze usate e di come usarle. Inoltre, potrebbe essere utile proporre al paziente di osservare, come se fosse una persona esterna, la propria modalità d'uso per renderlo più consapevole di come si sente e cosa pensa.

---

<sup>2</sup> Ne sono un esempio le "*warm turkey*": "*tapering down*", che consiste nel ridurre gradualmente l'uso fino a raggiungere l'astinenza; "*sobriety sampling*" che comporta un'astensione per un piccolo periodo; "*trial moderation*" che comporta un attento monitoraggio di una prova di moderazione (Miller & Page;1991).

Mentre si lavora su questi aspetti è importante anche lavorare sulle altre problematiche di vita del paziente poiché anche questo potrebbe comportare un cambiamento nell'uso di sostanze (Tatarsky, 2002). Il lavoro episodico sul presente, che coinvolga o meno l'uso della sostanza, può rappresentare un valido aiuto per comprendere come il paziente si muove nel mondo, aiutandolo allo stesso tempo a comprendersi, sviluppando consapevolezza ma anche entrando in contatto più profondo con le proprie sensazioni, i propri pensieri e le proprie modalità di agire. Quando gli episodi sono relativi alle occasioni d'uso è importante cercare di comprendere i significati multipli sottostanti, collegandoli al contesto di vita presente e passato dell'individuo.

Inoltre, le procedure dell'approccio costruttivista intersoggettivo, come quelle conversazionali (maieutica, fenomenologica, ermeneutica) e il lavoro sulle emozioni attraverso la focalizzazione sul corpo o tramite l'utilizzo di immagini e del sogno guidato, diventano un utile strumento durante tutto il processo, permettendo un continuo passaggio tra descrizione, comprensione e spiegazione e aiutando il paziente ad entrare in contatto con sé stesso nella propria esperienza (Cionini, 2013).

Nell'approccio HRP viene utilizzata anche l'Intervista Motivazionale (Miller & Rollnick, 1991) come strumento per facilitare e rafforzare la spinta al cambiamento, ma ritengo che la *validazione*, così come utilizzata in ottica costruttivista intersoggettiva<sup>3</sup>, possa rappresentare uno strumento alternativo. Infatti, può permettere al paziente di sentire validate le proprie sensazioni non solo in merito alle esperienze del passato, ma anche in merito alle esperienze che sta facendo all'interno del setting con il terapeuta e che inizia a trasferire anche nelle sue relazioni significative dell'oggi e quindi al suo modo di muoversi nel mondo.

Durante il corso della terapia è possibile trovarsi a lavorare con esperienze traumatiche, talvolta non sempre consapevoli e con la presenza di una doppia diagnosi. Quindi il lavoro deve essere un lavoro a 360°, dove la riduzione del danno rappresenta solo uno dei molteplici aspetti. Proprio in funzione di questa possibilità secondo Denning e Little (2011) è importante avere bene presente cosa non fare, ovvero rimuovere la presenza della sostanza prima di averne compreso la funzione, allontanare il paziente perché continua ad usare sostanze o pretendere che si racconti. Invece è necessario dare priorità alla creazione di una relazione sicura poiché, come sostiene Siegel (2010), solo la presenza di un "altro fidato" favorisce la possibilità di curare il trauma. Inoltre, in base alla presenza di processi dissociativi o di una struttura dissociativa (Cionini, 2018) sarà possibile lavorare sulle parti dissociate del sé. A partire dalle incoerenze presentate dal paziente, che possono emergere anche nell'ambivalenza provata verso l'uso di sostanze, il lavoro sulle parti può aiutare il paziente a rientrare in contatto con esse, a sperimentare il conflitto tra di esse e renderle presenti contemporaneamente alla sua vista, ognuna con la verità soggettiva della propria esperienza (Cionini & Mantovani, 2016). Esplorare il comportamento d'uso o la ricaduta, nei casi in cui l'obiettivo è l'astinenza, può permettere di "*entrare nei mondi dello Stato del sé che beve*" (Burton, 2005, p. 606) o usa altre sostanze,

---

<sup>3</sup> Nell'ottica della terapia costruttivista intersoggettiva qualsiasi cambiamento è prodotto e mantenuto dall'alternarsi dei processi opposti e complementari di *invalidazione* e *validazione*. L'invalidazione è quel processo che, in seguito ad un'esperienza invalidante le anticipazioni del sistema individuale, spinge quest'ultimo a rivedere alcune delle sue parti per potervi includere anche questa esperienza. Il sistema inizia quindi a muoversi verso un nuovo stato che può generare incertezza e un senso di precarietà. È in questa fase che il terapeuta deve avvalersi della validazione, un processo attraverso il quale questo movimento verso un nuovo equilibrio gradualmente si stabilizza in una nuova configurazione. Infatti, poter fare nella relazione terapeutica esperienze validanti rispetto a sé stesso, le proprie sensazioni del presente e del passato permette di vivere il movimento come più rassicurante, stabilizzandolo (Cionini, 2013).



ed entrare quindi a contatto con gli Stati del sé dissociati. La sofferenza che può derivare dallo sperimentare il conflitto può essere però così intollerabile da far sentire il desiderio di usare la sostanza per sopprimerlo e regolare l'intensità delle emozioni provate (Burton, 2005). Quindi, per evitare di perturbare eccessivamente il sistema, in base alla gravità della dipendenza e del trauma vissuto, questo lavoro è probabilmente affrontabile in un momento successivo della terapia.

Infine, la relazione terapeutica e lo spazio intersoggettivo che si crea nella dimensione del "Tra" e del "noi" (Buber, 2002), costituiscono la cornice all'interno della quale orientare tutti questi interventi e dove far vivere al paziente una possibile esperienza relazionale diversa.

### **Conclusioni**

In conclusione, il modello HRP può rappresentare un approccio "innovativo" per la sua capacità di aprire a nuove prospettive, non solo rispetto alla lettura della dipendenza ma anche rispetto alle modalità di lavoro su di essa. Il suo spirito di accettazione e accoglienza incondizionata verso queste persone, spesso vittime di pregiudizio anche da parte di chi si trova nella posizione di aiutarle, favorisce una reale presenza nel processo terapeutico e aumenta la possibilità che si sviluppi quel clima di fiducia necessario allo sviluppo dell'alleanza. Inoltre, grazie ai suoi principi, riesce a raggiungere anche chi solitamente non si avvicina alla terapia per paura di dover rinunciare a qualcosa che in alcuni casi è vitale, e per paura del giudizio. Infatti, il clima di negatività che ruota attorno alle sostanze porta a valutarlo spesso adottando una prospettiva morale che divide semplicemente in ciò che è giusto e ciò che è sbagliato.

Integrare questo modello nel proprio approccio psicoterapeutico potrebbe rappresentare una sfida per i terapeuti. Infatti, oltre ad acquisire conoscenze talvolta anche tecniche rispetto ad un mondo spesso sconosciuto, ovvero quello delle droghe e del loro funzionamento neurochimico, "costringe" ad interfacciarsi con i propri pregiudizi sulle sostanze e su chi le usa. Solo affrontandoli per poi superarli, accettando il fatto che le sostanze fanno parte della nostra vita e che non è attraverso la loro repressione che si risolve il problema, sarà possibile raggiungere una sua "reale" comprensione. Nella misura in cui si riesce a fare questo, sarà possibile posizionare un piccolo mattone per la costruzione di una nuova casa dalla quale sia possibile avere una visione a 360° sull'orizzonte, una visione in grado di cogliere aspetti macro e micro, in grado di rapportarsi ad essi con un approccio che definisco "intelligente", lontano dalle ideologie individuali e sociali, e soprattutto in grado di rendere giustizia alla complessità che spesso, per la difficoltà di starci a contatto, tendiamo a ridurre a mera semplificazione.

## Riferimenti bibliografici

- Bassi, H., Cianchella, M., Fiorentini, L., & Perduca, M. (2018) "La svolta di cui c'è bisogno". In G., Zuffa, S., Anastasia, F., Corleone (a cura di) *Nono libro bianco sulle droghe* (pp 53-59). I dossier di Fuoriluogo.it.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención del consumo de drogas* [Scientific bases of drug consumption prevention]. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema*, 30, 270-275.
- Bigg, D. (2001). Substance use management: A harm reduction-principled approach to assisting the relief of drug-related problems. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 33-38.
- Bowen, S., Chawla, N., Grow, J., & Marlatt, G. A. (2021). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. Guilford.
- Bromberg, P. M. (2012). *The shadow of the tsunami: And the growth of the relational mind*. Routledge.
- Burton, N. (2005). Finding the lost girls: Multiplicity and dissociation in the treatment of addictions. *Psychoanalytic Dialogues*, 15, 587-612.
- Buber, M. (2002). *Between man and man*. Psychology Press.
- Cionini, L. (1999). La storia del paziente secondo Lorenzo Cionini. In F. Veglia (a cura di), *Storie di vita: narrazione e cura in psicoterapia cognitiva* (pp. 115-145). Bollati Boringhieri.
- Cionini, L. (2006). L'assessment. In B. Bara (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*, vol. III (pp. 15-81). Bollati Boringhieri.
- Cionini, L. (2013). La psicoterapia cognitivo-costruttivista. In L. Cionini (a cura di), *Modelli di psicoterapia* (pp. 133-214). Carocci.
- Cionini, L., & Mantovani, I. (2016). Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva. *Costruttivismi*, 3, 40-62.
- Cionini, L. (2018). Traumi relazionali multipli e dissociazione: la logica dell'assurdo. In M. L. Manca (a cura di), *Amore e psiche: la dimensione corporea in psicoterapia* (pp. 71-81). Alpes Italia.
- Cook, C., Bridge, J., & Stimson, G. V. (2010). The diffusion of harm reduction in Europe and beyond. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *EMCDDA Monographs* (pp. 37-58).
- Collins, S. E., & Marlatt, G. A. (2012). Seeing the writing on the wall: A lesson in harm reduction. In G. A. Marlatt, M. E., Larimer, & K. Witkiewitz, (Eds.), *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors* (pp. xiii-xv). Guilford.
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Agrawal, S., & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 18, 347-353.
- Denning, P. (2000). *Practicing harm reduction psychotherapy: An alternative approach to the addictions*. Guilford.
- Denning, P. (2002). Diana: The fear of feeling and the love of wine. In A. Tatarsky (Ed.), *Harm reduction psychotherapy: A new treatment for drug and alcohol problems*. Aronson.
- Denning, P., & Little, J. (2011). *Practicing harm reduction psychotherapy: An alternative approach to addictions*. Guilford.
- Durrant, R., & Thankker, J. (2003) *Substance use and abuse. Cultural and historical perspectives*. Sage.

- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- European Union (2000a), *European Union Drug Strategy 2000–2004*.
- Faupel, C., Horowitz, A., & Weaver, G. (2010). *The sociology of American drug use*. Oxford University Press.
- Goetz, P (2001). *Trauma and alcohol and drug use*.
- Gossop, M. (2007). *Living with drug*. Ashgate.
- Grund, J. P. (2017). Il controllo, lo possiamo esercitare? Verso una prospettiva transdisciplinare ecologica sul consumo di sostanze e sulla dipendenza. In G. Zuffa & S. Ronconi (a cura di), *Droghe e autoregolazione. Note per consumatori e operatori* (pp. 78 sgg.). Ediesse.
- Grund, J. P., Ronconi, S., & Zuffa, G. (2014). *Oltre il modello "malattia", nuove prospettive nella riduzione del danno: verso un modello di autoregolazione e autocontrollo*. Progetto NADPI, col supporto del *Drug Prevention and Information Program* dell'Unione Europea e de' La Società della Ragione.
- Guidano, V. F. (1988). *La complessità del Sé: un approccio sistemico alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Bollati Boringheri.
- Hall, W., Carter, A., & Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: Is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *The Lancet Psychiatry*, 2, pp. 105-110.
- Harding, W. M., & Zinberg, N. E. (1977). The effectiveness of the subculture in developing rituals and social sanctions for controlled use. In B. M. Du Toit (Ed.) *Drugs, rituals and altered states of consciousness* (pp. 111-133). Balkema.
- Helzer, J. E. (2010). Significance of the Robins et al Vietnam veterans study. *American Journal of Addiction*, 19, 218-221.
- Janik, P., Kosticova, M., Pecenak, J., & Turcek, M. (2017). Categorization of psychoactive substances into "hard drugs" and "soft drugs": A critical review of terminology used in current scientific literature. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43, 636-646.
- Jhonston, L. D., O' Malley, P.M, Bachman, J.G., & Schulenberg, J. E. (2007). Monitoring the future: National results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2006. MD: NIDA.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259–1264.
- Khantzian, E. J., Halliday, K. S., & McAuliffe, W. E. (1990). *Addiction and the vulnerable self: Modified dynamic group therapy for substance abusers*. Guilford.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45-47.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1985). *Autopoesi e cognizione: la realizzazione del vivente*. Marsilio.
- McKay, J. R., Kranzler, H. R., Kampman, K. M., Ashare, R. L., & Schnoll, R. A. (2015). Psychopharmacological treatments for substance use disorders. In P. E. Nathan, & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (4th ed.) (pp. 763-785). Oxford University Press.
- McHugh, K., Hearon, B., & Otto, M. (2011). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 511-525.
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E., & Witkiewitz, K. (Eds.). (2012). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. Guilford.
- Miller, W. R., & Page, A. C. (1991). Warm turkey: Other routes to abstinence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 227–232.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford.
- Miller, D. (2007). *Donne che si fanno male*. Feltrinelli.
- Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1986). *Consequences of adolescent drug use*. Sage.
- Nutt, D. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 369(9566), 1047-1053.
- O'Brien, C., & McLellan, A. T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 347(8996), 237-240.
- Peele, S., & Brodsky, A. (1991). *The truth about recovery and addiction*. Touchstone.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Ravenna, M. (1997). *Psicologia delle tossicodipendenze*. Il Mulino.
- Robins, L. N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: A fluke or normal expectation? *Addiction*, 88, 1041-1054.
- Rotgers, F. (1996) Empowering clients with respect to treatment goals. *Journal of Studies on Alcohol*, 147, 33-36.
- Rothschild, D. (1998). Treating the resistant substance abuser: Harm reduction (re)emerges as sound clinical practice. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 25-35.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90, 1149-1153.
- Spear, B. (1994). The early years of the "British System" in practice. In J. Strang, & M. Gossop, (Eds.) *Heroin addiction and drug policy* (pp. 3-28). Oxford University Press.
- Skewes, M. C., & Gonzalez, V. M. (2013). The biopsychosocial model of addiction. In P. M. Miller (Ed.), *Principles of addiction. Vol. 1. Comprehensive addictive behaviors and disorders* (pp. 61-70). Academic Press.
- Springer, E. (2004). *First, reduce the harm: The stages of hope and change in harm reduction*. Numedx.
- Tatarsky, A. (1998). An integrative approach to harm reduction psychotherapy: A case of problem drinking secondary to depression. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 9-24.
- Tatarsky, A. (2002). *Harm reduction psychotherapy: A new treatment for drug and alcohol problems*. Jason Aronson.
- Tatarsky, A. (2003). Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 249-256.
- Tatarsky, A., & Kellogg, S. (2012). Harm reduction psychotherapy. In G. A Marlatt., M. E Larimer, & K. Witkiewitz, (Eds.). (2012). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. (pp. 38-60) Guilford.
- WHO (World Health Organization). (1974). *Expert committee on drug dependence: Twentieth report*. Technical Report Series 551. WHO.
- WHO, UNODC and UNAIDS (2009). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. WHO.
- Zinberg N. (1984) *Drug, set and setting*. Yale University Press.
- Zuffa, G. (2011a). Droghe, riduzione del danno e bassa soglia. Verso il modello di salute pubblica. In S. Bertoletti, P. Meringolo, M. Stagnitta, e G. Zuffa, (a cura di). (2011). *Terre di confine. Soggetti, modelli, esperienze dei servizi a bassa soglia* (pp.55-71). Unicopoli.
- Zuffa, G. (2011b). Droga e riduzione del danno. Da pilastro sociosanitario a modello alternativo di politiche pubbliche. In Fuoriluogo (2011). *Riduzione del danno, tra vecchie derive e nuovi approdi* (pp. 96-107). Dossier di Fuoriluogo.

### L'Autrice

*Alessia Cacciamani* è psicologa e psicoterapeuta, specializzata in psicoterapia costruttivista intersoggettiva presso il Cesipc di Firenze. Svolge attività clinica come libero professionista a Firenze, occupandosi di adolescenti, adulti e coppie.

Si occupa di uso di sostanze e dipendenza dalle stesse, utilizzando un approccio sistemico e multidisciplinare acquisito grazie al conseguimento nel 2018 di un master europeo in studi su droghe e alcol (EMDAS-*European Masters in Drugs and Alcohol studies*).

Si occupa di ricerca qualitativa in questo e altri ambiti ed è co-autrice di un capitolo del libro *Who? Variation and distinction in the European drugs landscape* (Chatwin & Werse, a cura di, 2021), intitolato "You become nothing. Adolescents' social representations of drug users and the anti-drug alarmism in Italy" (Petrilli, Cacciamani & Beccaria, 2021).

Email: [alessia.cacciamani@gmail.com](mailto:alessia.cacciamani@gmail.com)

Sito web: [www.studiopsicologiconautes.it](http://www.studiopsicologiconautes.it)



### Citazione (APA)

Cacciamani, A. (2023). Psicoterapia della riduzione del danno: un approccio alternativo al trattamento della dipendenza da sostanze. *Costruttivismi*, 10, 21-41. <https://doi.org/10.23826/2023.01.021.041>