



UNIVERSITÀ DELLA
VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA
VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

TESI DI LAUREA

**INDAGINE CONOSCITIVA SULL'UTILIZZO DELLO PSICODRAMMA NELLE
COMUNITA' TERAPEUTICHE PER TOSSICODIPENDENTI**

RELATORE:

Prof. Maurizio Gasseau

STUDENTE: 21 D03 372

Oppezzo Giorgia

INDICE

INTRODUZIONE.....	Pag. 4
PRIMO CAPITOLO: LO PSICODRAMMA.....	Pag. 8
1.1 Fondamenti filosofici e psicologici dello psicodramma.....	Pag. 8
1.2 Modelli e tecniche dello psicodramma.....	Pag. 9
1.3 Lo psicodramma classico di Moreno.....	Pag. 11
1.4 Lo psicodramma analitico.....	Pag. 12
1.5 Lo psicodramma Junghiano.....	Pag. 14
SECONDO CAPITOLO: LE DIPENDENZE.....	Pag. 17
2.1 Le dipendenze.....	Pag. 17
2.2 Reazioni fisiologiche all'assunzione di droghe.....	Pag. 19
2.3 Cinque droghe usate comunemente.....	Pag. 21
2.3.1 Il tabacco.....	Pag. 21
2.3.2 L'alcool.....	Pag. 23
2.3.3 La marijuana.....	Pag. 24
2.3.4 Sostanze stimolanti.....	Pag. 25
2.3.5 Gli oppioidi: eroina e morfina.....	Pag. 28
TERZO CAPITOLO: LE COMUNITA' TERAPEUTICHE E IL RUOLO DEL TOSSICODIPENDENTE	Pag. 31
3.1 Sviluppo storico delle comunità terapeutiche.....	Pag. 31
3.2 Studio dei fenomeni del tempo nelle comunità terapeutiche.....	Pag. 32
3.3 L'importanza dei sogni nelle comunità per tossicodipendenti.....	Pag. 33
3.4 Sull'anima divoratrice: La storia di Franco e Diego.....	Pag. 34
3.5 Il ruolo familiare.....	Pag. 35

QUARTO CAPITOLO: INDAGINE CONOSCITIVA SULL'UTLIZZO DELLO PSICODRAMMA NELLE COMUNITA' TERAPEUTICHE PER TOSSICODIPENDENTI.....	Pag. 37
4.1 Metodologia dell'indagine conoscitiva: l'intervista semistrutturata.....	Pag. 37
4.2 Le aree di indagine dell'intervista semistrutturata.....	Pag. 38
4.3 Il campione di riferimento.....	Pag. 38
4.4 I limiti dell'indagine conoscitiva.....	Pag. 39
4.5 Intervista a Laura Motrassino.....	Pag. 39
4.6 Intervista a Marco Greco.....	Pag. 43
4.7 Intervista a Loredana Acquadro.....	Pag. 46
4.8 Analisi dei dati.....	Pag. 49
CONCLUSIONE.....	Pag. 51
BIBLIOGRAFIA.....	Pag. 53
SITOGRAFIA.....	Pag. 55

INTRODUZIONE

Il presente elaborato si propone di esplorare l'efficacia dell'utilizzo dello psicodramma all'interno delle comunità terapeutiche come strumento per favorire la crescita e il benessere psicologico degli individui coinvolti. Lo psicodramma, originariamente ideato da Jacob L. Moreno, si presenta come una metodologia psicoterapeutica basata sull'azione e sull'espressione delle emozioni attraverso il gioco di ruolo e la drammatizzazione di situazioni problematiche.

Le comunità terapeutiche, ambienti di cura e supporto per individui con problemi di dipendenza o psicologici, sono spazi privilegiati per l'applicazione dello psicodramma in quanto permettono un contatto diretto e continuativo con i partecipanti, favorendo la condivisione e l'elaborazione delle proprie esperienze attraverso il supporto di un gruppo terapeutico.

L'obiettivo di questo elaborato è quello di valutare l'impatto dello psicodramma sul processo di guarigione e sul benessere psicologico degli individui all'interno delle comunità terapeutiche, analizzando l'evoluzione delle dinamiche di gruppo, la gestione delle emozioni e il potenziamento delle risorse personali.

Questa tesi intende fornire una panoramica sulle potenzialità e le sfide dell'utilizzo dello psicodramma nelle comunità terapeutiche, promuovendo una maggiore consapevolezza sull'importanza dell'approccio psicodrammatico nella cura e nel sostegno delle persone in difficoltà.

Le ragioni che hanno guidato la scelta di dedicare la mia tesi a questo argomento sono intrinsecamente collegate alla mia passione per le tecniche terapeutiche che favoriscono la crescita individuale e il benessere psicologico. Credo fermamente che lo psicodramma possa costituire un valido strumento per supportare le persone nell'affrontare e superare le proprie difficoltà emotive e relazionali, soprattutto all'interno di contesti come le comunità terapeutiche, dove il sostegno di un gruppo può rivelarsi fondamentale nel processo di guarigione.

Da sempre affascinata dalle dinamiche delle dipendenze da sostanze e dalla loro complessità, ritengo imprescindibile approfondire le cause e le conseguenze di tali disturbi al fine di offrire un supporto mirato e adeguato alle persone coinvolte.

L'opportunità, infine, di ampliare le mie conoscenze sulle comunità terapeutiche e di esplorare le potenzialità dello psicodramma all'interno di tali contesti ha costituito un'ulteriore fonte di motivazione per me, poiché desidero contribuire alla diffusione di approcci terapeutici innovativi ed efficaci per il benessere delle persone in difficoltà.

Nel primo capitolo verrà trattata la nascita dello psicodramma classico entrato nel campo della psicologia umanistica in opposizione al pensiero positivista e riduzionista. Il fondatore, Jacob Levi Moreno, ha sviluppato una psicologia unica che mette l'uomo al centro del suo destino evolutivo, influenzando diversi contributi nella psicologia umanistica e psicoanalitica. Lo psicodramma è una forma di psicoterapia basata sull'azione e sul teatro che diventa una tecnica terapeutica efficace e flessibile. Lo psicodramma di Moreno è descritto anche sulla base di concetti di ruolo, spontaneità e creatività. Verranno successivamente descritte le varie tipologie di psicodramma esistenti: lo psicodramma analitico e lo psicodramma junghiano.

Nel secondo capitolo l'attenzione si concentrerà sulle dipendenze da sostanze, focalizzandosi principalmente sulle cinque droghe più usate comunemente: tabacco, alcool, marijuana, sostanze stimolanti e oppioidi. Verrà poi descritto il percorso che porta alla dipendenza, i meccanismi fisiologici di assuefazione e astinenza, nonché le conseguenze a lungo termine sull'organismo. Infine, verrà discusso come il trattamento della dipendenza da eroina in Svizzera ha ottenuto risultati positivi.

Il terzo capitolo tratterà dell'origine del termine comunità, intesa come "persone unite da diversi elementi come razza, territorio, lingua, religione o altro". Si parlerà poi delle prime comunità per tossicodipendenti nate negli anni 50' negli Stati Uniti come soluzione al problema della diffusione dell'uso di oppioidi. Queste comunità si concentrano su modelli di vita collettiva e auto-aiuto per superare la dipendenza. Verrà successivamente esplorato il concetto di tempo all'interno delle comunità terapeutiche e l'importanza dei sogni per esplorare desideri nascosti e affrontare problemi legati alla dipendenza. Si parlerà infine del ruolo che ha il tossicodipendente nel nucleo familiare, paragonato all' "idiota di famiglia" che porta a comportamenti autodistruttivi come le dipendenze.

L'ultimo capitolo illustrerà l'utilizzo dello psicodramma nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti attraverso interviste semistrutturate a tre conduttori esperti: Laura Motrassino, Marco Greco e Loredana Acquadro. Attraverso le interviste si approfondirà l'utilizzo del riscaldamento, il ruolo dell'osservatore, delle scene rappresentate e dei rituali di gruppo durante le sedute. Durante le interviste verranno approfondite dai conduttori le loro esperienze pratiche, l'importanza della spontaneità e dell'integrazione dei traumi nei gruppi di psicodramma. Attraverso le interviste si vedrà come lo psicodramma possa essere una tecnica terapeutica utile all'interno delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti.

RINGRAZIAMENTI

Ed eccoci arrivati alla fine di un percorso che sembra essere iniziato ieri. Mi sembra più che doveroso ringraziare le persone che mi hanno sopportata e supportata in questo percorso della mia vita.

Un primo ringraziamento va sicuramente al mio professore e relatore Maurizio Gasseau, grazie al suo supporto e alla sua conoscenza è stato per me fondamentale nella stesura di questo elaborato.

Un grazie anche alla Dott.ssa Laura Motrassino al Dr. Marco Greco e alla Dott.ssa Loredana Acquadro per la disponibilità che hanno dimostrato nei miei confronti.

Un grazie anche a mio nonno Vincenzino e alla mia bisnonna Giuseppina per avermi insegnato il valore del sacrificio, determinazione e costanza. Anche se non siete qui fisicamente e non posso abbracciarvi so che mi sarete per sempre nel cuore.

Chi invece posso abbracciare, sono i miei nonni Mario, Clelia e Rosetta, ai quali devo dire grazie per l'incoraggiamento che mi hanno dato nei momenti difficili. La vostra saggezza ed esperienza sono stati fondamentali per arricchire il mio percorso accademico e per spingermi a dare il meglio di me. Non posso che esservi grata per quello che avete fatto per me, per il vostro amore incondizionato e per la vostra presenza costante nella mia vita, senza di voi, non avrei raggiunto questo traguardo, e per questo posso solo che ringraziarvi.

A mio fratello, la mia spalla, il mio complice e il mio nemico va uno dei grazie più grandi. Nel corso degli anni, ti ho visto affrontare sfide che molte persone non potrebbero nemmeno immaginare. Hai superato momenti di paura e di incertezza, ma non ti sei mai arreso. Hai continuato a lottare con coraggio e dignità, mostrando a tutti noi quanto tu sia forte e resiliente. Hai dimostrato che le difficoltà non devono mai essere un ostacolo insormontabile, ma piuttosto una sfida da affrontare con coraggio e determinazione.

Vorrei proseguire i miei ringraziamenti con due persone straordinarie che hanno un ruolo fondamentale nella mia vita, la mia mamma e il mio papà. Mamma, sei il mio angelo custode, la mia guida e il mio sostegno in ogni istante della mia vita. Sei sempre stata presente per me, pronta ad ascoltare le mie preoccupazioni, a darmi consigli saggi e a sostenermi nei momenti difficili.

Papà, sei il mio eroe, il mio punto di riferimento e il mio migliore amico. Hai sempre creduto in me, spronandomi a perseguire i miei sogni e a non arrendermi di fronte alle sfide. La tua saggezza, il tuo coraggio e la tua generosità mi hanno ispirato e mi hanno insegnato tanto sulla

vita. Grazie per essere sempre stato presente per me, per farmi ridere quando ero triste e per sostenermi in ogni mia decisione.

Insieme, mamma e papà, avete creato un ambiente familiare amorevole, ricco di valori ed emozioni positive. Grazie per avermi insegnato l'importanza della famiglia, della generosità, del rispetto e dell'impegno. Siete la mia roccia, la mia fonte di ispirazione e la mia ragione di vita. Oggi posso dire di essere la persona che sono grazie a voi.

Un ringraziamento speciale va a Nalha, la mia cagnolina che è sempre stata al mio fianco durante la stesura di questa tesi. La tua presenza costante, i tuoi occhioni amorevoli e il tuo amore incondizionato sono stati fonte di conforto durante i momenti di stanchezza e stress. Grazie per essere la mia migliore amica a quattro zampe, sicuramente senza di te questo percorso sarebbe stato più difficile.

Vorrei ringraziare di cuore le mie compagne di corso, Alice, Lele, Laura e Silvia per il sostegno e l'amicizia dimostrati in questi anni di studio. Grazie per aver condiviso con me le gioie e le fatiche di questo percorso, siete state un vero punto di riferimento e una fonte di ispirazione costante. Siete state parte integrante di questa bellissima avventura e vi sarò per sempre grata.

Ad Alice, la metà del mio neurone. Grazie di essermi stata vicina nei momenti di difficoltà e di aver festeggiato con me nei momenti felici. Grazie di essere stata la mia spalla e la mia complice, senza di te la vita sarebbe stata noiosa. Ti voglio bene.

Un ultimo ringraziamento, ma non per importanza, va a Davide, il mio ragazzo. Oggi vorrei dedicarti delle parole speciali, parole che esprimano tutto il mio amore e la mia gratitudine per tutto ciò che hai fatto per me durante la stesura della mia tesi. Sai, senza di te non avrei mai potuto completare questo lungo viaggio fatto di studio, sacrificio e impegno. Grazie perché sei stato al mio fianco in ogni momento, anche quando la stanchezza e lo stress sembravano prendere il sopravvento. Grazie per avermi sostenuto, incoraggiato e spronato a non mollare mai, anche quando la strada sembrava troppo in salita. Grazie perché hai avuto pazienza ad ascoltare le mie lamentele, i miei dubbi e le mie paure, e hai saputo confortarmi e rassicurarmi con le tue dolci parole e il tuo amore. Grazie perché sei stato sempre pronto ad aiutarmi con le ricerche, a discutere delle mie idee, a revisionare i miei testi e a darmi quel sostegno tanto importante per portare a termine questo progetto con successo. Grazie perché hai creduto in me più di quanto io abbia creduto in me stessa, e hai dimostrato di essere un vero compagno di vita, pronto a condividere con me ogni gioia e ogni fatica. Grazie per essere la mia roccia, il mio punto di riferimento, il mio amore. Ti amo, fino alla luna e ritorno.

PRIMO CAPITOLO: LO PSICODRAMMA

1.1 Fondamenti filosofici e psicologici dello psicodramma

La teoria e la metodologia dello psicodramma classico si collocano nell'ambito della psicologia umanistica, che si è sviluppata in Europa e negli Stati Uniti all'inizio del secolo scorso in opposizione al pensiero positivista e riduzionista che prevaleva all'epoca. (“Origini e sviluppo dello psicodramma”)

Pur abbracciando la teoria evolutiva e l'acquisizione del metodo scientifico, la psicologia umanistica ha cercato di rimettere l'uomo al centro del suo destino evolutivo. In questa direzione, accanto a Jacob Levi Moreno, si trovano i contributi di Carl Rogers, Abraham Maslow, Ludwig Binswanger, Harry Stack Sullivan e, nella corrente psicoanalitica, Carl Gustav Jung.

Moreno sviluppò una psicologia che, nonostante le influenze fenomenologiche, era molto originale nei suoi fondamenti e nella sua chiarezza teorica, pionieristica nel suo approccio relazionale e intersoggettivo, e orientava la sua ricerca nella terra di mezzo tra individuo e gruppo e gruppo e società.

Infatti, da quando Moreno studiò sociometria e psicodramma a Vienna negli anni Venti, anticipò molti degli orientamenti psicologici odierni e considerò l'individuo, il gruppo e la società, in continua interazione e quindi chiaramente inseparabili nella ricerca psicologica. Insieme a Kurt Lewin e Sigmund H. Foulkes, Moreno è stato uno dei pionieri della moderna psicologia di gruppo.

Lo psicodramma beneficia oggi di una psicologia di riferimento organica e ben strutturata e di una metodologia molto ricca, flessibile e altamente efficace.

A partire dai primi anni del Novecento e fino alla sua morte, Jacob Levi Moreno ha sviluppato una filosofia del tutto originale in termini di sincretismo spirituale ma irreligioso, di stampo fenomenologico ed esistenzialista, in una costante interconnessione tra pensiero e pratica, clinica e sociale. La filosofia su cui si basa lo psicodramma pone le sue radici nei seguenti concetti fondamentali:

1. Ogni individuo è corresponsabile e co-creatore del mondo
2. Il potenziale dato a ogni individuo si realizza sviluppando la spontaneità e la creatività accessibili ad ogni forma di vita, in base al suo progetto evolutivo e all'ambiente in cui si trova
3. Il gruppo positivo è il luogo, il mezzo e il soggetto del cambiamento dello sviluppo della spontaneità e della creatività di una persona

Nel gruppo formato attraverso la metodologia dello psicodramma avvengono la sospensione del giudizio, la comprensione della verità soggettiva, il rispecchiamento reciproco e il riconoscimento dell'alterità.

1.2 Modelli e tecniche dello psicodramma

Lo psicodramma, dal greco ψυχή psyche, anima e δράμα drama, azione, è un metodo d'azione e una forma di psicoterapia, in cui i partecipanti esplorano emozioni e vissuti personali attraverso la drammatizzazione teatrale. (“Psicodramma - Wikipedia”)

Questa rappresentazione teatrale venne ideata a Vienna intorno agli anni Venti del XX secolo dallo psichiatra romeno Jacob Levi Moreno. Dopo essersi sviluppato a partire dal 1925 negli Stati Uniti si è diffuso successivamente in tutto il mondo in seguito all'attività di studio di psicologi e psichiatri presso il “Moreno Institute” di Beacon a New York.

Lo psicodramma è una tecnica condotta all'interno di un setting gruppale ma non viene considerata come una terapia di gruppo in senso stretto bensì una terapia in gruppo dove un partecipante assume il ruolo di protagonista e accetta di lavorare su vissuti e conflitti personali attraverso l'aiuto del gruppo stesso. Questa pratica viene condotta generalmente in un setting che prende il nome di teatro che può essere reale oppure, un ambiente in cui una parte viene delimitata e svolge la funzione di palcoscenico. Colui che svolge il ruolo di protagonista viene generalmente guidato dal direttore, uno psicodrammatista esperto oppure se ci si trova in un setting terapeutico dal terapeuta stesso, nel mettere in scena un evento della sua vita passata, generalmente un tema o vissuto interiore, attraverso gli ausiliari, cioè gli altri membri del gruppo che possono impersonare figure significative nella vita del protagonista o il protagonista stesso. Attraverso questa pratica, il protagonista ha la possibilità di rivivere l'evento comprendendo meglio le emozioni, i conflitti e le credenze di quel dato momento. In compenso, attraverso la partecipazione attiva oppure la semplice visione dell'evento rappresentato, gli altri membri del gruppo possono trarne un beneficio attraverso l'identificazione con l'altro oppure il rispecchiamento.

Uno psicodramma può essere costituito da un singolo incontro, un numero di incontri precedentemente definiti oppure, come nel caso della psicoterapia, da un numero di incontri non definito. Ogni singolo incontro deve avere una sua completezza e coloro che stanno partecipando a fine incontro devono provare una sensazione di benessere e integrazione. Il singolo incontro ha una durata variabile dai 90 minuti fino alle 2 ore circa, ed è composto da tre momenti fondamentali: riscaldamento, azione e partecipazione.

L'obiettivo del riscaldamento è quello di incentrare i partecipanti sul "qui e ora" dell'incontro, sviluppando la loro spontaneità e creatività, comprensione, affiatamento ed empatia reciproca, ciò che Moreno definisce come tele.

L'azione è la parte fondamentale dell'incontro, consiste nella messa in scena di un momento, un sogno, una fantasia o un vissuto personale o di gruppo. In questa fase viene scelto un protagonista, che sarà colui che metterà a disposizione un determinato tema su cui lavorare. La messa in scena viene guidata dal direttore, che attraverso tecniche specifiche guiderà il gruppo nella rappresentazione.

Nella fase di partecipazione, coloro che hanno assistito alla scena offrono al protagonista una condivisione dei vissuti espressi, mettendo in chiaro ciò che durante la rappresentazione per loro ha avuto un significato nella propria storia personale. ("Psicodramma - Wikipedia")

Nello psicodramma vengono utilizzate tecniche specifiche, utili per la rappresentazione più congrua alla realtà:

- Doppio: questa tecnica fa sì che un partecipante possa dare voce ai pensieri e alle emozioni di un altro partecipante, generalmente ponendosi alle sue spalle e parlando in prima persona
- Specchio: questa tecnica permette ad un membro del gruppo di esprimere ciò che vede o sente di un altro membro. Questa tecnica presuppone l'utilizzo della seconda persona e ha una funzione individuativa
- Mirroring: il protagonista, dopo aver rappresentato una scena esce dalla scena stessa e osserva la stessa scena interpretata da un'altra persona
- Inversione di ruolo: è considerata come la tecnica centrale dello psicodramma e permette al partecipante di mettersi nei panni dell'altra persona, osservando i propri vissuti e le proprie azioni da un punto di vista esterno
- Soliloquio: viene chiesto al protagonista della rappresentazione in atto di esprimere in forma verbale i propri pensieri ed emozioni
- Role playing o gioco di ruolo: una tecnica in cui viene chiesto ad una o più persone di interpretare un ruolo assegnato con un certo grado di libertà

Nel tempo lo psicodramma si è sviluppato in tutta Europa ed attualmente esistono vari tipi di psicodramma con differenti regole e modalità esecutive e interpretative.

1.3 Lo psicodramma classico di Moreno

Lo psicodramma classico ha come precursore Jacob Levi Moreno. Nato a Bucarest il 18 maggio del 1889 da una famiglia di commercianti ebrei, provenienti dalla Turchia ed emigrati successivamente in Romania. Trasferitosi a Vienna nel 1905, ai tempi dell'impero austro-ungarico, si trovò immerso in una realtà multietnica e multilinguistica impregnata di una effervescente vitalità artistica e teatrale. A Vienna studiò medicina, matematica e filosofia, assistendo a delle lezioni tenute da Freud. Durante gli anni di studio Moreno era solito frequentare il Prater di Vienna, dove spesso si intratteneva giocando con i bambini, traendo gli spunti per formulare la sua teoria del role playing. Dopo essersi laureato nel 1917 in medicina, iniziò ad esercitare la professione negli anni della Prima guerra mondiale, collaborando attivamente prima in un campo di rifugiati in Austria e successivamente in Ungheria ("Jacob Levi Moreno - Wikipedia"). L'anno successivo, nel 1918 divenne ufficiale sanitario a circa 40 chilometri da Vienna. Moreno continuò i suoi studi e il 1° aprile 1921 pose le basi per la nascita dello psicodramma classico, conosciuto oggi come psicodramma moreniano.

Moreno fonda il suo metodo sulla base dei suoi molteplici interessi culturali, religiosi e spirituali. Il pensiero di Moreno risulta essere influenzato dall'intuizionismo di Bergson e dal vitalismo. La sua teoria della personalità, incentrata sul concetto di ruolo, si distanzia dal modello psicoanalitico mantenendo in comune alcuni concetti della psicologia delle relazioni oggettuali di Melanie Klein e con la psicologia del Sé di Heinz Kohut.

Il ruolo, secondo Moreno, è la forma operativa che l'individuo assume nel momento specifico in cui egli reagisce a una situazione nella quale sono implicati altre persone o oggetti. ("Psicodramma - Wikipedia") Moreno scrive che "giocare un ruolo viene prima dell'emergere del Sé. Il ruolo non emerge dal Sé, ma il Sé emerge dai ruoli". (J. L. Moreno, 1964). Uno dei principi fondamentali nello psicodramma classico è la teoria di Moreno della spontaneità-creatività, Egli credeva che il modo migliore per un individuo di rispondere in modo creativo a una situazione fosse attraverso la spontaneità, cioè la prontezza ad improvvisare e rispondere nel qui e ora. ("Psicodramma - Wikipedia")

Con Moreno, la relazione duale della coppia analitica viene estesa agli incontri tra pubblico e gruppo nel teatro dello psicodramma e nella vita quotidiana. In contrasto con la tradizionale interpretazione dei sogni di Freud, basata sul racconto del paziente e sul commento dell'analista, Moreno contrappone l'interpretazione in senso teatrale, cioè con la rappresentazione di un compagno di gruppo, o con l'aiuto di un assistente terapeutico noto come "Io ausiliario", che svolge un ruolo tra il reale e l'immaginario. Inoltre, in contrasto con la concezione riduttiva e

deterministica della psiche basata sul modello di Freud, lo psicodramma presenta aspetti di un'alternativa più dialogica e probabilistica, paragonabile al relativismo di Jung e Jaspers. Sulla base di questo approccio alternativo, nel Teatro della Spontaneità, dopo il gioco di ruolo del protagonista, una serie di echi, riflessioni e commenti del pubblico o del gruppo sostituiscono l'interpretazione professionale e "chiusa" del terapeuta.

Utilizzabile sia in ambito infantile che adolescenziale e adulto, la formula di Moreno ha trovato applicazione in comunità terapeutiche, scuole, ospedali e istituzioni mediche e culturali oltretutto nel trattamento individuale. Lo psicodramma costituisce un mezzo per indagare e ricostruire i conflitti personali e i problemi collettivi e viene utilizzato anche a livello istituzionale e aziendale sotto forma di sociodramma per formare, selezionare e valutare il personale.

Lo psicodramma di Moreno si compone di cinque elementi fondamentali:

- Palcoscenico: lo spazio utile per rappresentare le scene teatrali. Per Moreno lo spazio utile è proprio il palcoscenico con il pubblico
- Protagonista: colui che racconta il ricordo ed elabora il conflitto
- Direttore dello psicodramma: conduttore, colui che tira le fila della rappresentazione teatrale
- Io-ausiliari: coloro che vengono scelti dal protagonista per rappresentare i ruoli dell'episodio drammatizzato. A fine drammatizzazione il protagonista ha il compito di fare il "the rolling", togliere i ruoli dati per la rappresentazione in modo da non comportare reazioni psicosomatiche ai personaggi scelti. Questo perché lo psicodramma viene visto come una sorta di lieve trance che può innescare queste reazioni
- Pubblico: un piccolo gruppo di persone che alla fine della rappresentazione potranno raccontare ed esternare ciò che hanno vissuto durante la performance appena vista

1.4 Lo psicodramma analitico

Lo psicodramma analitico pone le sue radici su due matrici differenti:

1. Il gioco del rocchetto o del fort-da, descritto da Freud. Si riferisce alla fase in cui il bambino inizia a sperimentare la separazione dalla madre e a scoprire che può riportarla a sé attraverso il gioco. Il bambino prende un oggetto (il rocchetto) e lo fa andare via da sé (fort) e poi lo fa tornare indietro (da), simboleggiando così la separazione e la riunione con la madre. Questo gioco simbolico aiuta il bambino a comprendere la sua relazione con gli altri e a sviluppare un senso di sé in relazione al mondo esterno. Il movimento di "va e vieni" nel

gioco del fort-da riflette il modo in cui il soggetto deve passare attraverso gli altri per comprendere sé stesso e la sua posizione nel gruppo sociale. Questo gioco aiuta il soggetto a riconoscersi come parte di un tessuto sociale più ampio, cogliendo la sua appartenenza a diverse persone e personaggi.

2. Le categorie dell'immaginario, del simbolico e del reale, definite da Lacan spiegano in che modo si articola la rappresentazione. L'immaginario è nell'ordine della rappresentazione in quanto ognuno di noi costituisce la propria personalità in rapporto a ciò che attira la propria attenzione. Nel registro simbolico ci si identifica attraverso il linguaggio dell'altro ovvero il modo in cui gli altri parlano di noi.

Nello psicodramma analitico si possono rappresentare scene vissute o sogni. Queste scene, che riproducono schemi famigliari, sono svolte "come se", evitando quindi qualsiasi forma di contatto fisico tra i partecipanti. La seduta viene condotta da due terapeuti che hanno la funzione di animatore (conduttore) e osservatore. Il conduttore invita i membri del gruppo a prendere parola, rispettando la regola delle libere associazioni, a mettere in scena la parte del proprio discorso ritenuta più legata alla possibilità del soggetto di trovare nuovi significati del suo discorso. Il conduttore "punteggia" il discorso dei propri soggetti proponendo giochi quando coglie punti interessanti da analizzare, o dando tagli e interpretazioni durante la performance. Il gioco crea uno scarto tra ciò che viene raccontato dalla propria postazione e ciò che emerge dall'azione. Si crea così un effetto di spiazzamento tra immaginazione e realtà, dove il passaggio attraverso i simboli permette al soggetto di cogliere qualcosa dei processi inconsci all'opera nel suo inconscio.

La rappresentazione scenica nello psicodramma facilita il culmine di altre letture frammentando la rappresentazione precedente. Nel "qui e ora" in cui si svolge la rappresentazione, ci sono una varietà di possibili tecniche che il facilitatore può chiedere ai partecipanti di compiere. Ad esempio, l'inversione dei ruoli, cioè, prendere il posto dell'altro, i soliloqui, che sono monologhi con sé stessi, e i doppi, che sono utilizzati per facilitare l'espressione delle emozioni e dei conflitti interni del protagonista.

Il conduttore, quindi, verbalizza ed esprime ciò che propongono di volta in volta, seguendo il filo delle associazioni dei partecipanti al gruppo.

L'osservatore rimane in silenzio durante la sessione, ma alla fine restituisce con la propria narrazione una catena di significanti circolati. In questo modo, i partecipanti riaprono la possibilità di un lavoro associativo libero, che può continuare oltre la sessione stessa e nel tempo che intercorre tra una sessione e l'altra. L'interpretazione data dal terapeuta rimane quindi posizionata "tra significato e perdita di significato", non come verità assoluta, né come conclusione del significato.

I gruppi di psicodramma analitico operano secondo una serie di regole per garantire la libera espressione e la riservatezza dei partecipanti.

La prima regola è quella di evitare le critiche per consentire ai membri del gruppo di esprimersi il più liberamente possibile senza sentirsi giudicati dagli altri. I partecipanti al gruppo non possono frequentarsi tra loro al di fuori del contesto terapeutico. Questo perché le relazioni vengono trasferite sul piano della realtà e il "come se" in seduta diventa più complicato, il che può interferire con il lavoro terapeutico. Infine, per garantire che ognuno mantenga la propria privacy, viene firmato un accordo di riservatezza sui contenuti che emergono durante la seduta e che non possono essere rivelati ad altri.

1.5 Lo psicodramma Junghiano

Per Jung la storia dell'individuo si sviluppa attraverso un processo che egli definisce processo di individuazione. Jung afferma di aver preso coscienza della propria esistenza osservando lo svolgersi delle immagini mentali nei sogni. Le immagini non gli si presentavano come eventi incoerenti e unici ma secondo un processo che si svolgeva in fasi programmate. Per quanto riguarda i gruppi e le masse, Jung afferma che all'interno dei gruppi si corre il rischio di rimanere arenati a livello gruppale e non procedere a livello individuale, poiché tutte le esperienze di gruppo portano nell'individuo un livello di coscienza inferiore rispetto alle esperienze individuali.

Parla positivamente del collettivo per quanto riguarda l'espressione solenne dei rituali sacri, dove un gran numero di persone mantiene un determinato livello di consapevolezza, rimanendo cosciente di ciò che sta accadendo, senza intervenire sui propri istinti inconsci. Questo accade perché vengono stimolati l'interesse e l'attenzione individuali e l'esperienza risulta essere personale.

Jung in una lettera scritta il 26 gennaio 1955 a Rober Hein riguardo alle domande relative a concetti di psicologia analitica, simboli archetipici e mitologia trae le seguenti conclusioni:

1. La terapia di gruppo è indispensabile per l'educazione dell'uomo sociale
2. Essa non sostituisce l'analisi individuale
3. Le due forme di psicoterapia si completano a vicenda
4. Il rischio della terapia di gruppo è quello di restare fermi su un piano collettivo
5. Il rischio dell'analisi individuale è quello di trascurare l'adattamento sociale

Pertanto, secondo questo scritto, Jung non rifiutava completamente la possibilità che i gruppi potessero essere terapeutici, e non aveva torto nel ritenere che il gruppo potessero essere un ostacolo al processo di individualizzazione. L'interazione con i membri dello psicodramma, infatti, attraverso i loro contributi personali, diventa un'immagine comune e un terreno fertile per il processo di psicoindividuazione.

Partendo dall'argomentazione di Jung e tenendo conto delle considerazioni degli psicodrammatisti junghiani, si può quindi affermare che lo psicodramma è il luogo in cui avvengono il processo di individuazione del gruppo e l'individuazione della mente individuale.

In sintesi, nello psicodramma di Jung il gruppo è importante e rappresenta la molteplicità delle persone coinvolte. L'immagine assume un ruolo centrale, non solo come qualcosa da vedere ma come un modo per comprendere la mente. Questo permette di accedere alla parte più profonda e autentica della psiche, che Hillman chiama "la valle del fare anima", l'attività primordiale che caratterizza la vera essenza della persona.

Lo psicodramma junghiano si discosta dal modello moreniano, in quanto cerca di coniugare in un'unica teoria aspetti della psicologia analitica, dei gruppi e dello psicodramma. È al tempo stesso una tecnica, un metodo e un modello di psicoterapia di gruppo che è emerso e si è sviluppato come tentativo di fondere lo psicodramma classico moreniano con la psicologia analitica di Jung.

La differenza tra psicodramma classico e psicodramma junghiano è l'importanza che viene attribuita alla catarsi. Nello psicodramma classico, il mito della catarsi è considerato fondamentale e di per sé terapeutico, liberatorio, fonte di cambiamento; nello psicodramma junghiano l'effetto catartico della rappresentazione insito nell'atto drammaturgico è legato all'analisi. L'obiettivo è quello di trasmettere nel qui e ora dell'azione, parti interne del soggetto per renderle visibili e parlabili.

Per Moreno, uno degli obiettivi principali dello psicodramma è quello di aiutare gli individui a prendere coscienza dei ruoli che abitualmente svolgono nella vita e ad accedere ad altre parti del sé precedentemente negate. Lo psicodramma di Jung, invece, non utilizza semplicemente la psicoanalisi o lo psicodramma classico, ma sviluppa una propria metodologia basata su un fondamento teorico coerente. È caratterizzata da una visione dell'inconscio e dei sogni come teatro del carattere interiore e da una valutazione positiva delle funzioni creative immaginative e inconsce che danno origine ai concetti immaginali.

Nello psicodramma junghiano, a differenza dello psicodramma classico di Moreno, sono coinvolti due analisti: uno svolge il ruolo di direttore del gruppo, mentre l'altro agisce come narratore che riflette sui temi trattati alla fine della sessione. Questa tipologia di psicodramma si svolge in un cerchio simbolico e mette maggiormente l'accento sul significato delle immagini piuttosto che sulla spontaneità. L'obiettivo principale è individuare il protagonista e le sue esigenze personali. Durante le sessioni di psicodramma junghiano si lavora non solo sui ruoli interpretati, ma anche sui sogni e sulle immagini. I partecipanti condividono e interpretano i propri sogni durante le sedute, e le questioni di transizione vengono trattate come materiale collettivo per il gruppo.

Nel contesto gruppale dello psicodramma junghiano, la condivisione dei sogni non si limita solo alla semplice narrazione ma coinvolge il soggetto nella sua totalità attraverso il corpo. (“Lo psicodramma in psicoterapia | Serenis”) Attraverso l'utilizzo di questo approccio c'è una comprensione che supera il piano razionale, attivando la dimensione affettiva durante la presentificazione della scena onirica.

Jung immagina il sogno come un vero e proprio teatro, dando al sognatore varie funzioni tra cui: attore, regista, autore, pubblico e scena stessa. (“Lo psicodramma in psicoterapia | Serenis”) In questo modo, ogni personaggio del sogno rappresenta una parte del sognatore stesso che assume le sembianze di qualcun altro. In questo tipo di psicodramma la drammatizzazione delle immagini oniriche è essenziale.

Drammatizzare i sogni in una dimensione gruppale consente la distribuzione dei contenuti simbolici fra i vari partecipanti e la scelta dell'interprete del sogno è guidata da spinte inconscie che collegano i contenuti onirici ai soggetti ad essi più affini.

Il gruppo, attraverso la rappresentazione del sogno attiva una matrice onirica che dà vita a un sogno comune. Vengono così incorporate nella coscienza nuove immagini e le figure del sogno vengono trasferite dagli attori principali agli interpreti e alla fine tornano nella coscienza del sognatore. Attivando la matrice onirica gruppale, i contenuti simbolici diventano parte del patrimonio comune del gruppo, permettendo a ciascun membro di riconoscersi in essi.

SECONDO CAPITOLO: LE DIPENDENZE

2.1 Le dipendenze

Nel campo medico, il termine dipendenza viene utilizzato per descrivere una condizione specifica in cui una persona soffre di un bisogno assoluto di assumere una sostanza come, ad esempio, droghe o narcotici o di mettere in atto un determinato comportamento come, nel caso della dipendenza inerente al gioco d'azzardo.

La dipendenza è quindi una condizione abitudinale ad assumere una sostanza o mettere in atto un determinato comportamento che diventa patologico nel tempo e sul quale non si è assolutamente in grado di esercitare un controllo.

Quando i consumatori si avvicinano alle droghe, seguono un percorso in tre fasi.

La prima fase della dipendenza è l'assunzione iniziale della droga. Non tutti coloro che acquistano una droga la ingeriscono, e va detto che molti di coloro che ne usufruiscono non la ingeriscono mai più di una volta. L'assunzione iniziale di droga può essere provocata da una serie di fattori, tra cui il prezzo, la disponibilità, la pressione del gruppo dei pari e le esperienze di vita passate. L'assunzione iniziale di droghe è dovuta anche alla ricerca di novità, in cui le persone provano le droghe e decidono se sono utili nella loro vita quotidiana.

Il secondo stadio della dipendenza è il consumo abituale di droga, una componente necessaria della dipendenza, ma non è una conseguenza inevitabile dell'assunzione di droga. Molti consumatori occasionali sperimentano solo effetti edonici senza diventare dipendenti. La teoria degli effetti positivi delle droghe non può spiegare perché alcuni consumatori diventano dipendenti e altri no, né può spiegare la grande discrepanza tra valore incentivante positivo e valore edonico. Il valore incentivante positivo si riferisce al valore atteso associato a un'azione, mentre il valore edonico si riferisce alla quantità di piacere effettivamente provata.

Una teoria che mira a spiegare perché alcuni consumatori diventano dipendenti e altri no, è la teoria della sensibilizzazione agli incentivi. Questa teoria riesce a spiegare la discrepanza tra valore incentivante positivo e valore del piacere. Il nucleo di questa teoria è che gli individui sensibili alla dipendenza sono più motivati a cercare e consumare droghe perché l'uso ripetuto della droga ne aumenta il valore di incentivo positivo.

Alla base di questa teoria non c'è il piacere di consumare droga, ma l'ossessione di volere e cercare la droga. I ricercatori hanno quindi operato una distinzione tra il desiderio di droga

(valore incentivante positivo) e il piacere che ne deriva (valore edonico), cercando di identificare le strutture causali di questi due aspetti.

Vi è un consenso generale sul fatto che vi sia una differenza tra il circuito del piacere e quello del desiderio e che il rilascio di dopamina nel nucleo accumbens sia associato al desiderio di droga piuttosto che al piacere. I ricercatori non hanno ancora determinato i circuiti responsabili del piacere derivato dalla droga. Nei tossicodipendenti, il controllo dell'assunzione di droga si sposta dal nucleo accumbens e dallo striato ventrale allo striato dorsale. Allo stesso tempo, esistono disfunzioni nella corteccia prefrontale che possono essere associate alla perdita di autocontrollo associata alla dipendenza. È stato infatti osservato che i tossicodipendenti prendono decisioni sfavorevoli e premature, assumono rischi eccessivi e di conseguenza perdono il controllo. I tossicodipendenti sono anedonici, cioè incapaci di provare piacere in risposta ai rinforzi naturali. Molte cose che sono percepite come piacevoli dai non tossicodipendenti sono spesso sgradevoli per i tossicodipendenti. Questo troncamento dei rinforzi naturali è un problema serio per il trattamento della dipendenza, perché persiste anche dopo la cessazione dell'uso di droga. Senza il piacere dei rinforzi naturali, molte persone tornano a cercare la droga e ricadono nella dipendenza.

Lo stadio finale dello sviluppo della dipendenza è la ricerca compulsiva di droga e la ricaduta finale. Alcuni tossicodipendenti possono essere curati interrompendo il consumo di droga, mentre altri possono interrompere o ridurre il consumo di droga con l'aiuto di programmi di riabilitazione. Tuttavia, settimane, mesi o addirittura anni dopo la fine della tossicodipendenza, i tossicodipendenti possono sentire il bisogno di assumere nuovamente droga. Questa ricaduta è un sintomo di dipendenza. Capire le cause della ricaduta, anche dopo una prolungata astinenza volontaria, è fondamentale per comprendere la dipendenza e i trattamenti da utilizzare.

Le tre cause più comuni di ricaduta nei tossicodipendenti sono:

1. lo stress, che molti terapeuti e pazienti considerano un fattore importante nella ricaduta.
2. il priming: la ricaduta si verifica quando un tossicodipendente si riavvicina a una droga di cui ha abusato in passato, anche solo una volta.
3. la ricaduta è più probabile quando si è esposti a segnali associati al passato consumo di droga.

L'esposizione a segnali che predicano l'uso di droga suscita risposte compensatorie condizionate attraverso meccanismi di controllo pavloviani. Tali risposte condizionate aumentano il desiderio di droga e innescano la ricaduta nelle persone che in precedenza erano dipendenti da una certa

sostanza. Nel corso del tempo, il soggetto può sviluppare il desiderio di assumere una particolare droga, che viene definito desiderio latente di droga. Questo fenomeno è utile per spiegare perché alcuni tossicodipendenti possono facilmente uscire dalla dipendenza senza ricaderne e perché altri hanno più difficoltà a uscirne.

La letteratura di ricerca sull'uso di sostanze attraverso l'autosomministrazione solleva domande su due aspetti che giocano un ruolo importante nella ricaduta da sostanze:

- Il rinforzo ambientale ha ridotto l'autosomministrazione di sostanze, ma il priming non ha ridotto la ripresa dell'autosomministrazione di sostanze.

- La breve esposizione a rinforzi positivi non correlati al consumo di droga ha ridotto la ricaduta nella sostanza.

Pertanto, il modo migliore per prevenire la ricaduta nella tossicodipendenza è migliorare le opportunità di esposizione ai rinforzi positivi, la durata dell'esposizione e l'ambiente di esposizione.

Sebbene i meccanismi della dipendenza non siano ancora del tutto noti, alcuni neurotrasmettitori, come la dopamina e la serotonina, importanti per il sistema nervoso centrale, potrebbero essere coinvolti nell'eziologia della condizione.

2.2 Reazioni fisiologiche all'assunzione di droghe

Le droghe vengono generalmente somministrate in quattro modi diversi: assunzione orale, iniezione, inalazione e assorbimento attraverso le membrane mucose di naso, bocca e retto. La via di somministrazione utilizzata dal consumatore influisce sulla velocità e sulla quantità di assorbimento di una sostanza nell'organismo.

Quando le sostanze vengono introdotte nel flusso sanguigno, raggiungono i vasi sanguigni del sistema nervoso centrale. Nel corpo umano esiste un filtro protettivo, la barriera emato-encefalica, che rende difficile il passaggio di molte sostanze potenzialmente pericolose attraverso lo spazio extracellulare che circonda i neuroni e le cellule gliali del Sistema Nervoso Centrale (SNC).

Le sostanze psicoattive agiscono sul SNC in modi diversi. Alcune droghe, come l'alcol e molti anestetici, si diffondono attraverso le membrane neuronali del SNC. Alcune droghe agiscono in modo più specifico legandosi a specifici recettori sinaptici e influenzano la sintesi, il trasporto, il rilascio e l'escrezione di alcuni neurotrasmettitori alterando la catena di reazioni chimiche innescate dall'attivazione dei recettori dei neurotrasmettitori nei neuroni postsinaptici.

L'escrezione delle droghe avviene grazie ad alcuni enzimi sintetizzati nel fegato, che passano la sostanza dalla forma attiva a quella inattiva. Questo passaggio dalla forma attiva a quella passiva è chiamato metabolismo delle droghe. Questo processo impedisce alla sostanza di passare attraverso le membrane lipidiche delle cellule e la barriera emato-encefalica.

L'assuefazione si verifica quando un consumatore sente costantemente il bisogno di assumere una sostanza con maggiore frequenza e in quantità maggiori per ottenere sempre lo stesso effetto. La presenza o l'assenza di assuefazione può essere indicata in due modi:

1. mostrando una diminuzione degli effetti dell'ingestione di una certa quantità di droga rispetto a prima dell'esposizione ripetuta alla droga;
2. indicando che è necessaria una quantità maggiore di droga per ottenere lo stesso effetto.

Quando si parla di assuefazione, si devono considerare tre punti fondamentali

- L'assuefazione incrociata è l'induzione di una preferenza per una droga rispetto a un'altra quando agisce con lo stesso meccanismo.
- La dipendenza da una droga è spesso specifica per alcuni effetti causati da quella droga, ma non per altri. La mancata comprensione di questo aspetto può avere conseguenze tragiche per coloro che pensano di essersi completamente assuefatti a una droga, anche se l'assuefazione si è verificata per alcuni dei suoi effetti.
- L'assuefazione alle droghe non è un fenomeno unico e non esiste un meccanismo unico che spieghi tutti i fenomeni di assuefazione. Quando una sostanza viene somministrata a una dose che altera la funzionalità del sistema nervoso, vengono indotti vari cambiamenti adattativi che diminuiscono gli effetti del farmaco.

I meccanismi di assuefazione rientrano in due grandi categorie: meccanismi metabolici e funzionali. I meccanismi che determinano l'assuefazione riducendo la quantità che raggiunge il sito d'azione sono definiti meccanismi di assuefazione metabolica. I meccanismi che riducono la reattività del bersaglio della droga alla droga stessa rientrano nei meccanismi di assuefazione funzionale.

L'assuefazione alle sostanze psicoattive è per lo più funzionale e si basa su diversi tipi di adattamento neuronale. Più esplicitamente, l'esposizione a una sostanza riduce il numero di recettori che mediano l'azione della droga stessa o altera la capacità di legame recettoriale della droga, riducendo l'effetto dell'attivazione recettoriale da parte della droga sull'attività cellulare.

Quando una quantità sostanziale di una droga viene introdotta nell'organismo per un periodo di tempo prolungato e poi bruscamente ritirata, si può innescare una risposta fisiologica avversa nota come sindrome da astinenza. Gli effetti della sindrome da astinenza sono quasi l'esatto contrario degli effetti iniziali. Ad esempio, l'interruzione dell'assunzione di anticonvulsivanti provoca convulsioni, mentre l'interruzione dell'assunzione di sonniferi provoca insonnia. Una persona che soffre di una reazione di astinenza quando smette di assumere un farmaco viene definita fisicamente dipendente da quella sostanza.

Dato che i sintomi di astinenza da una droga sono l'opposto dei sintomi iniziali, si potrebbe concludere che i sintomi di astinenza sono a carico della stessa base neurale che causa la dipendenza. Secondo questa teoria, l'esposizione alla droga induce meccanismi di compensazione nel sistema nervoso centrale, annullando gli effetti della droga e producendo assuefazione. Quando la droga viene eliminata dall'organismo, questi meccanismi di compensazione si manifestano come sindromi di astinenza, con sintomi diametralmente opposti a quelli della droga. La gravità della sindrome di astinenza dipende dal tipo di droga, dalla durata e dall'entità della precedente esposizione ad essa. In generale, le sindromi da astinenza più pronunciate si verificano quando una persona è esposta a grandi quantità di una droga per un lungo periodo di tempo, seguito da una sua rapida eliminazione.

2.3 Cinque droghe usate comunemente

Nella società premoderna e moderna, sono cinque le droghe che vengono abitualmente utilizzate dai consumatori: il tabacco, l'alcool, la marijuana, la cocaina e gli oppiacei.

2.3.1 Il tabacco

La sostanza principale delle sigarette è la nicotina, mentre altre 4.000 sostanze, chiamate catrame, entrano nell'organismo e vengono assorbite dai polmoni. Il tabacco è responsabile di oltre cinque milioni di morti premature all'anno e circa un decesso su dieci è dovuto al tabacco.

In alcuni casi, gli effetti del fumo di tabacco possono differire in modo significativo tra i non fumatori e i fumatori a causa dello sviluppo della tolleranza agli effetti immediati del fumo. I non fumatori rispondono a poche sigarette con una combinazione di effetti diversi, tra cui nausea, tosse, sudorazione, vomito, crampi addominali, vertigini e diarrea. I fumatori, invece, riferiscono di sentirsi più rilassati, più attenti e meno affamati dopo aver fumato una sigaretta.

I fumatori accaniti sono, in un certo senso, dipendenti. Se ci pensiamo bene, nessun'altra sostanza psicoattiva viene continuamente autosomministrata. La presenza di un desiderio compulsivo o di una voglia di droga è una caratteristica essenziale della dipendenza ed è immediatamente riconoscibile nei fumatori che hanno finito le sigarette o che sono stati costretti a smettere di fumare per diverse ore.

Circa il 70% dei fumatori esperti diventa dipendente, con una dipendenza da nicotina che progredisce rapidamente nell'arco di settimane, e solo il 20% di tutti i tentativi di smettere di fumare dura più di circa due anni.

La sindrome del fumatore è caratterizzata da dolore al petto, dispnea, problemi respiratori, tosse e predisposizione alle infezioni respiratorie. I fumatori cronici sono soggetti a una serie di malattie polmonari, tra cui bronchite, enfisema e cancro ai polmoni. Il fumo aumenta il rischio di tumori alla laringe, al cavo orale, all'esofago, ai reni, al pancreas, alla vescica e allo stomaco. I fumatori possono anche sviluppare problemi cardiovascolari, con conseguenti attacchi cardiaci e ictus.

La malattia di Buerger, che colpisce principalmente 15 fumatori maschi su 100.000, causa il restringimento dei vasi sanguigni che forniscono sangue alle gambe. Se i pazienti affetti dalla malattia continuano a fumare, può verificarsi una cancrena e ciò può comportare l'amputazione del piede, della caviglia, della gamba, del ginocchio e infine dell'anca. Ai pazienti affetti dalla malattia viene detto che basta smettere di fumare per controllare la progressione irreversibile della cancrena alle gambe. Tuttavia, molti chirurghi riferiscono che non è raro trovare pazienti affetti dalla malattia che fumano in ospedale dopo la seconda o terza amputazione.

Gli effetti negativi del fumo non si ripercuotono solo sui fumatori, ma anche sulle persone che vivono o lavorano con loro, che sono soggette a malattie cardiache e cancro per fumo passivo. La nicotina è un teratogeno e può interferire con il normale sviluppo del feto. Fumare durante la gravidanza aumenta la probabilità di aborto spontaneo, morte alla nascita e morte precoce.

I trattamenti per la dipendenza da nicotina non sono molto efficaci, ma molte persone che hanno smesso di fumare riportano notevoli benefici dall'assunzione di altre forme di tabacco, come gomme da masticare alla nicotina, cerotti o spray orali.

2.3.2 L'alcool

L'alcool è responsabile di oltre due milioni di decessi all'anno in tutto il mondo e circa 76 milioni di persone risultano essere consumatori di alcool. È una molecola solubile sia nei grassi che nell'acqua; quindi, può raggiungere tutte le parti del corpo.

A dosi moderate o elevate riduce l'attività neurale ed è classificato come depressivo, mentre a dosi più basse stimola le cellule nervose e promuove l'interazione sociale. L'alcolismo ha una componente genetica significativa: si stima che il 50% dei casi sia ereditario. A dosi elevate, i bevitori sperimentano vari gradi di compromissione cognitiva, percettiva, del linguaggio e motoria. A dosi elevate di alcol, si verifica un livello di compromissione della coscienza e un rischio di morte per depressione respiratoria quando i livelli ematici raggiungono lo 0,5%.

I segni dell'intossicazione da alcool sono la dilatazione dei vasi sanguigni della pelle, l'arrossamento del viso, l'aumento della perdita di calore e l'abbassamento della temperatura corporea. L'alcool crea dipendenza e assuefazione.

Quando un consumatore decide di interrompere bruscamente la sua dipendenza, passa attraverso un processo in quattro fasi:

- Prima fase: si verifica circa 6-8 ore dopo aver smesso di bere ed è caratterizzata da ansia, tremori, nausea e tachicardia.
- Seconda fase: si verifica 10-13 ore dopo la cessazione del consumo ed è caratterizzata da iperattività, insonnia e allucinazioni.
- Terza fase: si verifica 12-48 ore dopo la cessazione dell'assunzione ed è caratterizzata da crisi convulsive.
- Quarta fase: si verifica tra i 3 e i 5 giorni dopo aver smesso di bere, dura circa una settimana ed è caratterizzata da allucinazioni inquietanti e bizzarre, disorientamento, agitazione, confusione, ipertermia e tachicardia, note come delirium tremens (DTS).

Il consumo cronico di alcool porta alla cirrosi epatica, la principale causa di morte nei forti bevitori. L'alcool mina il muscolo cardiaco e aumenta il rischio di infarto, irrita le pareti dell'apparato digerente, aumentando il rischio di cancro alla bocca e al fegato, ulcere gastriche, pancreatite e gastrite.

I figli di madri che consumano grandi quantità di alcol durante la gravidanza possono sviluppare la sindrome fetale da alcol (FAS). L'alcol influisce sullo sviluppo cerebrale in vari modi e non esiste un momento sicuro per poter consumare alcol durante la gravidanza, né una quantità sicura di alcol per le donne gravide. La FAS completa è molto rara, ma si riscontrano problemi cognitivi nei figli di madri che bevono anche moderatamente, anche se spesso la FAS non viene diagnosticata.

2.3.3 La marijuana

Il nome marijuana viene generalmente dato ai fiori e alle cime essiccate della canapa, una canapa comune di tre specie. La marijuana viene solitamente ingerita attraverso il tabacco o la pipa, ma può essere efficace anche se cotta in un substrato grasso prima dell'ingestione.

La maggior parte degli effetti psicoattivi della marijuana sono attribuiti a un componente chiamato THC. Tuttavia, la marijuana contiene più di 80 cannabinoidi con proprietà psicoattive. La maggior parte dei cannabinoidi si trova nella resina appiccicosa che ricopre le foglie e i fiori della pianta. Quando questa resina viene estratta ed essiccata, diventa una sostanza nerastra nota come hashish.

Durante il Medioevo, la coltivazione della cannabis si diffuse in Europa, soprattutto per la produzione di corda. Durante il periodo della dominazione coloniale europea, la domanda di corde per i velieri aumentò e la coltivazione della canapa fiorì nelle colonie americane per soddisfare questa richiesta e ottenere vantaggi economici. La pratica di fumare le gemme dei fiori di cannabis e il termine stesso di marijuana sembrano essere stati introdotti nel Sud degli Stati Uniti all'inizio del XX secolo.

In molti Stati la cannabis è legalmente classificata come stupefacente e il suo uso è punibile. Tuttavia, gli effetti della marijuana non sono dissimili da quelli delle droghe a base di oppiacei.

L'uso diffuso della marijuana nelle classi medie e alte negli anni '60 ha portato a un programma di ricerca approfondito sui suoi effetti. Questi studi hanno affrontato la difficoltà di analizzare effetti minuscoli, difficili da misurare e fortemente influenzati dalle condizioni sociali.

Mentre gli effetti di una tipica dose di marijuana sono spesso minimi, dosi elevate compromettono il funzionamento mentale, la memoria a breve termine e riducono la capacità di eseguire compiti a più fasi per raggiungere un obiettivo specifico.

Sebbene alcune persone diventino dipendenti dalla marijuana, quest'ultima crea meno dipendenza di altre sostanze e la maggior parte delle persone che ne fanno uso lo fa solo occasionalmente.

Solo il 10% di tutti i consumatori la usa quotidianamente. L'uso prolungato può portare alla

dipendenza da marijuana, ma i sintomi evidenti di astinenza sono rari, soprattutto quando vengono somministrate dosi elevate per via orale in laboratorio.

La situazione del consumo di marijuana si è ulteriormente aggravata quando si è scoperto che la marijuana ha effetti di proiezione neuronale; la ricerca sulla TCH è cambiata ulteriormente quando sono stati scoperti due recettori, il CB1 e il CB2. Il CB1 è uno dei recettori legati alle proteine G ampiamente presenti nel cervello e in altre regioni del corpo. Il CB2 è presente in tutto il SNC e nelle cellule del sistema immunitario. La situazione è cambiata ulteriormente con la scoperta degli endocannabinoidi, una classe di cannabinoidi endogeni che agiscono come neurotrasmettitori. La prima a essere scoperta e studiata è stata l'anandamina, che significa "beatitudine interiore".

Dagli anni '90 è stato dimostrato che il THC ha diversi effetti terapeutici ed è stato utilizzato per controllare la nausea e il vomito nei pazienti affetti da cancro, aumentare l'appetito nei pazienti affetti da AIDS, arrestare le convulsioni, dilatare i bronchi nei pazienti affetti da asma, ridurre la gravità del glaucoma e ridurre l'ansia e alcuni tipi di dolore nei sintomi della sclerosi multipla.

2.3.4 Sostanze stimolanti

Gli stimolanti sono farmaci il cui effetto principale è quello di produrre un aumento generale dell'attività neurale e comportamentale. Sebbene tutti gli stimolanti abbiano profili di effetto simili, la loro potenza varia notevolmente.

Questa sezione tratta della cocaina e dei suoi derivati. La cocaina viene preparata dalle foglie della pianta di coca, una pianta cespugliosa che cresce principalmente nell'America meridionale occidentale. Per secoli è stato preparato e consumato un estratto grezzo chiamato pasta di coca. Oggi comunemente lavorata per estrarre il cloridrato di cocaina, una nefasta polvere bianca nota semplicemente come cocaina, che viene solitamente inalata attraverso il naso o iniettata. Il cloridrato di cocaina può essere convertito nella sua forma base facendolo bollire in una soluzione acquosa di bicarbonato di sodio fino all'evaporazione dell'acqua. Il residuo impuro prodotto da questo processo è il crack, una cocaina fumabile potente ed economica.

Il cloridrato di cocaina è un efficace anestetico locale e un tempo era ampiamente prescritto finché non è stato sostituito da analoghi sintetici come la procaina e la lidocaina. Tuttavia, i consumatori non sono interessati agli effetti anestetici della cocaina. Essi sperimentano gli effetti psicologici dell'assunzione, del fumo o dell'iniezione di cocaina o dei suoi derivati, riferendo di essere avvolti

da un'ondata di benessere: si sentono fiduciosi, attenti, energici, amichevoli, espansivi, affettuosi e loquaci, sentendosi meno affamati e sonnolenti del solito.

L'assunzione di cocaina nei cocainomani avviene nel cosiddetto abuso di cocaina, durante il quale il consumatore diventa sempre più tollerante agli effetti euforizzanti della cocaina e ne assume dosi sempre più elevate. La fase di abuso termina solitamente quando la cocaina si esaurisce o iniziano a manifestarsi gravi effetti tossici. Gli effetti di questi periodi di abuso di cocaina comprendono insonnia, tremori, nausea, ipertermia e, raramente, sintomi psicotici chiamati psicosi da cocaina, che possono essere erroneamente diagnosticati come schizofrenia. Durante questi periodi c'è anche il rischio di perdita di coscienza, convulsioni, arresto respiratorio, infarto e ictus.

Sebbene si verifichi l'assuefazione alla maggior parte degli effetti della cocaina, l'esposizione ripetuta alla cocaina sensibilizza il consumatore al suo comportamento motorio. Gli effetti di astinenza indotti dalla brusca cessazione dell'abuso di cocaina sono relativamente lievi; i sintomi più comuni sono umore negativo e insonnia. La cocaina e i suoi derivati sono ampiamente abusati, mentre l'anfetamina e i suoi derivati sono attualmente gli stimolanti più utilizzati.

I primi utilizzi inerenti all'Mdma si hanno dal fronte della Prima Guerra Mondiale dove veniva somministrata ai soldati in trincea per non sentire la fame, la sete, il freddo e la paura. A partire dalla fine degli anni '70, l'Mdma si diffonde negli ambienti della controcultura californiana e statunitense. In questo periodo alcuni psichiatri americani cominciarono ad utilizzarla nel corso delle sedute psicoterapeutiche, nelle terapie di coppia e con i pazienti borderline, con difficoltà di comunicazione anche e soprattutto nella interrelazione tra psicoterapeuta e paziente. Vengono sfruttate le caratteristiche di entactogenicità della molecola in quanto ha la capacità di favorire il dialogo e di migliorare la verbalizzazione.

L'anfetamina è stata ampiamente utilizzata fin dagli anni '60, solitamente assunta per via orale in una forma potente chiamata destroanfetamina. Negli anni '90, la d-anfetamina è stata sostituita da droghe simili ma con molecole più potenti, una di queste è la metanfetamina o "met", una forma cristallina più potente e fumabile utilizzata più comunemente.

Un'altra potente parente dell'anfetamina è l'Mdma, che viene assunta per via orale ed è considerata non solo uno stimolante ma anche un empatico. Fino al 1984 in America l'Mdma è stata considerata una sostanza legale, entra nell'ambito studentesco e si diffonde tra gli "yuppies" che, pur prediligendo la cocaina non disdegnano questa nuova sostanza chimica dagli effetti affini. In questo periodo l'Mdma cambia pelle e diventa "Ecstasy" e nel 1995 subisce un primo stop di carattere legislativo. Il Senato approva una legge che consente alla Dea (Drug Enforcement

Administration, agenzia americana per la repressione del narcotraffico) di emettere un divieto di commercializzazione di sostanze potenzialmente pericolose per il pubblico e tra queste rientra l'ecstasy. In Italia l'ecstasy viene messa fuori legge nel 1988.

L'ecstasy è una sostanza psicoattiva sintetica che agisce sia come stimolante che come allucinogeno. È diventata una droga diffusa in parte per gli effetti piacevoli che una persona sperimenta già dopo un'ora dall'assunzione di una sola dose. Tali effetti comprendono: un senso di stimolazione mentale, calore emozionale, empatia verso gli altri, benessere generale e diminuzione dell'ansia oltreché intensificazione della percezione sensoriale come elemento peculiare dell'assunzione di questa sostanza. Tra gli effetti indesiderati immediati si può percepire ansia, agitazione e non curanza dei pericoli, oltre a nausea, brividi, sudorazione, digrignamento involontario dei denti, crampi muscolari, offuscamento della vista, svenimento e attacchi di panico. L'ecstasy non è una sostanza innocua e a causa delle sue proprietà stimolanti e dell'ambiente in cui avviene l'assunzione, la sostanza viene associata ad una intensa attività fisica per periodi prolungati. Questo può portare ad uno degli effetti collaterali più significati, l'ipertermia, ossia un rilevante aumento della temperatura corporea che richiede un immediato intervento medico. Nelle ore successive all'assunzione della sostanza si verifica nell'individuo una significativa riduzione delle capacità mentali che, a chi ne fa uso regolare, può durare anche più di una settimana.

Come per molte altre droghe l'ecstasy viene spesso assunta insieme ad altre sostanze come alcool e marijuana che ne potenziano gli effetti.

I consumatori di metamfetamina e anfetamina, ma non di cocaina, hanno un rischio maggiore di sviluppare il morbo di Parkinson rispetto alle persone normali. Molti tossicodipendenti da cocaina, anfetamina e metanfetamina presentano ECG anormali. Infine, i dati mostrano che i tossicodipendenti da metanfetamina hanno meno materia grigia nella corteccia prefrontale. Tuttavia, poiché questi risultati sono correlazionali, non si possono escludere spiegazioni diverse dall'assunzione di metanfetamina.

2.3.5 Gli oppioidi: eroina e morfina

L'oppio è la linfa essiccata degli ovari del papavero da oppio e contiene diversi ingredienti psicoattivi. I principali sono la morfina e la sua parente più debole, la codeina. Queste due sostanze, insieme ad altre di struttura e azione simili, sono comunemente chiamate oppioidi. Gli oppioidi esercitano i loro effetti legandosi ai recettori la cui funzione normale è quella di legare gli oppioidi endogeni.

La pratica di ingerire oppiacei si è diffusa dal Medio Oriente prima del 4000 a.C. Tre eventi storici hanno stimolato il consumo e la dipendenza da oppioidi. In primo luogo, l'imperatore cinese vietò il fumo di tabacco nel 1644, incoraggiando la Compagnia britannica delle Indie orientali a contrabbandare l'oppio in Cina, il che portò a un graduale aumento del fumo di oppio. Poiché il fumo dell'oppio aveva un effetto maggiore sul cervello rispetto all'assunzione di cibo, il numero di tossicodipendenti aumentò. Successivamente, la morfina, il componente più potente dell'oppio, fu isolata nel 1803 e divenne disponibile in commercio negli anni Trenta del XIX secolo. Infine, l'ago ipodermico, inventato nel 1856, fu presto utilizzato per iniettare direttamente la morfina.

L'oppio divenne legalmente disponibile in molte parti del mondo, tra cui l'Europa e il Nord America. In effetti, l'oppio era usato come ingrediente di dolci, caramelle e vino, oltre che di vari farmaci da banco. Le pozioni con l'oppio come ingrediente principale, come il laudano, il cordiale di Godfrey e l'antipiretico di Dalby, erano ampiamente disponibili. Erano disponibili anche preparazioni a base di oppiacei come farmaci da banco per bambini, come lo sciroppo sedativo della signora Winslow e lo Street Children's Stillness.

L'Harrison Narcotics Act, approvato nel 1914, rese illegale negli Stati Uniti la vendita e l'uso di oppio, morfina e cocaina, anche se la morfina e i suoi analoghi sono ancora legalmente prescritti per scopi medici. Tuttavia, questa legge non includeva l'oppioide eroina. L'eroina fu sintetizzata nel 1870 aggiungendo due gruppi etilici alla molecola della morfina; nel 1898, l'eroina fu commercializzata dalla società Bayer, resa liberamente disponibile senza prescrizione medica e ampiamente promossa come una forma più potente di aspirina. I test dimostrarono che l'eroina era un analgesico più potente della morfina e aveva meno probabilità di causare nausea e vomito. Inoltre, sulla base di prove molto deboli, Bayer sostenne che la droga non creava dipendenza e non era quindi inclusa tra gli stupefacenti resi illegali dall'Harrison Act.

Nel 1924, il Congresso degli Stati Uniti rese illegali il possesso, la vendita e l'uso di eroina. Purtroppo, le leggi approvate per fermare l'uso di oppioidi negli Stati Uniti non hanno avuto molto

successo. Circa 507.000 cittadini statunitensi fanno attualmente uso di eroina, con la criminalità organizzata che ne sostiene i proventi.

L'effetto più diffuso tra i consumatori di oppioidi è il cosiddetto rush dopo l'iniezione endovenosa. Il rush da eroina è un'ondata di intenso piacere addominale che si sviluppa in un'euforia calma e sonnolenta. Molti tossicodipendenti da oppiacei sono attratti da questo piacere e usano la droga con frequenza crescente, fino a raggiungere una fase in cui si trovano in uno stato di alterazione per la maggior parte del tempo. A quel punto si sviluppa una dipendenza fisica che contribuisce al problema. Gli oppioidi incoraggiano i consumatori a utilizzare vie di somministrazione più dirette e dosi più elevate, di conseguenza la dipendenza fisica aumenta ulteriormente così come la motivazione ad assumere la droga.

La classica sindrome da astinenza da oppioidi inizia solitamente 6-12 ore dopo l'ultima dose. Il primo segno è di solito l'irrequietezza e il consumatore inizia a diventare psicologicamente e motoricamente agitato. In seguito, spesso cade in un sonno profondo, che può durare diverse ore. Al risveglio, ai sintomi iniziali possono aggiungersi altri sintomi, come sudorazione profusa, nausea, vomito, diarrea, crampi, dilatazione delle pupille, dolori muscolari e convulsioni. I sintomi dell'astinenza di solito si intensificano 2-3 giorni dopo l'ultima iniezione e scompaiono tutti entro il settimo giorno. In breve, i sintomi dell'astinenza da oppioidi possono essere gravi come un'influenza particolarmente forte.

I sintomi della dipendenza da oppioidi sono per lo più indiretti e non interamente attribuibili alla droga stessa. I consumatori di oppioidi vivono in uno stato di conflitto. Smettere di fumare è estremamente difficile, poiché i programmi di disintossicazione hanno successo solo per il 10% delle persone coinvolte. La maggior parte dei consumatori di oppioidi è costretta ad acquistare morfina ed eroina sul mercato illegale a prezzi elevati, e chi non lo fa è vittima della povertà e della microcriminalità. Diventano poveri, malnutriti, ricevono scarse cure mediche e sono a forte rischio di contrarre l'HIV e altre infezioni da aghi non sterilizzati a causa dell'uso promiscuo.

Nel 1994, il governo svizzero ha adottato un approccio alternativo al problema della dipendenza da eroina, istituendo una serie di cliniche in cui i consumatori di eroina in Svizzera potevano ricevere iniezioni di eroina da parte di medici a un prezzo simbolico, come parte di un pacchetto di trattamento completo. Il governo svizzero ha saggiamente finanziato un ampio programma di ricerca per valutare questa iniziativa. I risultati sono stati uniformemente positivi. Una volta ottenuta una fonte di eroina affidabile e a basso costo, la maggior parte dei consumatori di eroina ha abbandonato il proprio stile di vita criminale e ha migliorato la propria salute, grazie al trattamento specialistico e all'accesso alla consulenza medica nelle cliniche. Molti consumatori di

eroina sono tornati alle loro famiglie e al loro lavoro e hanno scelto di astenersi dal consumo di droga. Di conseguenza, l'eroina non si trova più nelle strade dei parchi svizzeri, la criminalità legata alla droga è diminuita e il benessere fisico e sociale dei consumatori di eroina è notevolmente migliorato. Inoltre, è diminuito anche il numero di nuovi casi di dipendenza da eroina. Questi risultati positivi hanno portato a programmi sperimentali simili in altri Paesi, con risultati analoghi. Infatti, un ampio studio randomizzato ha dimostrato che il trattamento assistito con eroina è più efficace e meno costoso del metadone, sostituto di sintesi dell'eroina, utilizzato per prevenire i sintomi dell'astinenza nelle persone che cercano di disintossicarsi da droghe oppiacee. Inoltre, i metodi di iniezione sicuri hanno ridotto con successo la diffusione di malattie infettive e i decessi per overdose di eroina in molte città.

TERZO CAPITOLO: LE COMUNITA' TERAPEUTICHE E IL RUOLO DEL TOSSICODIPENDENTE

3.1 Sviluppo storico delle comunità terapeutiche

Il termine comunità deriva dal latino, la parola *Communitas* indica "chi fa il suo lavoro" con gli altri. Esiste sin dal XIII secolo, mostrando persone unite da razza, territorio, lingua, religione o altro. Il termine comunità è usato nel linguaggio comune come termine puramente descrittivo e si riferisce a un gruppo di persone unite da elementi comuni come la politica, il territorio, l'occupazione, l'economia. Questa definizione ricorda una comunità per le persone che cercano di liberarsi dalla dipendenza o entrare in ordini religiosi. Infatti, in queste strutture, l'elemento collettivo ha la precedenza sull'elemento individuale, la dedizione sull'interesse e la solidarietà sull'egoismo.

La prima comunità per tossicodipendenti è nata come intervento volontario di persone che hanno deciso di vivere insieme per superare la dipendenza, un problema comune, su libera iniziativa. È nata in America alla fine degli anni ' 50 come risposta alla diffusione dell'uso di oppioidi e alla scala sociale di questo fenomeno. Il focus dei primi interventi comunitari si è concentrato su modelli di vita collettiva e processi di auto-aiuto volti ad agire in una direzione che cambia lo stile di vita. Tali cambiamenti possono derivare dalla condivisione, dal confronto e dal rafforzamento reciproco in situazioni di tossicodipendenza. Quando le persone affrontano gli stessi problemi e si uniscono, interagiscono secondo semplici regole di relazione, che mirano ad acquisire una nuova disciplina di comportamento. I membri di queste comunità di trattamento sono coinvolti in un ambiente volto a promuovere la cooperazione nella vita di tutti i giorni che tenta di assegnare nuovo valore alla vita stessa intraprendendo le solite attività come la pulizia, la cucina e la cura degli spazi comuni.

I responsabili, cioè gli operatori, tutelano sia il singolo che l'intero gruppo e le sue reazioni proponendo un percorso individuale basato sul disagio avvertito. Il lavoro è principalmente finalizzato a creare uno spirito di cooperazione, fiducia, senso di appartenenza e amicizia, in altre parole, una nuova rinascita. L'aspettativa degli utenti che entrano a far parte della comunità è quella di cercare esperienze che li facciano sentire nuovamente padroni di sé.

Affinché il soggetto sia in grado di difendere un senso di identità personale e stabilire un confine che non attraversa, le aspettative devono essere confrontate con l'operatore. Entrare in relazione con gli altri significa accettare di non avere un controllo totale sulla propria vita e sulle proprie emozioni, come sostiene Donald Winnicott. Questo implica anche il dover affrontare la paura di perdere sé stessi e la difficoltà di integrare altre realtà nel proprio mondo interiore. In questo

processo, il gruppo può servire da mediatore tra i valori e le aspettative della collettività e il singolo individuo, fungendo da filtro tra l'individuo e il mondo esterno. In tal modo, il gruppo può aiutare a mediare tra l'individuo e la realtà quotidiana.

3.2 Studio dei fenomeni del tempo nelle comunità terapeutiche

L'esperienza comunitaria è formata di norma da alcune fasi:

- Pre-comunità, con valutazione, accoglienza e inserimento
- Comunità terapeutica
- Post-comunità, con reinserimento sociale

Nelle fasi iniziali della comunità le reazioni e i comportamenti dei vari membri del gruppo sono dettati dai loro malesseri, mancanze, rancori e contrasti con il mondo. La conflittualità, spesso, fa da padrona nella maggior parte delle loro giornate. All'interno delle comunità terapeutiche si può sviluppare un senso di apatia per ciò che si ha intorno. Uno degli aspetti che colpiscono l'osservatore che entra nella giornata di comunità è sicuramente l'assenza di movimento, con un senso di arresto del tempo in cui ogni velleità sembra essere imbrigliata in una concatenazione ripetitiva di ruoli ed eventi. Questa apatia è dettata dal luogo in cui ci si trova. Il soggetto che entra nella comunità per la prima volta non percepisce come familiari i luoghi e gli spazi, trova difetti e imperfezioni in ciò che lo circonda e prova inizialmente un senso di rifiuto all'aiuto che gli si sta proponendo. Questa apatia non è unilaterale, spesso gli operatori nelle riunioni d'équipe fanno uscire le loro incertezze e difficoltà. Gli operatori riferiscono spesso che la prima sensazione che provano nell'entrata in una nuova comunità terapeutica è un senso di incertezza e confusione legata al fatto di non sapere quale è il proprio ruolo, il proprio spazio dove tutto sembra essere fissato da molto tempo. Questa sensazione iniziale viene presto sostituita da una sensazione più positiva e il legame tra operatore e membro della comunità cambia. L'apatia si trasforma in senso di familiarità, si inizia a prendere dimestichezza con i compiti da svolgere all'interno della comunità, i ritmi da sostenere e le terapie da prendere.

I membri della comunità percepiscono il tempo in modo diverso rispetto agli operatori, è come se fossero inseriti in un proprio "loop-temporale". Lo spazio in cui sono inseriti i membri diventa per loro una sorta di rifugio dove sono inserite emozioni sia passate che presenti ma anche emozioni reali e fantasmiche. Questo spazio diventa uno "spazio simbolico nel quale si muovono, in un tempo di gioco interazionale, delle esperienze che possono diventare partecipabili e comunicabili" (AA. VV. 1991, Psicopatologia delle comunità terapeutiche), sia all'interno che all'esterno delle

comunità terapeutiche. Se questo non avviene c'è il rischio di alienazione e spersonalizzazione. Gli operatori, di fronte a questa dimensione temporale dilatata, vedono vacillare le loro aspettative, in un percorso di demotivazione e di alienazione che tende a svuotare il significato del tempo.

Ciò che il paziente sta vivendo all'interno della comunità emerge dai colloqui individuali che ha con gli operatori. Spesso, un elemento che traspare è la mitizzazione del passato. Il paziente storicizza vissuti intensi di malinconia, bisogno fusionale e di perdita che vive nel presente in modo meno conflittuale perché essendo rilegati nel passato non sono più recuperabili. Alcune volte le persone cercano di ricostruire dei fili che legano la situazione presente a quella dell'infanzia, scavalcando così gli anni più bui come a cercare di dare continuità affettiva e progettuale al corso di una vita che è stata sconvolta da una dipendenza.

Restando all'interno delle comunità terapeutiche, dopo un percorso individuale e di gruppo che può durare dai due ai cinque anni, il membro disporrà di pensieri e sentimenti più propositivi. I membri della comunità possono partecipare a psicoterapia individuale e di gruppo, laboratori ludico-creativi, orto, artigianato, musica, pittura, cinema, teatro e sport.

All'interno delle comunità è presente un regolamento che prevede la pulizia degli spazi individuali e delle cose di loro possesso, responsabilità individuali, rispetto delle regole, degli altri membri del gruppo e degli orari previsti dalla comunità stessa.

3.3 l'importanza dei sogni nelle comunità per tossicodipendenti

Secondo Zoia, il tossicodipendente vive una condizione di "consumismo psicologico" che lo porta ad evitare rinunce, depressioni e spazi psichici vuoti. Cerca in modo fittizio di trascendere questa condizione di iposignificanza, evitando la fase di crescita necessaria che Zoia definisce come "morte iniziatica". La difficoltà nel trattare i tossicodipendenti risiede nella loro scarsa motivazione a mettersi in gioco; quindi, è importante che il rapporto terapeutico diventi uno spazio di riattivazione e contenimento di questa possibilità.

Il tossicodipendente, secondo Zoia, non affronta la sua Anima o funzione immaginale, non cerca di comprenderla e stabilire collegamenti consci con essa. Questo porta alla mancanza di sentimenti autentici e creatività. Lo scopo della terapia diventa quindi motivare il paziente a ristabilire un contatto con l'Anima, accompagnandolo in un percorso fatto di successi e ricadute.

Whitmont sottolinea che l'Anima non è soggetta al controllo conscio e non si può facilmente addomesticare; quindi, bisogna stare in guardia da nuovi trucchi e sorprese.

L'esperienza dell'autonomia dell'archetipo può colpire duramente il nostro modo usuale di pensare e sentire, portando a una trasformazione una volta che si comprende che gli archetipi agiscono autonomamente.

Il pensiero di Whitmont riflette sull'atteggiamento dei terapeuti che cercano di controllare ogni aspetto del processo terapeutico. Questo atteggiamento razionale può ostacolare la comunicazione spontanea, la ricettività e la creatività dell'Anima, che sono importanti nella cura di questa particolare patologia.

3.4 Sull'anima divoratrice: La storia di Franco e Diego

I sogni sono considerati importanti all'interno della comunità per i tossicodipendenti. Sono spesso visti come un modo per esplorare desideri nascosti, paure ed emozioni che possono influenzare il comportamento di una persona. I sogni possono essere utilizzati come strumento terapeutico per aiutare le persone a capire meglio se stessi e affrontare i problemi legati alla dipendenza. Nelle comunità per tossicodipendenti i sogni possono presentare sfide specifiche per gli utenti perché possono aver vissuto esperienze difficili legate alla dipendenza e alla relativa riabilitazione, ma possono anche rappresentare un'opportunità per esplorare desideri personali, aspirazioni e obiettivi sul percorso di recupero. Le comunità per tossicodipendenti spesso offrono supporto emotivo e psicologico per aiutare le persone a capire e iniziare a perseguire i loro sogni.

Nel libro "Il Sogno Teatro interiore dell'anima. Esperienze di psicodramma" vengono presentati alcuni sogni di pazienti assistiti in comunità terapeutiche per tossicodipendenti. I casi presentati di seguito sono di due ragazzi, Franco e Diego, entrambi con una storia familiare complicata che ricorrono all'uso di sostanze per cercare di lenire a questo dolore.

In questo sogno si parla dei gruppi di psicodramma in cui emerge il problema del femminismo legato ai rapporti con madri possessive e invadenti, che non rispettano l'individualità dei figli. Spesso queste madri sono immerse in relazioni conflittuali coi coniugi e concentrano tutta l'attenzione sui figli, sostituendosi a loro in molte situazioni. Viene descritta una seduta di gruppo in cui Franco gioca il suo disagio nel sentirsi ospite in casa propria durante le verifiche terapeutiche, vivendo una distanza inedita dalla madre. Viene analizzato il rapporto conflittuale tra Franco e la madre, che culmina con l'intervento del compagno della madre che lo caccia di casa. Si parla poi della volontà di Franco di diventare uomo e delle influenze paterne e materne sul suo sviluppo. Viene poi descritto il caso di Diego, che affronta sentimenti di solitudine, rabbia e senso di colpa legati al rapporto con la madre. Durante la terapia, Diego affronta il suo uso di eroina,

riconoscendo le emozioni represses legate alla sua storia passata e alla fine del percorso terapeutico decide di andare a vivere per conto proprio per affrontare il senso di colpa e l'autoaffermazione.

3.5 Il ruolo familiare

Nel libro "Il destino del tossicomane" di Claude Olievenstein, il soggetto dipendente all'interno della famiglia viene definito come "l'idiota di famiglia", un termine inconsueto che colpisce per la sua forte connotazione.

Per Olievenstein l'idiota di famiglia è una persona che nelle antiche civiltà era chiamata capro espiatorio. Non sono sempre i tossicodipendenti che assumono questa posizione, possono essere classificati come fratelli o spostarsi da persona a persona, ma nella maggior parte dei casi questo ruolo è svolto dai tossicodipendenti.

Una persona che svolge questo ruolo sarà responsabile della colpa della famiglia senza nemmeno rendersene conto e sentirà la fonte di tensioni e preoccupazioni che esistono nell'unità familiare. C'è un sospetto in questa relazione, e il tossicodipendente crede di sapere che non è amato; quindi, cerca di vendicarsi in qualche modo o lo nega, e partendo da questo sospetto, parliamo di autonomia, che viene effettuata allo stesso modo della tossicodipendenza.

Lo spontaneismo si sforza di opporsi all'atmosfera, al vago, all'indistinguibile. La personalità dell'idiota di famiglia si costruisce a poco a poco in questa battaglia ripetitiva e aggiornata.

Non c'è separazione possibile tra la storia del soggetto e la storia della famiglia, poiché non è presente tra il destino spirituale e gli eventi che producono le idiosincrasie. La frammentazione familiare può generare angoscia e tensioni interpersonali all'interno del nucleo familiare, portando a divisioni e scontri tra i suoi membri. In tali contesti, alcuni individui possono essere avvertiti come "vincitori" delle dinamiche conflittuali, mentre altri possono essere percepiti come "vinti". Ogni individuo si trova quindi ad affrontare il dilemma di schierarsi o accettare una determinata posizione all'interno del conflitto familiare. Fondamentalmente la storia familiare costituisce un fattore determinante nel plasmare le scelte e il destino dell'individuo.

Il compito essenziale del terapeuta clinico è quello di individuare, nel doppio senso dell'interazione familiare, il soggetto più debole, per poter dare valore a una certezza del Sé del soggetto. L'ineguaglianza si costruisce anche per il modo con il quale il soggetto vive il passaggio dello specchio. Egli si può sentire totalmente altro o più o meno parzialmente altro. Abbiamo di fronte un soggetto che adotta, posizioni mutevoli, sempre più marginalizzanti rispetto alle norme

concentriche della famiglia, scuola, società. Una delle rare possibilità che gli permettono di vivere è quella di allucinare il reale attraverso il giuoco, un giuoco sempre più erotizzato, in cui cercherà la completezza della propria identità, cioè verso una prima soluzione androgina dell'identità. Ma nella misura stessa in cui compaiono i partenaires le possibilità di ricostruzione di un'identità non sono mai sufficientemente durevoli perché si possa costruire uno statu quo. ("Il destino del tossicomane. Claude Olievenstein.")

Per tutti questi motivi, il soggetto diventa incapace di accordarsi sul diritto di amare e di essere amato senza esercitare un intero sistema di controlli squilibrati su cui i partenaires non possono vivere.

In conclusione, l'idiota di famiglia svolge un ruolo difficile e destabilizzante all'interno della famiglia, spesso subendo colpe e tensioni senza rendersene conto. Questo può portarlo ad avere comportamenti autodistruttivi come la tossicodipendenza, mentre cerca disperatamente identità e unità. Il terapeuta clinico ha il compito di individuare il soggetto più vulnerabile nella dinamica familiare e supportarlo nel superare le difficoltà legate al suo ruolo. Con l'ausilio di interventi esterni come farmaci o trattamenti, si può alleviare il dolore e avviare un percorso di guarigione per il soggetto e la famiglia nel suo complesso.

QUARTO CAPITOLO: INDAGINE CONOSCITIVA SULL'UTILIZZO DELLO PSICODRAMMA NELLE COMUNITA' PER TOSSICODIPENDENTI

4.1 Metodologia dell'indagine conoscitiva: l'intervista semistrutturata

Per avere delle testimonianze sulla conduzione dello psicodramma nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti è stato utilizzato un metodo che prende spunto dalle ricerche metodologiche, in particolare quelle etnografiche, attraverso interviste semistrutturate, che cercano di cogliere al meglio l'utilizzo di questa tecnica nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti.

Le interviste semistrutturate sono tecniche di raccolta dati utilizzate nella ricerca sociale e psicologica. Ciò significa che i ricercatori non solo hanno una serie di domande preimpostate, ma vanno anche in modo più libero e aperto, a seconda delle risposte e delle reazioni degli intervistati. Questo tipo di intervista consente di ottenere informazioni più dettagliate rispetto alle interviste strutturate, ma allo stesso tempo ha un certo grado di standardizzazione e coerenza rispetto alle interviste non strutturate.

Domande intervista semistrutturata

1. Che tipo di sostanze hanno utilizzato i componenti della comunità di tossicodipendenti?
2. Possono partecipare tutti gli utenti?
3. Ci sono pazienti sieropositivi?
4. Secondo lei è importante il ruolo dell'osservatore e la sua restituzione finale?
5. Praticate tecniche di riscaldamento?
6. Che scopo ha il riscaldamento in un gruppo di tossicodipendenti?
7. Il conduttore si serve della collaborazione di qualche altro professionista per gestire gli incontri?
8. Quali scene è utile far rappresentare al tossicodipendente?
9. Rappresentate anche scene familiari?
10. Il conduttore è aperto a rappresentare ogni tema portato dai partecipanti oppure introduce dei temi su cui lavorare? Se sì quali sono questi temi?
11. Secondo lei il filo conduttore in un incontro di psicodramma può essere solo la dipendenza da sostanza?
12. Si è mai trovato/a in una situazione di difficoltà nella conduzione? Come ha reagito e risolto la problematica?
13. Quanti sono solitamente i partecipanti del gruppo?
14. Quanto dura la seduta di psicodramma? E quante volte a settimana viene ripetuta?

15. Quanto dura mediamente un incontro? Come è il setting della seduta?

16. Utilizzate rituali di gruppo?

17. Come termina la seduta?

4.2 Le aree di indagine dell'intervista semistrutturata

Le domande dell'intervista sopra riportate sono state suddivise in quattro aree di interesse.

1. Area su conduttore e osservatore (domande 4, 7, 10, 12)
2. Area sul setting (domande 5, 6, 13, 14, 15, 16, 17)
3. Area sull'utenza e tipologia delle utenze (domande 1, 2, 3)
4. Area sulla rappresentazione delle scene (domande 8, 9, 11)

4.3 Il campione di riferimento

Le interviste semistrutturate sono state poste a tre ex conduttori di psicodramma nelle comunità per tossicodipendenti: Laura Motrassino, Marco Greco e Loredana Acquadro.

L'utilizzo dello psicodramma analitico nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti è stato utilizzato dalla Dott.ssa Laura Motrassino, specialista in Psicologia e Psicoterapia. Dal 1998 è stata conduttrice di psicodramma analitico nelle comunità per tossicodipendenti, per poi trasferirsi presso i servizi psichiatrici del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Dr. Marco Greco si è avvicinato alle comunità terapeutiche, durante il suo percorso di servizio civile, grazie ad un amico che nel 1984-1985 stava mettendo in piedi un centro per persone con dipendenze. Visto il suo interesse per la psicologia ha accettato e si è recato a Roma dove ha incontrato Ottavio Rosati, un uomo di teatro, psicodrammatista sia moreniano che analitico. Successivamente si è recato a studiare a Milano presso una scuola con stampo psicodrammatista moreniano. Nel 1995 Marco Greco è diventato psicodrammatista.

Loredana Acquadro è una psicologa e psicoterapeuta con oltre trent'anni di esperienza presso il Ser.D di Cossato (Biella). Durante il suo percorso formativo, ha approfondito la tecnica dello psicodramma classico presso la Comunità Casa Speranza a Chiavazza, nel territorio biellese.

4.4 I limiti dell'indagine conoscitiva

Per comprendere al meglio come è stato utilizzato lo psicodramma nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti è stata somministrata l'intervista semistrutturata sopra riportata a tre differenti psicologi psicoterapeuti. Questa intervista vuole essere solo indicativa e da esempio di alcune comunità italiane, più precisamente del Piemonte. Vuole fornire solo delle indicazioni sull'utilizzo della tecnica dello psicodramma.

L'intervista semistrutturata è stata posta ad un campione ristretto di persone e i dati estrapolati potrebbero non essere generalizzabili a tutta la popolazione a causa della selezione non rappresentativa dei partecipanti. Inoltre, queste interviste sono molto soggettive. Raccontano esperienze personali e ciò potrebbe portare ad un concetto di generabilità non corretto o soggetto ad aspettative personali del campione di riferimento. Il campione di riferimento non è inoltre sufficientemente ampio per poter essere valido in termini di globalità.

Le interviste sono state svolte in contesti differenti, somministrate singolarmente e registrate per evitare la perdita di dati importanti. Rispetto alle interviste, gli intervistati hanno anche raccontato aneddoti o aggiunto informazioni in più che sono state riportate nella trascrizione delle registrazioni stesse.

4.5 Intervista a Laura Motrassino

La Dott.ssa Motrassino si è resa disponibile a rispondere ad alcune domande sull'utilizzo dello psicodramma nelle comunità per tossicodipendenti. Attualmente non conduce più psicodrammi in queste comunità ma partecipa in maniera attiva alle riunioni con gli operatori delle comunità terapeutiche dove lavorava precedentemente.

Intervistatore: Quali sono le sostanze che venivano utilizzate dai componenti di queste comunità?

Dott.ssa: Quando conducevo io i gruppi di psicodramma i pazienti utilizzavano prevalentemente alcool ed eroina, ora gli operatori ai quali faccio supervisione riportano soprattutto l'utilizzo di cocaina, crack, psicofarmaci e alcool.

Intervistatore: Agli incontri potevano partecipare tutti gli utenti?

Dott.ssa: Ai gruppi potevano partecipare tutti i pazienti che venivano considerati in grado di effettuare un programma nelle comunità e quindi un progetto di terapia. Entrando in comunità i pazienti aderivano e davano il loro assenso anche alla partecipazione ai gruppi terapeutici.

Intervistatore: Erano presenti pazienti sieropositivi?

Dott.ssa: Sì, erano, e sono presenti pazienti sieropositivi ma non c'è differenza nella partecipazione ai gruppi.

Intervistatore: Vengono praticate tecniche di riscaldamento negli incontri proposti?

Dott.ssa: Sì, pratichiamo sempre momenti di riscaldamento all'inizio, il warming up anzi, viene considerato uno degli elementi più importanti in questo tipo di gruppo, con questi pazienti perché serve a riscaldare e preparare le persone che sono solitamente rivolte verso l'esterno alle attività pratiche e in fuga dall'introspezione. Il riscaldamento serve a prepararle e concentrarsi di più sulla relazione e sul proprio mondo interno. A passare dal "fuori", che è il mondo esterno alla comunità, al "dentro", che è il mondo interno, emotivo e inconscio.

Intervistatore: Come ritiene il ruolo dell'osservatore e la sua restituzione finale?

Dott.ssa: L'osservatore è molto importante. Generalmente io ero sempre da sola a condurre gruppi e quindi facevo sia da conduttore che da osservatore. L'osservatore è una risorsa importante per poter condurre il gruppo in due, serve da co-conduttore. L'osservatore ha un ruolo importante perché sottolinea ciò che è avvenuto, le cose importanti. Queste le può anche interpretare, come succede nei sogni, connettere ad altre scene giocate in precedenza e alla storia del paziente. L'osservazione può fare notare elementi emersi nei giochi non verbali, quelli di mimica. Può inoltre restituire le emozioni che ai pazienti non sono così chiare, può far sentire riconosciuti i pazienti che hanno giocato le loro scene, serve a rispecchiarli anche emotivamente e poi dà delle vie di uscita dai problemi mettendo in risalto gli aspetti progettuali che dovrebbero esserci, sui quali continuare a lavorare.

Intervistatore: Si serviva di qualche collaboratore per poter condurre i gruppi?

Dott.ssa: Quando era possibile facevo sempre partecipare delle tirocinanti in modo da avere degli io-ausiliari, cioè persone che non conducevano il gruppo, ma si prestavano a giocare le parti che i pazienti assegnavano loro e quindi attraverso la loro interpretazione dei ruoli e attraverso il loro contro transfer, il lavoro del loro inconscio che entrava in risonanza con il tema del gruppo, potevano restituire elementi importanti ai pazienti e in questo modo arricchire il gruppo e aiutare il conduttore.

Intervistatore: Quali sono le scene utili da far rappresentare al tossicodipendente?

Dott.ssa: In genere dal giro iniziale si può comprendere qual è il tema che sta attraversando il gruppo e iniziare a far giocare queste dinamiche, in genere sono scene di vita quotidiana che i pazienti vivono in comunità, magari loro conflitti o conflitti con gli operatori.

Intervistatore: Venivano rappresentate anche scene famigliari?

Dott.ssa: Certamente si cerca sempre di andare a scene familiari, per ricondurre quello che loro vivono nel “qui e ora” al “là e allora” e agganciare il presente alla storia familiare.

Intervistatore: Ci sono scene che non dovevano essere rappresentate?

Dott.ssa: Una delle regole è non fare giocare scene di utilizzo della sostanza perché si pensa che in quei momenti i pazienti non erano lucidi. Inoltre quello è il sintomo che li inchioderebbe a rimanere lì sul sintomo, invece di lavorare sulle dinamiche interne sul significato. Inoltre, giocare scene di utilizzo di sostanza può creare craving e distogliere dal lavoro terapeutico. Quindi non si giocano scene di utilizzo della sostanza ma tutte le scene della loro vita quotidiana dei loro rapporti con gli altri, con i familiari, fidanzate, amici o amici della comunità o altri pazienti e operatori, anche scene del passato di quando erano bambini. Non ci sono scene o temi ammessi o non ammessi si parte sempre dalla quotidianità o presente o passata, si possono giocare anche scene virtuali di come uno si rappresenta nel futuro, se riesce a rappresentarsi e ad avere una progettualità, questo è molto importante. L'importante non è quale scena giocare, ma il processo che bisogna instaurare, che è molto importante soprattutto per questi pazienti, ossia quello di connettere il comportamento all'emozione, il riconoscere le emozioni, imparare a nominarle, imparare a sentirle e riconoscerle attraverso il corpo e attraverso la relazione e in tal modo diventare maggiormente consapevoli connettendo i significati anche più inconsci o più personali ai loro comportamenti, (ad esempio come mi fa sentire un conflitto cosa sento nel corpo, come si chiama questa emozione, quando la provo e cosa faccio dopo averla provata, mi arrabbio? vado a farmi? Agisco l'aggressività diretta su un'altra persona? indiretta?). Il collegare i comportamenti alle emozioni e diventarne consapevoli è molto importante ancor più per questi pazienti tossicodipendenti spessissimo alelessitimici, o comunque in fuga dalle emozioni e dagli insights.

Intervistatore: Venivano rappresentati tutti i temi portati dai partecipanti oppure capitava di introdurre a lei dei temi su cui lavorare?

Dott.ssa: In alcuni gruppi mi è capitato di introdurre io dei temi perché erano gruppi che non riuscivano a lavorare da soli, molto bloccati, andavano stimolati e allora iniziavamo da questi

temi , però la maggior parte delle volte lascio che il tema emerga dal riscaldamento o da quello che hanno vissuto con il corpo e con le sensazioni e le emozioni nel riscaldamento o dalle immagini che sono emerse o dalla quotidianità che hanno vissuto in comunità, dai problemi che loro portano quindi il tema emerge dal gruppo.

Intervistatore: Erano utilizzati rituali gruppali?

Dott.ssa: Ho introdotto dei rituali corporei ad esempio fare sempre lo stesso movimento che crea sempre la stessa immagine del gruppo, questi rituali rimanevano costanti in modo che potessero dare sicurezza e continuità rispetto a quello che stavamo facendo , lo stesso giro di vissuti a fine gruppo e dove ognuno dice quello che ha vissuto e ha visto nel gruppo e ha sentito così come il giro iniziale dove ognuno dice un po' come sta cosa porta quel giorno al gruppo, sono rituali che avvengono sempre.

Intervistatore: Come era composto il setting negli incontri di psicodramma?

Dott.ssa: Il setting era così :il gruppo composto da 8/10 persone direi fino a un massimo di 15 non di più , meglio se 12 e ci si ritrova sempre lo stesso giorno alla stessa ora settimanalmente e il gruppo dura due ore , le persone iniziano con un giro iniziale a parlare di sé e a dire cosa hanno vissuto nella settimana su cosa vorrebbero lavorare se vogliono possono portare un'immagine ognuno porta qualcosa se non vuole dire niente anche solo un colore o una sensazione , poi si fa il riscaldamento e poi ognuno dice di che cosa ha sentito, provato cosa gli è venuto in mente. Il conduttore a questo punto decide chi fare giocare in base alla propria intuizione rispetto alla rilevanza del tema portato da ognuno , il paziente viene fatto giocare si iniziano a fare diversi giochi (scene) , quando la persona torna a sedersi c'è lo sharing il gruppo esprime i propri vissuti nel ruolo che ha giocato o nel la scena, poi continua a mettere in scena un'altra persona e poi magari ancora un'altra in genere due o tre per gruppo giocano le loro scene per un totale di 6/7 scene sempre alla fine di ogni scena chi ha giocato dice che cosa ha sentito e anche chi non ha giocato in seguito, A conclusione del gruppo si fa un giro finale dove ognuno parla e dice com'è andato per lui il gruppo dopo ce l'osservazione finale che chiude il gruppo. Quando c'è un rituale di conclusione questo avviene dopo l'osservazione.

Intervistatore: Si è mai trovata a fronteggiare una situazione di difficoltà all'interno del gruppo? Come ha reagito e risolto la difficoltà?

Dott.ssa: Ho condotto moltissime volte gruppi di psicodramma in situazioni difficili di difficoltà e ho cercato sempre di risolverle attraverso la tecnica stessa dello psicodramma, ossia non mettermi a parlare e non interrompere il gruppo, ma continuando a stare nel gruppo e utilizzare il gioco, il

corpo in movimento, la scena della persona in crisi o anche di altre persone che rispondono a questa situazione di crisi. Mi sono trovata molte volte in questi momenti di crisi con questi pazienti è facile, spesso o si difendono non contattando le emozioni, non volendo mettere in scena le proprie storie, disturbando-come a scuola, oppure aprendosi al sentire. Possono crollare in pianti inconsolabili e angosce. Non cerchiamo con lo psicodramma analitico le scene forti o catartiche ma l'integrazione di tutte le parti-pensiero, emozione e sensazione- e l'aumento della consapevolezza.

4.6 Intervista a Marco Greco

L'approccio dello psicodramma moreniano nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti è stato utilizzato fino al 31 dicembre 1999 dal Dr. Marco Greco. Lui è uno dei principali esponenti delle comunità terapeutiche conosciute oggi con il nome di Ceis o nelle metodologie più comuni "Progetto Uomo". Il modello delle comunità terapeutiche in cui ha lavorato il Dr. Greco era un modello riabilitativo, organizzato di tre fasi: accoglienza, comunità terapeutica e reinserimento. Il Dr. Greco ha abbandonato questo modello nel 1999 in quanto all'epoca il modello di riferimento nelle comunità terapeutiche era il modello farmacologico e racconta un piccolo aneddoto sulla sua esperienza "quando era in comunità il luogo dei medicinali era una semplice cassetta bianca con una Croce Rossa sopra dove c'erano cerotti, alcool e analgesici per il mal di testa". Dopo aver abbandonato le comunità terapeutiche nel 1999 ha creato il Gruppo Arco con altri colleghi, dove la stanza medica era chiusa a chiave ed era presente un armadio dove ognuno aveva un ripiano con i farmaci da somministrare ad ogni utente del centro. In questo centro da lui creato erano utilizzati i gruppi dove i ragazzi nell'arco di un anno affrontavano, attraverso lo psicodramma moreniano, alcuni episodi traumatici delle proprie vite.

Così come per la Dott.ssa Motrassino, anche al Dr. Greco sono state fatte alcune domande per cercare di capire come l'utilizzo dello psicodramma moreniano sia utile nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti.

Intervistatore: Quanti erano i partecipanti al gruppo di psicodramma in comunità terapeutiche?

Dr: Solitamente nelle comunità terapeutiche i gruppi erano piccoli, si aggiravano intorno ai 10-12 partecipanti, arrivando fino ad un massimo di 15 partecipanti. Questo perché i piccoli gruppi servono per fare psicoterapia.

Intervistatore: Vengono praticate tecniche di riscaldamento negli incontri proposti?

Dr: Sì, ovviamente, il riscaldamento ha lo scopo di riscaldare la spontaneità dei membri del gruppo. Il riscaldamento non durava troppo, il tempo delle sessioni era pressoché breve, duravano circa due ore.

Intervistatore: Nelle sessioni di psicodramma veniva utilizzato il ruolo dell'osservatore?

Dr: No, l'osservatore non veniva utilizzato, nel modello moreniano l'osservatore non è importante. Quando sono presenti i grandi gruppi noi lavoriamo in coppia, in modo da alternarci, ma nello psicodramma moreniano non vengono interpretate le scene. Nello psicodramma moreniano il direttore non si inserisce nemmeno nella scena rappresentata dal protagonista, questo perché la scena è tutta del protagonista.

Intervistatore: Quali scene è utile far rappresentare al tossicodipendente?

Dr: Qualsiasi scena è utile. Il protagonista ha sempre ragione. Gli operatori conoscevano la storia, i traumi, gli abusi, l'inizio alla droga del paziente. Durante la comunità terapeutica ci si concentrava principalmente sui temi in ballo in quel momento, che poi i temi rappresentati sono quasi sempre traumi, violenze subite ed operate, temi dei progetti futuri. Detto questo ognuno aveva la sua miscelanea di temi e quando si lavorava con strumenti psicodrammatici bene o male gli operatori sapevano quali temi avrebbe portato un determinato paziente rispetto ad un altro.

Intervistatore: Venivano rappresentate delle scene famigliari?

Dr: Completamente. Io ho lavorato anche con ragazzi minorenni che diventavano poi maggiorenni in comunità e con questi pazienti si poteva lavorare e si rappresentavano principalmente temi famigliari. Questi pazienti non erano persone entrate in comunità da tempo e soprattutto non erano imbottiti di farmaci, per cui lavorare con loro portava più feedback.

Intervistatore: Venivano date attenzioni differenti ai ragazzi minorenni che entravano nelle comunità terapeutiche?

Dr: Sì, c'erano attenzioni diverse per loro perché chiaramente erano tutti abbastanza giovani. Ma in comunità erano presenti anche persone trentenni. La droga condiziona moltissimo il cammino evolutivo e poteva capitare che dei trentenni che facevano uso di droga avevano un livello cognitivo paragonabile a degli adolescenti. Qualche volta erano più maturi i giovani degli adulti.

Intervistatore: Quando conduceva si è mai trovato in una situazione di difficoltà?

Dr: Era tutto molto difficile, anche la preparazione del gruppo risultava molto complicata. Si facevano delle ipotesi sui possibili candidati che poi non erano rispettate. Non si poteva preparare

tutto, si doveva stare all'interpretazione dell'emergente. Era tutto molto complicato, le persone non sono delle macchine e le persone hanno la necessità di trovare un direttore che non va in panico nella rappresentazione di temi complicati.

Intervistatore: Quando finiva una sessione come si sentiva?

Dr: A volte un po' stravolto. Nell'ordinario abbastanza bene, contento per loro, empatizzavo un po' con loro. Il gruppo era un momento della comunità terapeutica, complessivamente si viveva per il tragitto e non per il gruppo stesso. Una volta, ad agosto ricevetti una telefonata dove mi dissero che la ragazza di un paziente di una comunità per tossicodipendenti era morta, io conoscevo la ragazza ma non conoscevo ragazzo. Questo ragazzo me lo ritrovai un paio di anni dopo nella comunità dove stavo lavorando in quel momento. Durante una sessione affrontò il tema della morte della fidanzata. In questa sessione lui piange e si dispera, a fine sessione gli ho proposto di scrivere una lettera alla sua ragazza morta anni prima. Lui scrive la lettera e a fine della sessione viene chiesto al ragazzo come avrebbe salutato la sua defunta ragazza, lui tira fuori la lettera, prende l'accendino e la brucia, dicendo che gliel'aveva spedita, scoppia a piangere. Questo è stato un momento indimenticabile. Finita la sessione l'ho chiamato nel mio studio e gli ho detto che conoscevo la sua ragazza, siamo andati a trovarla al cimitero, lui non era mai andato a trovarla, davanti alla sua tomba lui piange. L'ho riportato in comunità dove ha finito il suo percorso terapeutico è stato poi reinserito nella comunità, si è sposato ed ora è un dentista.

Intervistatore: Durante le sessioni di psicodramma facevate qualche rituale specifico?

Dr: Alcuni sì, sicuramente il saluto iniziale. Il gruppo ha bisogno di rituali, sono le esigenze dei gruppi. Esistono anche dei gruppi che non si salutano e questo è proprio un rito. La sessione di psicodramma moreniano è un'alternanza di io-attore e io-osservatore, ci fermiamo ad osservare ciò che abbiamo provato nel momento del io-osservatore. Bisogna dare voce anche all'io-osservatore e vedere cosa è successo all'io-attore.

Intervistatore: Come si conclude la sessione?

Dr: La fine del lavoro con il protagonista è un momento integrativo, bisogna integrare i pezzi che si sono smontati durante la seduta. Lo psicodrammatista, visto che la comunità terapeutica è un mondo continuativo, può decidere di lasciare insaturi alcuni temi, in modo da continuare la settimana dopo con gli stessi temi. Bisogna fare attenzione a lasciare temi insaturi a persone che sappiano gestirli, questo perché l'insaturo può creare ansia e angoscia. Chiudere bene un gruppo non è solo "pappa e ciccìa", può esserci un bel saluto con un gruppo che si complimenta tra loro

per aver svolto un buon lavoro. C'è un momento di condivisione finale del gruppo che nello psicodramma analitico non è presente.

4.7 Intervista a Loredana Acquadro

Anche alla Dott.ssa Acquadro è stata sottoposta la stessa intervista semi-strutturata. Prima di iniziare l'intervista ha voluto evidenziare come lo psicodramma sia utile al fine di capire quale sia l'origine del sintomo.

Intervistatore: Che tipo di sostanze utilizzano i componenti delle comunità per tossicodipendenti?

Dott.ssa: Principalmente stiamo parlando di utenti che utilizzano eroina.

Intervistatore: Possono partecipare tutti gli utenti?

Dott.ssa: Sì, nel senso che comunque non possono partecipare le persone che sono in accoglienza, perché le persone che sono in accoglienza devono ancora essere ben conosciute dalla comunità, deve ancora essere ben approfondito il quadro diagnostico. Direi che possono partecipare tutti gli utenti dal terzo mese in avanti. Solitamente finito il periodo di "black down" con l'esterno. In genere durava un mese ma un po' ci vuole per adattarsi. Bisogna fidarsi sia del conduttore che dei "compagni di viaggio".

Intervistatore: Ci sono pazienti sieropositivi?

Dott.ssa: Si erano presenti pazienti sieropositivi. Ma la loro condizione non cambiava assolutamente nulla all'interno del gruppo.

Intervistatore: Secondo lei è importante il ruolo dell'osservatore e la sua restituzione finale?

Dott.ssa: Nel modello di psicodramma che utilizzavamo all'interno delle comunità dove lavoravo io, non era presente la figura dell'osservatore. Solitamente la restituzione finale veniva fatta da me, conduttore, al gruppo.

Intervistatore: Praticate tecniche di riscaldamento?

Dott.ssa: Non si praticavano tecniche di riscaldamento specifiche ma all'inizio della seduta si facevano dei giochi come ad esempio, quello della sedia, dove il paziente si sedeva e raccontava ciò che stava vivendo in quei giorni oppure immaginava di avere di fronte a sé una persona specifica.

Intervistatore: Che scopo ha il riscaldamento in un gruppo di tossicodipendenti?

Dott.ssa: Il riscaldamento serve al paziente a passare ad uno stato di consapevolezza di ciò che sta per succedergli. In generale il riscaldamento è il modo in cui il paziente passa da una modalità meno razionale ad una modalità più espressiva.

Intervistatore: Il conduttore si serve della collaborazione di qualche altro professionista per gestire gli incontri?

Dott.ssa: I gruppi solitamente li conducevo da sola, calo sulla mia realtà personale. Se era presente un tirocinante o specializzanda partecipava alle sessioni di psicodramma, ovviamente prima chiedevo al gruppo se potesse accedere alle sessioni per non turbare il gruppo stesso. In questo caso, solo in questo caso la tirocinante prendeva il ruolo dell'osservatore.

Intervistatore: Quali scene è utile far rappresentare al tossicodipendente?

Dott.ssa: Come accennato prima lo psicodramma rappresenta e serve per riattualizzare delle situazioni passate non correttamente elaborate. Mi ricordo che spesso venivano rappresentate scene inerenti al nucleo familiare, un padre assente, una madre iper-presente. Queste scene portavano con sé reazioni di rabbia e spesso frustrazione.

Intervistatore: Vengono rappresentate scene familiari?

Dott.ssa: Generalmente sì. Spesso le scene rappresentate parlavano di “triangolazione emotiva” dove il soggetto evadeva dalla rappresentazione del proprio nucleo familiare. Spesso le scene rappresentate rievocavano anche i problemi di attaccamento presenti all'interno del nucleo familiare. Posso dire che attraverso la rappresentazione, continua e prolungata di queste scene il paziente iniziava a prendere più consapevolezza e si sentivano quasi “meno colpevoli” della situazione che stavano vivendo. Quando si capisce perché viene fatta una determinata cosa allora si sta meglio, si vede la luce e da qui parte una nuova motivazione per cercare di fare bene perché non si è più la stessa persona. Spesso i pazienti si percepivano cambiati e di conseguenza anche gli altri membri del gruppo percepivano questo cambiamento.

Intervistatore: Il conduttore è aperto a rappresentare ogni tematica portata dai partecipanti? Oppure introduce lui stesso delle tematiche su cui lavorare?

Dott.ssa: Il conduttore è sicuramente aperto ad introdurre i temi che i pazienti portano ma questi temi devono essere comunque attinenti al percorso del gruppo.

Intervistatore: Secondo lei il filo conduttore in una sessione di psicodramma può essere solo la dipendenza da sostanza?

Dott.ssa: No, assolutamente no.

Intervistatore: Si è mai trovata in una situazione di difficoltà nella conduzione del gruppo? Come ha reagito e risolto?

Dott.ssa: Sì, molto spesso. Non c'era un modo specifico in cui mi comportavo o reagivo. Se ad esempio, veniva turbata la quiete del gruppo da parte di un partecipante o più partecipanti solitamente li estromettevo dal gruppo. Una volta un paziente ha avuto dei comportamenti aggressivi e mi sono sentita di interrompere la sua sessione di psicodramma.

Intervistatore: Quanti sono solitamente i partecipanti ad un gruppo?

Dott.ssa: Di solito erano circa 8/10 partecipanti. Mai più di dieci comunque.

Intervistatore: Quanto dura la sessione di psicodramma? E quante volte a settimana si ripete?

Dott.ssa: Allora, la sessione durava circa un'ora e quarantacinque minuti, di solito gli incontri venivano fatti una, massimo due volte a settimana. Non di più.

Intervistatore: Come è il setting della sessione?

Dott.ssa: Il setting era molto classico, avevamo a disposizione una stanza, che era abbastanza grande e priva di rumori, erano presenti delle sedie e ognuno sceglieva il posto che sentiva più suo.

Intervistatore: Utilizzate rituali di gruppo?

Dott.ssa: No, non utilizzavamo rituali particolari. Agli inizi di formazione del gruppo spiegavo la tecnica e facevo fare una breve presentazione ai partecipanti del gruppo.

Intervistatore: Come termina la sessione?

Dott.ssa: Solitamente la seduta terminava con una restituzione finale sugli aspetti principali di quello che si è vissuto durante la seduta. Di solito utilizzavo qualcosa che facesse ritornare i partecipanti nel "qui e ora", ad esempio, se la sessione si svolgeva nel tardo pomeriggio dicevo qualcosa del tipo "chissà cosa c'è stasera per cena".

4.8 Analisi dei dati

L'intervista con la Dott.ssa Motrassino offre uno sguardo approfondito sull'applicazione dello psicodramma nelle comunità per tossicodipendenti. Durante la conversazione sono state descritte le sostanze di abuso più comuni tra i pazienti. La Dott.ssa parla dell'importanza del riscaldamento e lo definisce cruciale per creare un ambiente sicuro e confortevole. Inoltre, sottolinea l'importanza del ruolo dell'osservatore nel fornire un riscontro costruttivo e assistere i pazienti nella comprensione delle proprie dinamiche emotive. Le scene rappresentate durante i gruppi spaziano dalla vita quotidiana in comunità a situazioni familiari e passate, con l'obiettivo di esplorare e affrontare le emozioni sottostanti. La Dott.ssa enfatizza l'importanza di evitare di ricostruire situazioni di utilizzo della sostanza, concentrandosi invece sulle esperienze interne ed emotive dei pazienti. Parlando dei rituali gruppali e del setting delle sedute, è stata offerta una visione dettagliata di come vengono strutturati i gruppi e gestite le dinamiche durante la seduta stessa. Con franchezza, racconta anche delle sfide affrontate e di come abbia utilizzato la tecnica dello psicodramma per affrontarle in modo costruttivo. In generale, l'intervista presenta un approfondimento sul ruolo dello psicodramma nel trattamento dei pazienti tossicodipendenti, mettendo in evidenza l'importanza della fase iniziale di riscaldamento, del supporto dell'osservatore, delle scene rappresentate e della gestione delle difficoltà all'interno dei gruppi. Emergono inoltre gli elementi di un approccio terapeutico che promuove l'integrazione delle parti e la consapevolezza dei pazienti nella propria esperienza emotiva.

Attraverso l'intervista con il Dr. Marco Greco si è avuto un quadro più approfondito sull'utilizzo dello psicodramma classico di Moreno nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti. Il Dr. Greco ha deciso di abbandonare il modello riabilitativo tradizionale delle comunità terapeutiche nel 1999 a causa della crescente prevalenza del modello farmacologico in quel periodo. Successivamente, ha fondato il Gruppo Arco, dove ha impegnato il metodo dello psicodramma moreniano per aiutare i partecipanti ad affrontare i propri traumi. Durante l'intervista, è stata sottolineata l'importanza dei gruppi terapeutici di piccole dimensioni per favorire la psicoterapia. Il Dr. Greco ha messo in luce l'importanza del riscaldamento per favorire la spontaneità dei partecipanti, l'assenza del ruolo dell'osservatore nelle sessioni e la diversità dei temi trattati durante le rappresentazioni. L'intervista ha evidenziato anche l'approccio differente verso i pazienti minorenni e adulti, con particolare attenzione ai problemi familiari. Il Dr. Greco ha inoltre condiviso un episodio significativo in cui lo psicodramma ha aiutato un paziente ad elaborare il lutto per la morte della fidanzata. Attraverso questa intervista è stato evidenziato

inoltre l'importanza dei rituali e delle chiusure delle sessioni, ponendo maggiore importanza all'integrazione dei temi trattati e al riscontro positivo tra i partecipanti.

L'intervista alla Dott.ssa Acquadro approfondisce ulteriormente l'utilizzo delle pratiche psicodrammatiche all'interno delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti. La Dott.ssa sottolinea l'importanza dello psicodramma nel comprendere le radici dei sintomi e nel supportare il lavoro terapeutico con i tossicodipendenti. Dall'intervista emerge che, all'interno delle comunità in cui ha operato i pazienti facevano principalmente uso di eroina e che tutti i pazienti possono prendere parte alle sessioni di psicodramma da lei svolte, ad eccezione delle persone in accoglienza per motivi diagnostici. È interessante notare che anche i pazienti sieropositivi partecipino alle sessioni di psicodramma e, come la Dott.ssa definisca questa condizione non disturbante per il buon funzionamento del gruppo stesso. La Dott.ssa adotta un approccio senza osservatore e utilizza una restituzione diretta ai partecipanti fatta da lei stessa. Le scene che vengono rappresentate riguardano spesso le dinamiche familiari, permettendo ai pazienti di rielaborare situazioni passate e aumentare la consapevolezza emotiva. Nel corso dell'intervista si sono evidenziate le sfide affrontate da L. Acquadro nel gestire comportamenti negativi durante le sessioni, adottando strategie per affrontarli. Il setting è descritto in modo poco dettagliato ma spiccano in particolar modo l'utilizzo delle parole calmo e tranquillo. L'intervista riflette un approccio rispettoso e attento verso i pazienti del gruppo, utilizzando lo psicodramma come strumento terapeutico per favorire la crescita personale all'interno dei gruppi terapeutici.

Le tre interviste analizzate hanno in comune il focus sull'applicazione dello psicodramma nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti. Tutte e tre sottolineano l'importanza del riscaldamento iniziale per creare un ambiente sicuro e confortevole per i pazienti e menzionano la rappresentazione di scene familiari durante gli incontri per esplorare le emozioni sottostanti. Inoltre, evidenziano l'importanza dei rituali e delle chiusure degli incontri nel setting e discutono le sfide affrontate dai terapeuti e le strategie adottate per affrontarle.

Tuttavia, le interviste presentano anche delle differenze significative. Ogni intervista presenta un approccio leggermente diverso nella gestione delle dinamiche di gruppo durante gli incontri e diversità di opzioni riguardo l'utilizzo dell'osservatore. Inoltre, vi sono differenze nei dettagli forniti riguardo al setting e alle strategie adottate per gestire situazioni problematiche durante gli incontri. Le interviste evidenziano anche una varietà di sostanze di abuso tra i pazienti trattati e differenze nella gestione dei gruppi in base all'età e alle condizioni specifiche dei partecipanti.

CONCLUSIONE

In conclusione, l'analisi approfondita di questo elaborato permette di comprendere l'importanza e l'efficacia dello psicodramma all'interno delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti. Anche se la parola psicodramma porta a pensare alla sofferenza, il suo utilizzo è quello di azione della mente, quindi assume un contesto positivo in quanto permette la comprensione dei propri sentimenti ed emozioni in uno spazio protetto. Questo strumento terapeutico si rivela fondamentale per lavorare sulle dinamiche relazionali e affettive dei partecipanti, consentendo loro di esplorare profondamente sentimenti, emozioni e conflitti interni. Grazie all'utilizzo di tecniche teatrali e role-playing, lo psicodramma favorisce la presa di consapevolezza e la rielaborazione di esperienze traumatiche, contribuendo così al processo di guarigione e reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

Attraverso l'uso delle sostanze il tossicodipendente vive in un mondo ovattato senza curiosità e interesse per la vita che lo circonda. Subisce quasi passivamente la realtà evitando di analizzarla cercando soluzioni alternative. Ecco perché lo psicodramma risulta utile al tossicodipendente, in quanto gli permette di analizzare il proprio passato ipotizzando il futuro, aiutandolo a riconnettersi con i propri bisogni autentici, contrastando la negazione e la dissociazione tipici dell'abuso di sostanze. Attraverso la messa in scena di nuovi modelli di relazione e comportamento, i membri delle comunità possono riscoprire il proprio senso di identità e autostima, avviando così un processo di guarigione profonda e duratura.

Nel contesto delle comunità terapeutiche, che spesso sono caratterizzate da disagio psicologico e relazionale, lo psicodramma si dimostra particolarmente utile nel favorire la comunicazione e la condivisione tra i membri del gruppo. In questo modo, si promuove la costruzione di legami solidi e supportivi, nonché la condivisione delle vulnerabilità e la solidarietà tra i partecipanti. La pratica dello psicodramma all'interno di queste comunità favorisce la coesione, l'empowerment e il potenziamento delle risorse personali, aumentando la consapevolezza di sé.

Attraverso ciò che è emerso dalle interviste sottoposte a tre conduttori di psicodramma, quest'ultimo si è dimostrato un metodo terapeutico estremamente utile ed importante all'interno delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti. Grazie alla sua capacità di favorire l'espressione emotiva e la presa di consapevolezza dei propri vissuti e delle proprie dinamiche relazionali, permette ai pazienti di affrontare ed elaborare i loro problemi in maniera più profonda e significativa. L'esperienza condivisa dei professionisti intervistati conferma che il lavoro terapeutico svolto attraverso lo psicodramma ha un impatto positivo sulla salute mentale e sul benessere dei partecipanti, contribuendo alla promozione di processi di guarigione e auto-

consapevolezza all'interno delle comunità terapeutiche. In definitiva, lo psicodramma si rivela non solo un efficace strumento di guarigione, ma anche un potente mezzo di trasformazione e crescita personale, che può cambiare radicalmente la vita dei partecipanti con l'aiuto di una guida e di un supporto adeguato.

Lo psicodramma viene inoltre utilizzato nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti, per lavorare sulle abitudini e sulle dinamiche disfunzionali legate alla dipendenza, sperimentando nuovi modi di agire e reagire in situazioni considerate stressanti o particolarmente complicate.

In conclusione, questo strumento è una risorsa fondamentale che permette la crescita personale, la trasformazione emotiva e la costruzione di solidi legami tra i membri della comunità terapeutica, favorendo la comunicazione e la consapevolezza di sé; è inoltre un valido supporto per il recupero e il reinserimento sociale delle persone affette da dipendenze. La sua applicazione offre la possibilità di sperimentare nuove modalità di interazione e di esplorare in profondità le proprie emozioni e relazioni, contribuendo in modo significativo alla promozione della salute mentale e al benessere complessivo dei partecipanti.

Guardando al futuro, lo psicodramma potrebbe essere utilizzato non solo per le dipendenze da sostanza, ma anche per le nuove dipendenze che si stanno sviluppando in questi ultimi anni, come quelle legate al gioco d'azzardo o le dipendenze da tecnologie. Lo psicodramma, in quanto tecnica terapeutica capace di esplorare in profondità le cause sottostanti del comportamento dipendente, potrebbe aiutare i nuovi consumatori a capire e affrontare i propri schemi mentali ed emotivi disfunzionali.

Inerentemente alla dipendenza da tecnologia, lo psicodramma potrebbe incoraggiare i pazienti a confrontarsi con i propri sentimenti di isolamento e di mancanza di autostima e a trovare nuovi metodi per la gestione dello stress e dell'ansia senza ricorrere all'uso eccessivo di dispositivi tecnologici, offrendo la possibilità di sperimentare nuove modalità di interazione sociale e di esplorare nuove passioni ed interessi, in modo da sostituire il bisogno compulsivo di rimanere connessi ad uno schermo.

L'utilizzo dello psicodramma per affrontare le nuove dipendenze, in definitiva, potrebbe rappresentare un approccio terapeutico innovativo ed efficace che può aiutare le persone a recuperare il controllo sulla propria vita e a ristabilire un equilibrio sano tra l'uso di una nuova dipendenza e il benessere psicologico individuale.

BIBLIOGRAFIA

Boria, G. (2007). *Lo psicodramma classico*. Milano: Angeli.

Fonseca, J. (2012). *Lo psicodramma contemporaneo*. Milano: Angeli.

Gasseau, M., & Gasca, G. (1991). *Lo psicodramma junghiano*. Torino: Bollati Boringhieri.

Yablonsky, L. (1978). *Psicodramma, principi e tecniche*. Roma: Astrolabio Ubaldini.

Lemoine, P., & Lemoine, G. (1977). *Lo psicodramma*. Milano: Feltrinelli.

Faconetti, A., Ferrara, M., Marangolo, P., & Pizzorusso, T. (2018). *Psicobiologia*. Roma: Edra S.p.a.

Alfonso Nava, F., & Sanavio, F. (2022). *Il trattamento integrato per le dipendenze patologiche. Percorsi basati sulle evidenze*. Roma: Carrocci.

Girardi, P., & Di Giannantonio, M. (2016). *Psicopatologia delle dipendenze*. Pisa: Pacini.

Scrimali, T. (2011). *Il vincolo della dipendenza. Un modello cognitivista e complesso per le dipendenze patologiche e la loro terapia*. Milano: Franco Angeli.

Gasca, G., Bozzarelli, R., & Ostacoli, L. (1999). *Psicopatologia della comunità terapeutica*. Torino: Lindau.

Gasca, G., Hill, J., Motrassino, L., Bozzarelli, R., Billeci, R., & Enia, A. (1999). *Il Sogno Teatro interiore dell'anima*. Torino: Lindau.

Gasca, G., Stradella, L., Palazzi Trivelli, C., Gallo, L., Verri, A., & Scala, E. (2005). *La Gioia dei Pesci*. Torino: Lindau.

Belleni, G., & Cambiaso, G. (1985). *Comunità per tossicomani. Esperienze riabilitative italiane e straniere*. Milano: Angeli.

Arnold, R. (1971). *La comunità terapeutica*. Roma: Le scienze.

Basaglia, F. (1981). *Le comunità terapeutiche*. Torino: Einaudi.

Bergeret, J. (1893). *Chi è il tossicomane. Tossicomania e personalità*. Bari: Dedalo.

Olievenstein, C. (1993). *Il destino del tossicomane*. Parigi: Borla.

Montrassino, L. (1998). *Patologia dell'anima e sogno nella tossicodipendenza in "Psicodramma analitico"*. Torino: Linden

- Zanusso, G., & Giannantonio, M. (2000). *Tossicodipendenza e comunità terapeutica. Strumenti teorici e operativi per la riabilitazione e la psicoterapia*. Milano: Angeli.
- Gasca, G. (1992). *Lo psicodramma gruppoanalitico*. Torino: Raffaello Cortina.
- Beluffi, M. (1971). *Alice: i giorni della droga*. Milano: Feltrinelli.
- Lavazza, S. (2005). *“Cara” droga. Cannabis, ecstasy, cocaina, eroina e “nuove droghe”*. Milano: Angeli.
- Gatti, R. C. (2001). *Ecstasy e nuove droghe. Rischiare la giovinezza alla fine del millennio*. Milano: Angeli.
- Simonato, M., & Barbieri, M. (2009). *Strafatti: Nient’altro che fatti sulle droghe più usate e abusate dall’alcol all’ecstasy*. Berlino: Springer.
- Meazzini, C. (2020). *Le droghe e la tossicodipendenza: dalla storia delle dipendenze alle strategie terapeutiche*.
- Giusiani, M., & Fornai, F. (2004). *Ecstasy*. Pisa: Plus.
- Grosso, L., & Coletti, M. (2022). *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*. Torino: Gruppo Abele.
- Zuffa, G. (2010). *Cocaina-Il consumo controllato*. Torino: Gruppo Abele.
- Corli, O., & Garattini, S. (2014). *Gli analgesici oppioidi*. Pisa: Pacini.
- Censi, V., Padrevicchi, F., & Salvador, E. (2019). *Abuso di alcol: Quando bere affoga il sentire*. Roma: L’Asino d’Oro.
- Welsh, I. (2017). *Ecstasy*. Milano: Tea.
- Quercia, V. (2022). *Il lavoro sociale nella dipendenza da alcol e droga*. Trento: Erickson.
- Cipolla, C. (2008). *La normalità di una droga: Hashish e marijuana nelle società occidentali*. Milano: Angeli.
- Risè, C. (2007). *Cannabis. Come perdere la testa e a volte la vita*. Milano: San Paolo.

SITOGRAFIA

Centro studi psicodramma e metodi attivi. (2024). *Origini e sviluppo dello psicodramma*.

Retrieved from [Origini e sviluppo dello psicodramma - CENTRO STUDI PSICODRAMMA e Metodi Attivi](#)

Società italiana di Psicodramma Analitico. (2024). *Psicodramma Analitico*. Retrieved from [Psicodramma Analitico | SIPsA \(sipsapsicodramma.org\)](#)

Corridore, A. (2018). *Dallo psicodramma moreniano allo psicodramma junghiano*. Retrieved from [Dallo psicodramma moreniano allo psicodramma junghiano - Corridore A. \(psicologia-analitica-junghiana.it\)](#)