

® Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

## La tossicodipendenza femminile

Federica Beltrami\*, Roberto Berrini\*\*, Rosalba Lamberti\*\*\*, Eugenia Luraschi\*\*\*\*, Renato Sidoti\*\*\*\*\*

### SUMMARY

■ *The aim of this work is to focus women drug use disorder in recent years, reviewing literature about and collecting clinical samples from two inpatient health care facilities and one outpatient psychiatric service. Addicted women frequently show comorbid eating disorders, emotion dysregulation and PTSD from sexual abuse experiences.*

*Three clinical cases will be discussed in detail.*

*Data from studies conducted among women suffering from drug addiction are increasingly published, with the authors highlighting the specific needs of this group and the difficulties that women with addiction problems encounter.*

*The current study aimed to identify the barriers and needs of this audience, both when seeking help and during treatment. ■*

**Keywords:** *drug addiction, female gender, pregnancy, comorbid eating disorders, PTSD.*

**Parole chiave:** *tossicodipendenza, genere femminile, gravidanza, comorbidità con disturbi dell'alimentazione, Disturbo Post-Traumatico da Stress.*

*First submission: 19/12/2024, accepted: 28/12/2024*

### I temi della letteratura

Scopo di questo lavoro è di mettere a fuoco l'uso di sostanze e di alcol nel genere femminile, attraverso una valutazione della letteratura, una raccolta di dati clinici di casi in parte degenti presso due strutture residenziali terapeutiche e in parte afferenti ad un servizio ambulatoriale psichiatrico e la descrizione più dettagliata di alcuni tra quelli maggiormente collaboranti.

Il tema della medicina di genere è di attualità e porta a riflettere sulle differenze di genere a livello biologico e culturale come guida per modelli di cura differenziati, specifici e più efficaci.

Nel campo delle tossicodipendenze è noto che le differenze si

amplificano e il genere femminile risulta in netta minoranza sul piano epidemiologico-statistico, come nella maggior parte dei disturbi esternalizzati che sono più frequenti nei maschi, laddove invece le femmine prevalgono nell'area dei disturbi internalizzati (disturbi d'ansia e disturbi depressivi).

Le variabili gravidanza e maternità rappresentano un aspetto che interferisce sull'espressività del disturbo sia come fattore di rischio che come fattore di protezione e mette in luce a volte la difficoltà della rete dei servizi (servizi sociali, servizi per le dipendenze patologiche, tribunale, servizi ospedalieri) ad attivarsi in modo adeguato.

Il gender gap, che fino agli anni 80 era di 5:1 In favore dei maschi, si sta progressivamente restringendo (Motika *et al.*, 2022), con un'accelerazione a partire dalla prima decade del XXI secolo, riducendosi, secondo il World Drug Report del 2021 a 3:1.

Si stima che la percentuale europea di donne che usano sostanze arrivi al 40% e di conseguenza anche le morti per droga sono aumentate nelle utilizzatrici di sostanze.

Tra gli utilizzatori di sostanze, solo una bassa percentuale sviluppa una dipendenza, ma i problemi che sperimentano le donne in questa condizione assumono una specificità di genere in base a più fattori: le ragioni dell'incontro con le sostanze, la

\* *Psicologa, psicoterapeuta presso Comunità terapeutica di Montargiasco Arona (NO), consulente Ser.D. di Verbania.*

\*\* *Medico psicoterapeuta, docente della Scuola di Psicoterapia "Mara Selvini" di Milano.*

\*\*\* *Psicologa, psicoterapeuta, UOC Psicologia Clinica, ASST Santi Paolo e Carlo.*

\*\*\*\* *Psicologa, psicoterapeuta presso la Comunità terapeutica di Cozzo (PV) Dianova Cooperativa Sociale arl.*

\*\*\*\*\* *Medico psicoterapeuta, docente della Scuola di Psicoterapia "Mara Selvini" di Milano.*

maggiore vulnerabilità di sviluppare una dipendenza, la complessità dei percorsi di remissione, il maggior rischio di ricadute. Le ricerche evidenziano che l'iniziazione all'alcol e alle droghe per molte ragazze e donne deriva principalmente dal bisogno di gestire l'ansia, da bassa autostima, depressione, sentimento di isolamento e traumi derivati da abuso sessuale o violenza.

Per il genere maschile prevale il bisogno di appartenere a un gruppo.

Le donne usano più frequentemente degli uomini l'alcol come risposta allo stress, possono essere particolarmente suscettibili all'effetto di reward degli psicostimolanti, più facilmente degli uomini tendono ad abusare degli oppiacei da prescrizione ed è più frequente nelle donne l'uso aggiuntivo di altre sostanze (p. es. psicofarmaci) per aumentare l'effetto dei farmaci a base di oppiacei.

È di rinforzo a queste evidenze ricordare che i disturbi del comportamento alimentare, anoressia e bulimia nervosa, sono appannaggio per il 90% dei casi delle femmine e si stima anche che i disturbi della personalità siano 2-3 volte più frequenti nel genere femminile.

Queste differenze verosimilmente sono connesse con meccanismi biologici che interagiscono con fattori culturali e fattori di stress.

Ci sono dati in letteratura che sottolineano il ruolo degli ormoni sessuali (Bobzean *et al.*, 2014; Melis, 2016) nella modulazione degli effetti delle sostanze sulle donne.

Inoltre la transizione dall'abuso alla dipendenza è più frequente e più veloce nelle donne, è più probabile che le donne utilizzino le sostanze a scopo di automedicazione, sono più suscettibili agli effetti avversi e all'overdose e sperimentano ricadute più frequentemente dei maschi.

Molte ricerche mettono in evidenza che oltre ai fattori sopra citati che indicano la specificità dei fattori di rischio per le donne che usano sostanze, il problema principale risiede nella difficoltà che le donne incontrano quando decidono di cercare un trattamento.

Alcuni studi riportano che le donne incontrano atteggiamenti negativi collegati alle conseguenze cui queste vanno incontro quando diventano dipendenti dalle sostanze, comprese gravidanze indesiderate, prostituzione, diffusione di malattie a trasmissione sessuale (Boroumandfar *et al.*, 2020). Le donne che diventano madri sperimentano uno stigma ulteriore rispetto alla difficoltà di conservare le responsabilità genitoriali durante il trattamento (Lee *et al.*, 2017).

Motika *et al.* (*op. cit.*) nella loro metanalisi concludono che le istituzioni non sono carenti, ma che le difficoltà e le barriere sono relative all'inadeguata conoscenza dei servizi a disposizione, alle difficoltà di accesso e di risposte specifiche e adeguate e dallo stigma o dalla paura di sperimentarlo da parte degli operatori.

Weathers e Billingsley (1982) mettevano a fuoco già all'inizio degli anni '80 le peculiarità della tossicodipendenza femminile, connessa a costrutti mentali come la bassa stima del proprio corpo e una visione negativa del ruolo femminile, quindi fattori che attengono sia allo status biologico che a quello sociale della donna.

Fernandez-Montalvo *et al.* (2017) in uno studio longitudinale per valutare le differenze tra uomini e donne nella percentuale di dropout durante il percorso di trattamento, trovano che, rispetto ad una percentuale globale di dropout del 38,8%, le

donne interrompono il trattamento nel 47,1%, mentre gli uomini nel 31,3%, differenza statisticamente significativa.

Le donne di questo gruppo presentano un profilo psicopatologico più grave delle donne che portavano a termine il trattamento e anche degli uomini che interrompono prematuramente il percorso. Complessivamente, quindi, le donne evidenziano esiti trattamentali peggiori degli uomini e necessitano di percorsi differenziati e aggiuntivi per le loro esigenze.

Lev-Wiesel e Shuval (2006) esaminano le differenze di genere rispetto ai fattori causali e ai fattori di cura percepiti in un campione di tossicodipendenti in trattamento metadonico.

I risultati indicano che le femmine riferiscono circostanze familiari, come la violenza domestica e l'incesto, alla base dell'uso di sostanze più frequentemente dei maschi, mentre questi indicano la curiosità e l'influenza di amici tossicodipendenti come fattori che hanno avuto maggior impatto sull'incontro con la droga.

Per le donne sono fattori personali come la forza di volontà a contribuire alla ritenzione in trattamento, mentre per gli uomini è il supporto sociale, formale e informale, a costituire il fattore di maggiore influenza per l'esito positivo del trattamento.

Thomas e Bull (2018) trattano il tema della dipendenza patologica da sostanze femminile dal punto di vista delle politiche sanitarie.

Si basano su due aspetti chiave: l'uso di droga e la sua influenza sul ruolo riproduttivo della donna e l'uso di droga in connessione con la vulnerabilità femminile al rischio (comprese violenze fisiche, sessuali, traumi e disturbi mentali).

L'indagine degli autori su questi due rappresentazioni evidenzia nelle decisioni politiche aree di silenzio che riportano a meccanismi di trascuratezza sia nei confronti delle politiche di riduzione del danno cui sono maggiormente esposte le donne tossicodipendenti, sia per quanto riguarda le donne che non sono in gravidanza o non sono madri, giovani donne, donne più anziane e transgender o comunque tutte le donne che sono al di fuori dal discorso dominante del ciclo riproduttivo normativo.

Smith (2020) mette a fuoco la casistica delle donne tossicodipendenti in gravidanza, per valutare l'influenza della gravidanza sul processo di trattamento e conclude che le donne in gravidanza hanno minori probabilità di portare a termine il trattamento rispetto alle donne non in gravidanza, tranne nel caso in cui le donne in gravidanza siano obbligate al trattamento da un provvedimento giudiziario, contesto in cui le donne in gravidanza rispondono meglio al trattamento rispetto alle donne non in gravidanza.

Citiamo anche da Mucci (2018) ricerche in cui il genere gioca un ruolo importante nell'attaccamento disorganizzato, come nel lavoro di Beebe *et al.* (2012) sulle origini precoci dell'attaccamento disorganizzato in bambini di quattro mesi, in cui in maschi erano sovrarappresentati ed emotivamente più reattivi delle femmine.

L'autrice cita anche le ricerche di Shore (2017), secondo il quale le esperienze traumatiche nei maschi danno luogo con maggiore frequenza a disturbi esternalizzati associati ad una ipoattivazione del sistema HPA, mentre i disturbi internalizzati sono più frequenti nelle femmine esposte a esperienze traumatiche in connessione con la cronica iperattivazione del sistema HPA.

Queste modificazioni biopsicologiche indicano la maggiore diposizione dei maschi allo sviluppo di disturbi di personalità narcisistico/antisociali e la maggiore frequenza nelle femmine di

disturbi dello spettro borderline e depressivo, con manifestazioni autolesionistiche.

Lacatena (2020) nel suo lavoro parte dalla premessa che la minore diffusione statistica della tossicodipendenza tra le donne rispetto agli uomini possa essere in parte dovuta a problemi di accesso ai servizi e di adeguatezza degli stessi.

Le donne tossicodipendenti subiscono una più forte stigmatizzazione sociale rispetto agli uomini, volendo rimarcare la condizione di incompatibilità della donna con quella della maternità.

È indubbio come le donne tossicodipendenti abbiano il timore di essere etichettate come madri inadeguate ed essere conseguentemente allontanate dai propri figli.

L'autrice sottolinea le vulnerabilità e i rischi delle donne tossicodipendenti: il 60% delle consumatrici si prostituisce come fonte di reddito, da cui consegue l'elevato rischio di trasmissione di malattie infettive.

La droga prevalente è l'eroina e secondariamente la cocaina.

Le donne usano più frequentemente degli uomini tranquillanti, sedativi e stimolanti tipo anfetamine e esordiscono più tardivamente degli uomini, pur avendo una più rapida progressione verso la dipendenza.

Le donne soffrono maggiormente di disturbi ansioso-depressivi, disturbi della personalità (istrionico e borderline) e disturbi del comportamento alimentare, mentre gli uomini più frequentemente vengono diagnosticati per disturbi della condotta, antisociale e passivo-aggressivo.

Negli ultimi anni si è registrato un aumento sproporzionato di casi di overdose tra le donne<sup>1</sup>, di consumo di stupefacenti e coinvolgimento delle stesse nei traffici di narcotraffico e nelle reti criminali.

L'autrice conclude che il raggiungimento dell'astinenza non basta senza riuscire a fare un lavoro sulla persona in quanto donna, specificamente orientato a sostenere e promuovere gli aspetti costitutivi della femminilità, in un rapporto con l'operatore che sappia confrontarsi con i vissuti di svalutazione del corpo e della sessualità che pervadono la vicenda umana delle tossicodipendenti.

Petit *et al.* (2017) partono dalla premessa che il craving rappresenta la causa più frequente di ricadute nei pazienti alcol-dipendenti e che è associato a sintomi di ansia e di depressione gravi.

Confrontando una casistica di maschi e femmine gli autori hanno verificato che nei primi i sintomi affettivi si manifestano nelle prime fasi della detossificazione, mentre nelle donne persistono per tutta la durata del trattamento e sono più intensi.

Sul piano delle indagini psicoterapeutiche secondo il vertice teorico delle relazioni di attaccamento Berrini *et al.* (2002) partivano dall'ipotesi di una tendenziale inversione delle posizioni relazionali e affettive dei genitori nella "fotografia familiare" della ragazza tossicodipendente rispetto a quella del tossicodipendente maschio: in quest'ultima è più abituale riscontrare un padre periferico, variabilmente indifferente o svalorizzante o violento, e una madre ipercoinvolta, variabilmente controllante, ostile, sottomessa; nella famiglia della tossicodipendente le attribuzioni riferibili alla prossimità e alla accessibilità delle figure parentali subiscono una tendenziale inversione, fino ad arrivare ad una polarità opposta nei casi più evidenti, in cui la madre mostra di essere periferica e il padre ipercoinvolto.

Nelle famiglie esaminate la perifericità materna sulla scena affettiva si manifestava in certi casi con un rovesciamento di ruoli, in cui la madre richiedeva alla figlia di interpretare ruoli e funzioni materne, dando all'osservatore l'impressione di una relazione invischiata, ma sulla base di una abdicazione della genitorialità, delegata alla figlia stessa.

La figura della madre, a causa di questa carenza, risulta centrale per la tossicodipendente; padre e madre non sono equivalenti.

Vi è una sostanziale asimmetria nelle richieste: più elevate nei confronti della madre, che pertanto delude più facilmente e in modo più crudele.

La narrazione del rapporto stabilito con il proprio padre da parte delle tossicodipendenti è segnata dalla presenza di un legame privilegiato, illusorio però, che occulta/minimizza la carenza.

La variabile abuso sessuale, soprattutto se esito della deviazione di richieste di attaccamento al padre, rappresenta una spinta determinante per l'associazione tra tossicodipendenza e promiscuità sessuale.

Le madri delle tossicodipendenti sono prevalentemente segnate da vicende personali comportanti una significativa squalifica/svalorizzazione del proprio essere donna che sembra ripercuotersi nel passaggio generazionale sulle figlie.

In prospettiva le figlie tossicodipendenti avranno maggiori probabilità di trasmettere ai loro figli uno stile genitoriale trascurante o abbandonico, in base al *modello operativo interno* della relazione con la propria madre, che, probabilmente rappresenta una variabile più importante della stessa tossicodipendenza per il destino del figlio della tossicodipendente.

Cirillo *et al.* (2016) confermano le ipotesi eziopatogenetiche sopra descritte e aggiungono ulteriori considerazioni sulla base della teoria dell'attaccamento<sup>2</sup>.

Le figlie tossicodipendenti di madri periferiche, distanzianti o rifiutanti, sviluppano un pattern di attaccamento evitante/disorganizzato o disorganizzato con varie possibilità di riorganizzazione, punitiva, autarchica o protettiva.

Tali modelli operativi interni costituiscono uno dei principali fattori di vulnerabilità per l'esordio e il consolidamento dell'uso di sostanze, fino al raggiungimento di uno stato di dipendenza.

Nelle narrazioni psicoterapeutiche di queste pazienti si evidenzia che l'ambiguità presente nel rapporto con il padre possa contribuire a creare e perpetuare la condizione di disorganizzazione ossia la mancanza di strategie efficaci per orientarsi in base a dei punti di riferimento relazionali.

Gli autori ipotizzano che la maggiore gravità dei quadri clinici di tossicodipendenza femminile rispetto a quella maschile sia da associare a due fattori: il primo riguarda la maggiore frequenza di esperienze di abuso sessuale e quindi di comorbilità tra uso di sostanze e disturbo post-traumatico e secondo il fatto che la maggiore distanza della mamma si configura come una scomparsa del ruolo materno, con effetti deprivanti e disorganizzanti maggiori rispetto a quanto avviene nelle famiglie dei pazienti di sesso maschile.

Inoltre la differente modalità di postura del padre, che non si presta ad alcuna forma di idealizzazione, ma aggiunge danno attraverso comportamenti seduttivi e incoerenti, quindi più pesante, ma in negativo, di quella evanescente e periferica del tossicodipendente maschio, può contribuire a rendere la vulnerabilità per le sostanze e i quadri psicopatologici delle femmine maggiormente gravi e disorganizzati.

Anche nella casistica di Mucci (*op. cit.*) la dinamica genitorifiglia viene descritta secondo tali possibili successioni, facendo riferimento anche a Kohut (1971) che vede nel padre una occasione di rispecchiamento alternativa al fallimento materno rispetto a questa funzione vitale per lo sviluppo del sé.

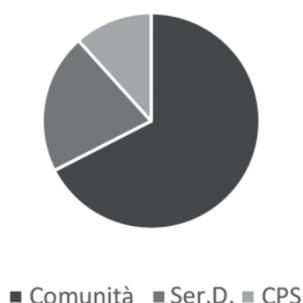
È in mancanza della risorsa paterna, ossia di una sua capacità di caregiving adeguata, che si creano le condizioni per lo sviluppo della vulnerabilità agli stati insicuri e incoerenti del sé.

I lavori e le ricerche selezionate permettono di inquadrare con una certa chiarezza le differenze tra tossicodipendenze maschili e femminili, con l'evidenza che le specificità di queste ultime non trovano sempre nel sistema di cura una risposta all'altezza della complessità delle loro problematiche, di ordine psicopatologico, sociale, culturale e anche sostanzialmente, di genere.

Nello svolgimento seguente del lavoro evidenzieremo alcuni dati relativi ai contesti di lavoro a cui appartengono una parte degli autori e proporremo una lettura di alcune storie cliniche sufficientemente approfondite e dettagliate per permettere di riflettere sui punti nodali dei percorsi di trattamento e meglio individuare le modalità di approccio per le donne tossicodipendenti.

## Alcuni dati desunti dalla casistica

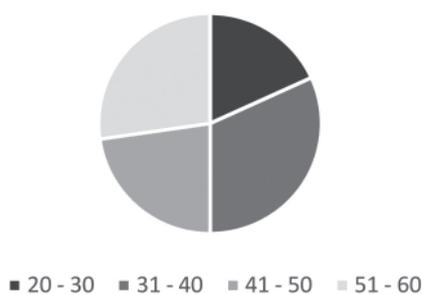
Luogo di cura



Il campione è stato raccolto presso due strutture residenziali<sup>3</sup> per la cura della dipendenza da sostanze e da alcol entrambe con la presenza di utenza mista femminile e maschile e sono il 67% del campione, il 21% proviene da un Ser.D. e il 12% da un CPS.

La presenza di un campione ampio nell'ambito della residenzialità ha permesso di raccogliere una serie di dati (ad es. sintomi sfera alimentare, relazioni sentimentali) e in generale la complessità e la sua conseguente gestione che tale casistica presenta.

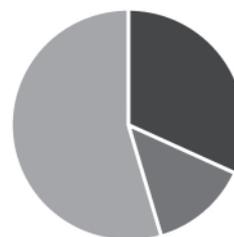
Eta'



Il campione presenta il 18% di pazienti tra i 20 e i 30 anni, il 32% tra i 31 e i 40 anni, il 23% tra i 41 e 50 anni, il 27% tra i 51 e i 60 anni.

È importante nell'analisi di questa tabella considerare la numerosità di pazienti con un'età tra i 31 e 40 anni che quindi arrivano relativamente tardi ad iniziare un percorso di cura e si può ipotizzare che ciò avvenga perché i servizi sono meno preparati all'accoglienza della tossicodipendenza femminile e/o meno preparati ad accogliere madri tossicodipendenti che richiedono una specificità di trattamento non sempre disponibile o accedono al servizio più tardi, come succede frequentemente negli alcolisti.

## Sintomi sfera alimentare



- Presenza di diagnosi di disturbo alimentare
- Presenza di sintomi senza diagnosi
- Nessun sintomo

Nella raccolta anamnestica e nel trattamento di queste pazienti emergono sintomi riconducibili alla sfera dei disturbi alimentari, il 32% presenta una diagnosi di disturbo alimentare mentre il 14% presenta sintomi riconducibili a quest'area, che per diversi motivi non sono stati diagnosticati ma che diventano palesi in particolare nel contesto residenziale.

È nota l'associazione frequente tra i disturbi da uso di sostanze e i disturbi del comportamento alimentare (DNA, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione), che convivono in un rapporto di comorbidità o si succedono nel corso dell'evoluzione psicopatologica del paziente in una sorta di migrazione transdiagnostica.

A questo proposito Sloane *et al.* (2017) hanno proposto che la disregolazione emozionale rappresenti un costrutto transdiagnostico che sta alla base di differenti manifestazioni psicopatologiche.

Ganson, Murray e Ganata (2021) hanno valutato la copresenza di uso di sostanze e disturbi alimentari in un ampio campione di studenti universitari.

La copresenza dei due disturbi rende la prognosi più sfavorevole e il trattamento più difficile.

Munn-Chernoff *et al.* (2020) evidenziano che le donne che hanno una diagnosi di disturbo da uso di alcol e di nicotina in comorbidità hanno una maggiore frequenza di disturbi alimentari rispetto alle donne che manifestano unicamente il disturbo da uso di alcol o quella da uso di nicotina, le quali a loro volta manifestano una maggiore prevalenza di disturbi alimentari rispetto alla popolazione femminile senza alcun disturbo da uso di sostanze.

Liu *et al.* (2022) evidenziano il tema dell'uso di sostanze illegali per diminuire di peso in una casistica femminile.

Gli autori partono dalla considerazione che l'immagine corporea è influenzata da fattori socio-culturali e di genere e che nei paesi in via di sviluppo il benessere economico e l'abbondanza di cibo si associa alla desiderabilità di avere una figura magra.

Le donne sono più portate a fare propria l'ideale socio-culturale associato alla forma corporea ed esiste una più forte associazione nelle donne rispetto agli uomini tra insoddisfazione per la propria forma corporea e il confronto con gli altri.

In Cina il fenomeno della tossicodipendenza femminile sta diventando più frequente e spesso in concomitanza con la preoccupazione per il peso e la forma fisica.

Nella casistica esaminata e seguita per un periodo di tre anni, è stato verificato che l'aspettativa di perdere peso e raggiungere un'ideale di magrezza era alla base dell'esordio nell'uso di sostanze, del mantenimento e delle ricadute durante i periodi di remissione all'interno dei centri per la cura delle tossicodipendenze.

Mucci (2018, p. 16, p. 18, p. 177) illustra così il nesso che collega a livello simbolico l'attacco al corpo dell'autolesionismo e quello dell'anoressia:

Il corpo diventa il bersaglio di attacchi autodistruttivi ed è sentito come "straniero", "non me" e inaccettabile a causa di sensazioni corporee esistenziali maladattive o il ricettacolo di parti persecutorie e di sensazioni proiettate sul corpo come fosse un altro disgustoso e odiato.

... l'ambiente positivo o negativo e il conseguente stato neuropsicobiologico in cui si sviluppa il corpo-sé del bambino contribuiscono alla formazione mentale e fisica del corpo-mente-cervello del nuovo essere.

Come forma di autoregolazione affettiva, per quanto estrema possa sembrarci, tagliarsi spesso origina in connessione con qualcosa o qualcuno con cui si è in relazione... cioè un sollievo rispetto ad un eccessivo stato di arousal quando il cervello è sopraffatto. In un disturbo di personalità, specie borderline, questi stati estremi sono spesso da considerarsi come causati dall'atro, dal suo comportamento, e finiscono per diventare un messaggio disperato, una richiesta d'aiuto, o una ferita inferta, una vendetta. Così come nelle anoressiche, il corpo può diventare ostaggio di una rivendicazione brutale rispetto al controllo che la madre opera inconsapevolmente sul corpo della figlia, finché quest'ultima per liberarsene deve arrivare a controllare se stessa e la propria volontà in una morsa mortifera (anche se per "esistere" talvolta si arriva alla morte)... il corpo sentito come sé e altro nello stesso tempo.



L'associazione tra esperienze traumatiche e tossicodipendenza è un aspetto consolidato e clinicamente significativo della clinica dei disturbi da uso di sostanze (Rice *et al.*, 2001).

Quando tali esperienze evolvono in un disturbo post-traumatico da stress la severità dei sintomi è maggiore e la prognosi dell'efficacia del trattamento è di solito meno favorevole, soprattutto in base alla componente violenta del trauma (Johnson, 2008).

È noto che lo sviluppo di un DPTS dipende da una sommatoria di fattori di vulnerabilità e fattori di protezione, tra i quali il pattern di attaccamento rappresenta un elemento decisivo (Chandler e Mc Caul, 2003; Armour, Elklit e Shevlin, 2011).

Maerker *et al.* (2022) mettono l'accento sull'importanza clinica di distinguere la diagnosi di disturbo post-traumatico complesso dal disturbo post-traumatico e dal disturbo borderline della personalità.

I soggetti affetti da questa patologia hanno subito esposizioni multiple a situazioni traumatiche come abusi in età infantile o violenze domestiche o di comunità.

In Lotzin *et al.* (2019) i profili traumatici con un maggior livello di severità erano correlati ad un esordio più precoce dell'uso di sostanze e ad una maggiore rapidità di evoluzione in dipendenza. Inoltre i profili dei traumi infantili erano correlati alla gravità dei sintomi depressivi, distimici, sociofobici e alla perdita della fiducia di base.

Joseph *et al.* (2019) fanno un confronto tra un campione di uomini tossicodipendenti da cocaina, con e senza storia di traumi infantili e un'analoga casistica di donne, per valutarne le differenze nella risposta all'ossitocina somministrata successivamente ad una stimolazione del craving per la cocaina e misurata attraverso la fMRI.

Se l'ossitocina riduce la stimolazione per la sostanza a livello corticale in tutti i soggetti, negli uomini con o senza anamnesi di traumi infantili si riduceva anche la reattività dell'amigdala, mentre nelle donne dipendenti da cocaina con anamnesi positiva per traumi infantili, al contrario, si registrava un aumento della reattività dell'amigdala.

Basandosi anche su precedenti studi analoghi, gli autori mettono in luce che la reattività limbica degli uomini è connessa alla sostanza, mentre quella delle donne è maggiormente stimolata dalle esperienze stressanti.

Gli autori di questo lavoro non parlano del ruolo del sistema di attaccamento, ma è nostra opinione che l'ossitocina, che interviene nella relazione di conforto e di cura che disattiva le richieste di attaccamento, solleciti un bisogno strettamente correlato con le esperienze traumatiche infantili, rispetto alle quali sembra che il "riparo" fornito dalla droga sia più efficace per gli uomini che per le donne.

Peirce *et al.* (2011) partono dalla nota considerazione che i tossicodipendenti vanno incontro a esperienze traumatiche con frequenza maggiore rispetto alla popolazione generale e si propongono di mettere a fuoco un aspetto meno indagato dalla letteratura, la frequenza di ritraumatizzazione, evidenziando che le donne sperimentano il doppio di episodi di riesposizione a eventi traumatici degli uomini, andando incontro più frequentemente degli uomini a malattie che mettono a rischio la vita, morte o malattia di una persona amata.

Le donne che assumevano droga per via iniettiva erano quelle maggiormente esposte alla ritraumatizzazione.

La presenza di abusi nella metà del campione raccolto conferma un dato già presente in letteratura.

Nella nostra analisi sulla casistica, in particolare quella presente nelle comunità, si è rilevato anche il dato della frequenza con cui le pazienti creano relazioni affettive o comunque vicinanza con pazienti di sesso maschile.

Earp *et al.* (2017) sottolineano che la facoltà dell'amore romantico di creare addiction deve essere considerata una modalità naturale di favorire il legame di coppia tra le persone, tuttavia la presenza di questo aspetto ci ha portato a riflettere se si è in presenza anche di elementi riconducibili alla dipendenza affettiva oppure no.

Spesso nella storia di queste pazienti la presenza di abusi sessuali, come confermato dalla tabella sopra, può condurre queste persone alla ricerca di relazioni intime, non raramente guidate dalla coazione alla riedizione dell'esperienza traumatica (cfr. Peirce *et al.*, *op. cit.*).

Tuttavia bisogna anche considerare come nella tossicodipendenza femminile è elevata la presenza di comportamenti promiscui finalizzati alla acquisizione della sostanza di abuso.

L'area della sfera affettiva è delicata e porta molti interrogativi ad es. è possibile che non si tratti di dipendenza affettiva ma ad es. vista la numerosità di pazienti con tratti borderline una delle caratteristiche è la tendenza all'impulsività che spesso può tradursi non in agiti aggressivi come nella casistica maschile ma in comportamenti a rischio nella sfera sessuale/affettiva.

Nel lavoro specifico su alcuni casi trattati in struttura residenziale dove si è cercato di dare un senso alla tendenza impulsiva a creare relazioni intime, spesso si è riscontrato come le risposte delle pazienti fossero generate dalle stesse difese di minimizzazione e di concretizzazione utilizzate per spiegare la dipendenza dalle sostanze.

I dati emersi dal campione presentato ci portano a riflettere sulla complessità che questa casistica presenta e alla difficoltà che i servizi spesso tendenti alla settorializzazione non riescono sempre a cogliere completamente.

Abbiamo ipotizzato anche come si può assistere nella storia di queste pazienti al passaggio da un sintomo ad es. alimentare al sintomo dipendenza da sostanze.

Alcuni autori (cfr. ad es. Burkett e Young, 2012; Raynaud *et al.*, 2010; Fisher *et al.*, 2010, 2016) sottolineano l'analogia tra la biochimica dell'attaccamento e il funzionamento delle sostanze d'abuso sulle stesse aree del cervello deputate allo sviluppo di relazioni di vicinanza e di sicurezza.

In letteratura si trova anche la prevalenza di tratti di personalità dipendente (Benotsch *et al.*, 2017) o di attaccamento ansioso/ambivalente (Gori, Russo e Topino, 2023).

Quindi sembra che la dipendenza affettiva si inneschi se esistono antecedenti di vulnerabilità rispetto ai modelli operativi interni consolidati nelle esperienze di attivazione del sistema di attaccamento e rispetto alla rigidità e pervasività dei tratti patologici della personalità, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti di dipendenza.

Nel caso delle femmine tossicodipendenti, quindi la dipendenza affettiva si potrebbe considerare come un aspetto che completa il quadro clinico e informa le decisioni trattamentali, analogamente ad altre comorbilità che riguardano le motivazioni di attaccamento, i tratti patologici della personalità e gli eventuali disturbi psichiatrici associati.

## Descrizione di casi esemplificativi

### Il caso di Anna

Anna inizia un percorso psicologico nella primavera del 2021, quando ha poco più di 40 anni.

Ha iniziato diversi percorsi psicologici a partire dall'adolescenza con scarso successo.

Nell'autunno dell'anno prima aveva ripreso i colloqui con la psichiatra di riferimento per sintomatologia ansioso-depressiva e per disturbo di personalità NAS dopo un periodo di assenza dal Servizio di circa 6 anni.

Anna è figlia unica, nei primi colloqui psicologici si mostra formalmente collaborante e motivata riportando un'infanzia "serena" connotata da scarsa presenza dei genitori per impegni lavorativi e affidamento alle cure dei nonni.

Riassume la sua relazione con i genitori in questo modo: "Ci vedevamo poco, i miei litigavano sempre perché erano stanchissimi per il lavoro, ma mi hanno voluto bene, a loro modo"; "Sono stati sempre precisi nella vita ma io non capivo l'utilità di certe regole per cui non credo di essere stata una buona figlia".

Il percorso liceale si incrina al secondo anno per difficoltà relazionali. Inizia un periodo di oscillazioni affettive ed emozionali che Anna modula con l'autolesionismo e l'abuso di alcol.

I genitori divengono consapevoli delle condotte della figlia in occasione del primo tentativo di suicidio per autolesionismo.

I tentativi di aggancio ai servizi di cura si rivelano fallimentari.

Un secondo agito con assunzione incongrua di farmaci poco prima della maggior età viene gestito dai genitori per paura dell'attivazioni dei Servizi sociali.

Concluso il liceo Anna conosce l'attuale marito di circa dodici anni più grande.

Iniziano subito una convivenza.

Dopo una prima fase di equilibrio, il rapporto s'incrina quando la paziente ha circa 25 anni, perché scopre di essere stata contagiata dal virus dell'HIV, trasmesso dal compagno ex tossicodipendente. In quella occasione si rivolge per la prima volta ad un CPS accettando esclusivamente una cura farmacologica che prosegue con monitoraggi saltuari per circa una decina d'anni, dopodiché scompare.

In quegli anni si verifica un progressivo tracollo della situazione economica che esita in una perdita della casa di proprietà e una collocazione della coppia presso un alloggio del comune.

A distanza di circa sei anni dell'ultimo contatto con il servizio, Anna richiama il curante per un peggioramento del quadro clinico e riferisce che a seguito di assenze ripetute sul lavoro è stata licenziata e anche il marito non ha più un lavoro stabile.

Accetta un percorso di presa in carico psicologica.

Nei primi colloqui psicologici Anna fa di tutto per mostrarsi nel migliore dei modi.

Una seppur fragile alleanza terapeutica le consente di rivelare uso di cocaina da anni a scopo di automedicamento e condotte di cutting.

Racconta di come, all'insaputa del marito, avesse contratto debiti per procurarsi la cocaina. Rifiuta di rivolgersi al Ser.D. e di valutare un programma di cure residenziale; prosegue la psicoterapia, presentando frequenti variazioni dello stato mentale e affettivo e necessita di due ricoveri per lo sviluppo di sintomi di depressione maggiore.

A distanza di circa sei mesi dall'inizio della psicoterapia Anna inizia a sabotare gli appuntamenti. I tentativi di comprenderne le motivazioni sono fallimentari.

Informa che rientrerà a vivere temporaneamente dai genitori, che, ignari del suo stato di salute, attribuiscono la sua decisione alla conflittualità e all'instabilità della relazione con il marito.

Dopo due mesi dal trasferimento, a seguito di uno stato dissociativo dopo abuso di cocaina si lancia da un cavalcavia rimanendo paraplegica.

Questa paziente manifesta un quadro sintomatologico complesso che frequentemente fa presupporre una genesi traumatica precoce.

Ma nelle reticenze di Anna non si intravede uno spiraglio di verbalizzazione che permetta di ricostruire una narrazione rispetto a vicende di maltrattamento o abuso, antecedenti lo sviluppo della dipendenza da sostanze.

Questo aspetto ci porta a considerare lo scarto notevole tra la diagnosi psichiatrica ricevuta e l'espressività sintomatica della sofferenza.

Se ne deduce che l'instabilità affettiva, la disregolazione emozionale, gli agiti autolesivi e suicidari siano stati attribuiti all'uso di alcol e di sostanze, scindendo la persona in una paziente psichiatrica, da una parte, con sintomi moderati e una paziente tossicodipendente, con comportamenti gravi dall'altra.

Nei casi come quello di Anna le parole non aiutano a decifrare la complessità della situazione, mentre il corpo sembra riferire la presenza di una grave depersonalizzazione e quindi un disconoscimento di se stessa, che fa pensare all'introiezione di una qualche forma di violenza (fisica, psicologica) e di colpa ("Non credo di essere stata una buona figlia").

A questo si aggiungono le successive ritraumatizzazioni (cfr. Peirce *et al.*, *op. cit.*), fino a culminare nell'impulso di eliminare del tutto la sua persona.

L'esito sfavorevole di questo caso rimanda alla difficoltà di trattamento delle pazienti che uniscono l'uso di sostanze all'instabilità borderline e alla depressione maggiore, comorbilità che, è noto, si associano al rischio elevato di suicidio.

Difficile immaginare un contesto terapeutico adeguato a contenere tanta complessità, al di là dei periodi di ricovero in reparto.

Ci si può chiedere se i genitori potessero essere maggiormente attivati e coinvolti nell'operazione di messa in sicurezza della figlia.

### **Il caso di Miriam**

Miriam, 34 anni è persona nota al Ser.D. dall'età di 25 anni.

Viene descritta dalla madre come un'adolescente molto irrequieta, difficile da gestire, attratta dagli ambienti della tossicodipendenza nei quali ricerca persone con cui intrattenere relazioni sentimentali.

Dall'anamnesi risulta avere iniziato l'uso di sostanze proprio in adolescenza.

Dai 14 anni THC, in seguito verso i 16 anni cocaina e a 23 eroina fumata per arrivare all'ultimo anno ad iniettarsela.

Miriam vive con la madre che è la sua figura di riferimento principale.

I genitori sono separati da quando Miriam aveva 3 anni.

Il loro rapporto è da sempre inficiato dalla relazione disfunzionale del padre con la madre e attualmente anche dalla presenza della nuova moglie di lui.

Grazie ai primi interventi del Ser.D. Miriam riesce a raggiungere l'obiettivo di un corso professionale e lo supera a pieni voti.

Negli anni successivi lavora in maniera discontinua alternando ricadute nell'uso di sostanze in modo anche molto pesante.

Dimostra comunque di voler stare bene e accetta di mettersi in gioco con un percorso psicoterapeutico, raramente disdice

gli appuntamenti e si presenta puntuale anche nei periodi di maggiore uso.

Il percorso terapeutico è stato sempre altalenante non rispetto alla frequenza degli incontri ma rispetto alla modalità di utilizzo degli stessi.

Si sono alternati incontri emotivi in cui Miriam sembrava essere capace di trattare tematiche difficili ad incontri assolutamente superficiali, inautentici, privi di contenuti che riportavano tutto su un piano puramente cognitivo e non era possibile trattare nessuna tematica rispetto alla sua storia di vita.

Ciò che emerge dal racconto della sua infanzia è sicuramente carico di forte sofferenza emotiva perché Miriam riferisce di avere, sin da piccola, sentito un forte peso rispetto alla situazione familiare e un'angoscia eccessiva rispetto a quello che vedeva intorno a lei.

Il racconto di questo suo pezzo emotivo è sempre disorganizzato, l'eloquio risulta frammentato e confuso e Miriam alle volte sembra essere talmente angosciata nel ricordare immagini ed episodi che appare in uno stato dissociativo importante difficile da elaborare in un contesto ambulatoriale in cui, successivamente al colloquio, lei deve tornare all'interno della sua quotidianità.

Rispetto alla sfera sentimentale, dopo la fine di una convivenza con un ragazzo anche lui tossicodipendente, negli ultimi anni intrattiene relazioni con diversi uomini tutti compromessi con temi di abuso sostanze e temi delinquenziali.

Sono questi gli anni in cui Miriam manifesta il suo malessere con agiti che mettono a repentaglio la sua vita poiché si mette a rischio sia rispetto alle frequentazioni, sia rispetto ai luoghi, fino ad essere fermata solo dall'intervento delle forze dell'ordine che la conducono ad una struttura ospedaliera perché picchiata, molestata e sotto effetto di sostanze.

Durante questi episodi appare sganciata completamente dalla realtà.

Rientrata in sé non è in grado di ricordare quanto accaduto.

Dopo circa dieci anni dalla sua presa in carico Miriam accetta per la prima volta la proposta di un percorso comunitario che da una parte si rileverà contenitivo e strutturante per lei perché porta a termine mansioni, partecipa a gruppi, collabora con motivazione alle varie proposte terapeutiche, ma dall'altra emerge in maniera importante l'aspetto compulsivo-caotico nella sfera sessuale che porterà alla scelta da parte della struttura ospitante di interrompere il programma a causa delle molteplici trasgressioni.

Miriam vive questa situazione per ben due volte, in due percorsi diversi che la mettono in una condizione di forte vissuto fallimentare e nello stesso tempo le fanno vivere la sensazione di essere "deleteria/nociva" per l'ambiente circostante.

L'aggancio con gli operatori è sempre precario, chiede aiuto ma fatica ad affidarsi del tutto, rimane sempre guardinga e diffidente pur dimostrando compiacenza e gentilezza.

Nel periodo trascorso nella prima struttura si definisce un quadro di pensieri intrusivi che prima di quel momento erano stati imputati all'uso di sostanze.

Nel secondo contesto comunitario gradualmente emergono ricordi traumatici riguardanti la sfera sessuale dei primissimi anni di vita che le fanno vivere da una parte una sensazione di liberazione di quel vissuto, dall'altra un senso di destabilizzazione importante poiché i ricordi riguardano una figura familiare per lei significativa per cui il vissuto è fortemente ambivalente e

oscilla dalla paura di nuocere all'altro, alla rabbia per il sopruso subito.

Miriam chiese più volte di potere ritornare nella seconda comunità, come a voler riparare l'interruzione di un tragitto che forse aveva percepito come potenzialmente evolutivo.

Le relazioni che Miriam intrattiene, sia all'interno delle strutture, sia nei momenti in cui vive in casa con la mamma, sono tutti legami altamente disfunzionali caratterizzati da forte uso di droghe e condotte maltrattanti in cui il ruolo di Miriam sembra oscillare da quello di vittima a quello di carnefice.

La lettura integrata di strumenti psico diagnostici mette in luce un funzionamento caratterizzato da immaturità psichica che vede la paziente sprovvista delle risorse emotive e ideative necessarie a comprendere e gestire la complessità della realtà.

Sentendo di non avere degli strumenti per muoversi nel mondo, Miriam sarebbe spinta ad appoggiarsi a degli elementi concreti esterni che, grazie anche ad un adeguato bagaglio cognitivo (QI=94), le permetterebbero di orientarsi e di capire come comportarsi, evidenziando così una certa dipendenza dal contesto.

Tuttavia, in situazioni meno strutturate in cui il livello di complessità e ambiguità è maggiore, queste strategie non sono sufficienti e la paziente finisce per disorganizzarsi, perdendo il controllo su ciò che le accade.

L'origine di tale immaturità deriva da un clima primario vissuto come poco sicuro e disponibile: la figura paterna sembra essere percepita come aggressiva, dura e in qualche modo minacciosa. Mentre la figura materna appare del tutto inconsistente e indisponibile, in quanto completamente in balia della propria sofferenza.

Infatti, sembra che la paziente abbia vissuto la relazione con questa figura come con un oggetto mortifero, inanimato che, pur soddisfacendo i suoi bisogni fisiologici, non ha garantito un contatto affettivo positivo né un senso di protezione.

Si potrebbe ipotizzare che all'interno di questo legame siano quindi circolati dei vissuti depressivi che hanno lasciato nella paziente una profonda angoscia di morte.

Di fronte ad una figura materna così fragile, la rabbia sarebbe stata vissuta come un affetto lesivo, lasciando alla paziente la sensazione di essere in qualche modo pericolosa per l'altra persona.

Perciò, non sarebbe stata concepita come una spinta evolutiva per potersi separare, ma piuttosto un impulso da annullare, lasciando così Miriam in una condizione di importante dipendenza.

La struttura del Sé risulta infatti frammentata e immatura, per cui sembra che la paziente, proprio percependo questa fragilità, non riesca a fidarsi delle proprie risorse, sentendo di doversi affidare a un'altra persona per poter capire come muoversi nel mondo.

Per questo motivo arriverebbe ad assumere un atteggiamento accondiscendente, pur di garantirsi la sua vicinanza, esponendosi a diversi rischi, poiché potrebbe non dare un limite alle richieste che l'altra persona avanza.

Infatti, se da un lato la presenza dell'altro sembra necessaria e rassicurante, dall'altro il contatto con le persone sembra darle un certo fastidio e allarmala, poiché percepite come potenzialmente pericolose e non sempre benevole.

Tali esperienze, insieme alla difficoltà a costruire delle rappresentazioni stabili del mondo, farebbero sentire la paziente con-

tinuamente esposta ad una minaccia che genera in lei uno stato di costante tensione e angoscia, come se in qualsiasi momento potesse subentrare qualche pericolo improvviso.

Alla luce della conoscenza di Miriam sia nel contesto territoriale che nel contesto contenitivo e grazie alla valutazione corposa a livello testistico effettuato in questi anni si comprende come sia difficoltoso per la paziente intraprendere un percorso terapeutico, proprio a partire dalla sfiducia che sperimenta all'interno delle relazioni.

La fatica più grande dell'équipe curante nell'oggi è percepire fortemente l'angoscia ed il malessere della paziente e non trovare un luogo di cura adatto a lei che possa essere sia contenitivo che protettivo.

I continui agiti impulsivi nella sfera sessuale sono infatti ritraumatizzazioni continue che "nutrono" il suo malessere e la sua disorganizzazione; l'espulsività delle strutture ospitanti sono al contempo continue conferme del fatto che lei sia "deleteria" per l'ambiente circostante.

### **Il caso di Fatima**

Fatima originaria del Nord Africa, cresciuta in una famiglia benestante e con una madre abbastanza distante dalle rigide regole culturali ed un padre che si rivelerà essere dedito all'alcol. In età preadolescenziale inizia a usare sostanze come la cannabis ed avere comportamenti trasgressivi.

A diciotto anni si trasferisce in Italia per sposarsi con un italiano; dal matrimonio, che si rivela più che altro un modo per svincolarsi dalla famiglia, nasce una figlia e dopo pochi anni avviene la separazione a causa dei tradimenti del marito.

Fatima racconta di essersi ritrovata in un sistema matriarcale del tutto simile a quello dal quale aveva cercato di uscire lasciando il paese di origine.

Il marito faceva uso di sostanze e Fatima inizia gradualmente a usare alcol.

Il matrimonio finisce ma, a causa delle necessità economiche, la giovane rimane a casa del marito, nonostante i pessimi rapporti con la famiglia dei suoceri.

Sol dopo alcuni anni si allontana da quella situazione, ma la pandemia di Covid e le sue conseguenze la conducono a intraprendere lavori all'interno di locali notturni e discoteche dove gradualmente si avvicina all'uso di cocaina.

Fatima ricorda che quando la figlia andava in visita al padre, per sopportarne l'assenza, l'alcol diventava lo strumento più efficace per la gestione dell'angoscia e del vuoto di quei momenti.

La paziente intreccia diverse relazioni affettive con uomini dipendenti da sostanze che presentavano anche comportamenti violenti e possessivi.

Purtroppo queste circostanze portano alla segnalazione della sua condizione ai servizi sociali e alla tutela per i minori che poi la conducono all'aggancio con il Ser.D.

L'inserimento e la presa in carico si è subito rivelata complessa in quanto la paziente mostrava tratti di personalità connessi a motivazioni autarchiche e agoniste e sembrava incapace di formulare una domanda di aiuto e una partecipazione collaborativa congrua con il contesto.

Inoltre evidenziava una difficoltà più evidente nei confronti delle figure femminili, che si riverberava nella relazione con la psicoterapeuta.

La fatica iniziale è stata quella della costruzione di una fiducia di base e di una alleanza almeno formale, utilizzando come

porta di accesso il suo ruolo di madre, motivando la paziente alla prospettiva di ritornare ad avere rapporti con la figlia senza la presenza dei Servizi di Tutela. Lavorando su questo tema Fatima accettò di entrare in Comunità.

Gradualmente riconosce come le sostanze e la dipendenza erano antecedenti alla nascita della figlia; esce dall'idealizzazione della figura materna e vede come l'investimento che la madre aveva su di lei era funzionale alla madre stessa per acquisire riconoscimenti nella sua famiglia di origine.

Tale strumentalità della relazione era stata avvertita da lei e per questo aveva iniziato ad essere trasgressiva ed uscire dal ruolo di bambina per bene che aveva sempre portato avanti.

La riorganizzazione autarchica abbiamo ipotizzato nascesse dalla necessità di fare da sola e dall'assenza seppure misconosciuta della madre.

Un esempio di quanto avvenuto in struttura, che ha permesso di accedere a queste riformulazioni, scaturiva dall'astio che provava per due operatrici, giovani donne vicine alla sua età, che lei considerava e trattava alla pari, incapace di subordinarsi.

Nei colloqui psicoterapeutici era riuscita a dire come tali operatrici assomigliassero alle sue cugine materne e ciò ha appunto permesso di arrivare a riformulare il passato e i giochi famigliari sottostanti partendo da dati del qui ed ora.

Gradualmente, a fianco di questa area, emergono i ricordi più traumatici sulla sfera sessuale che poi verranno messi a fuoco in modo predominante durante le sedute con EMDR.

Il ruolo genitoriale valorizzato positivamente anche da parte dei servizi esterni ha permesso di dare un senso alle fatiche del suo percorso in Comunità e di porre attenzione al ruolo inibitorio che la figlia aveva nei confronti delle sostanze, la cui presenza, dopo la separazione coniugale, la preveniva dall'impulso di bere.

Anche la vicinanza che ha trovato con un ospite della struttura è diventata oggetto di riflessione grazie al contesto protetto che ha permesso di contenere i passaggi all'atto e ha favorito la comprensione di quanto delle sue relazioni traumatiche pregresse potessero confonderla nelle sue scelte attuali.

La relazione non sanzionata da parte dell'équipe e usata come strumento e opportunità di lavoro ha dato la possibilità di commentare la tendenza alla dipendenza affettiva e di porre alla luce le similitudini e il *continuum* con la dipendenza dalle sostanze.

Inoltre le sta apparendo sempre più chiaro il quadro relazionale e l'incastro di coppia e sta prendendo in esame come il quadro relazionale e l'incastro di coppia abbiano le stesse caratteristiche di quelle precedenti dove lei è a volte vittima e dove a volte il disagio di essere in posizione down la porta a ripristinare la posizione up ovvero quella del carnefice.

Si osserva quindi un'estrema difficoltà a stare in posizione alla pari.

Nel rapporto con l'équipe riesce attualmente a contenere le sue oscillazioni agoniste, mentre con i pari manifesta ancora una certa instabilità.

Nel corso della sua permanenza in comunità si è entrati sempre di più nel racconto dettagliato delle diverse esperienze traumatiche sessuali che hanno origine da un evento in adolescenza, dal quale è originata la vulnerabilità alla ritraumatizzazione, nel corso delle sue esperienze successive.

Fatima riconosce come queste situazioni traumatiche hanno un'influenza sulle sue relazioni amicali, affettive e su determinate scelte anche in campo lavorativo.

In questo caso si rileva come la componente traumatica che indirizza la paziente a utilizzare le motivazioni e le procedure sessuali e agoniste al posto di quelle connesse alle richieste e ai bisogni di attaccamento, in questo analogamente agli altri casi illustrati, sembra che riesca ad essere contenuta dal contesto residenziale di cura, come se la paziente mostrasse di essere ricettiva rispetto alle componenti accuditive e collaborative delle relazioni interpersonali.

Probabilmente, al contrario dei casi precedenti presentati nell'articolo, l'esperienza della genitorialità ha permesso di mitigare la disorganizzazione e l'impulsività e la paziente è riuscita a venire in contatto con le emozioni di attaccamento/accudimento nella relazione con la figlia.

## Discussione

Le peculiarità dei casi esemplificativi illustrati fanno riferimento a problematiche che rientrano nell'area borderline, che, come abbiamo già sottolineato (Shore, *op. cit.*) sono più frequenti nel genere femminile, mentre nel genere maschile è più frequente incontrare manifestazioni di tipo narcisistico/antisociale.

Tale collocazione diagnostica rende queste pazienti trasversali a vari contesti terapeutici (Ser.D., CPS, Comunità terapeutiche, Strutture residenziali psichiatriche, Servizi Tutela Minori).

Nel lavoro abbiamo preso in considerazione i contesti della Comunità terapeutica, il Ser.D. e il CPS.

Come si è visto nella raccolta dei dati della casistica, le pazienti manifestano i sintomi, i disturbi e le difficoltà nel seguire i percorsi di trattamento che abbiamo trovato nell'esame della letteratura internazionale.

Alla luce di quanto esposto, si comprende come tale difficoltà sia principalmente connessa principalmente alla sfiducia che sperimentano all'interno delle relazioni e alla riedizione delle esperienze traumatiche non elaborate e non condivise con un ambiente familiare tutelante.

La coazione a ripetere, l'identificazione con l'aggressore, la precoce costituzione di un sé alieno scisso e la dissociazione connessa con la disorganizzazione dell'attaccamento, con il disturbo post-traumatico o post-traumatico complesso, sono aspetti che rappresentano una psicopatologia a genesi relazionale che solo esperienze relazionali positive, "emotivamente correttive" possono contrastare o lenire.

D'altra parte proprio le relazioni di vicinanza possono rappresentare un trigger per l'attivazione delle difese di evitamento, di attacco-fuga e provocare reazioni, spesso inconsapevoli, che incrinano o rompono l'alleanza terapeutica.

Ne consegue che la riuscita della presa in carico di questa tipologia di pazienti è aleatoria per la multifattorialità patologica, ma riteniamo che la variabile di genere accresca ulteriormente la precarietà dell'incontro con i contesti di cura.

Sofferamoci ancora sul caso di Miriam: l'aspetto centrale del tragitto trattamentale di questa paziente sembra trovarsi per certi aspetti al polo opposto del caso di Anna.

Quest'ultima rifiutava l'inserimento in una comunità terapeutica e questo mancato passaggio di cura ha lasciato aperto lo spazio per un agito anticonservativo dall'esito non fatale, ma di portata gravemente e permanentemente disabilitante.

Miriam, invece, chiede reiteratamente di essere ammessa nella struttura residenziale da cui era stata espulsa, ma ciò non le viene permesso e la paziente si trova a ripetere comportamenti a rischio e alimentare la dipendenza da sostanze.

Le due situazioni hanno molti punti di contatto per l'espressività psicopatologica, la gravità della componente comportamentale e l'uso di sostanze compulsivo.

Nello specifico entrambe trovano nella relazione con un partner un esito di aggravamento della propria situazione, sia fisica che psicologica, evidenziando lo stretto rapporto tra dipendenza sentimentale/sexuale e dipendenza da sostanze.

Nel caso di Miriam è di particolare interesse come tale componente abbia una genesi traumatica rappresentata dall'abuso sessuale intrafamiliare in età infantile.

Alla luce di questa informazione l'espulsione della paziente dalla comunità terapeutica acquista un significato ancora più critico: in un certo senso Miriam viene punita per un comportamento che rappresenta il suo problema principale alla base della ragione per cui gli operatori cercavano di aiutarla.

Ma la comunità interpretava probabilmente il comportamento di Miriam come un aspetto correlato ad un tratto manipolativo e egocentrato, mentre si trattava di un modo di avere padronanza di un'esperienza di grave vittimizzazione infantile.

È evidente che queste considerazioni non devono essere interpretate come una critica alle procedure e alle decisioni della comunità terapeutica che ha preso in carico la paziente, la quale ha salvaguardato la collettività e il funzionamento generale, le cui regole rappresentano comunque dei limiti a cui non tutti i degenti riescono ad adattarsi.

Ma proprio questo aspetto riporta al discorso di come adattare i contesti terapeutici a pazienti di sesso femminile che agiscono attraverso le motivazioni sessuali comportamenti disregolati di natura post-traumatica, suscitando talvolta reazioni stigmatizzanti o moralistiche da parte delle équipe curanti.

Riportiamo alcuni contenuti della ricerca di Molteni (2011), che sottolinea che assumere il genere come categoria euristica interpretativa non implica banalmente l'aggiunta di un ulteriore elemento di complessità in un fenomeno già complesso come il consumo di droga e, prosegue l'autrice, la categoria *genere* ha un significato che va oltre la semplice distinzione biologica tra i sessi, ma include le pratiche culturali che definiscono il maschile e il femminile, incluse credenze, percezioni, preferenze, atteggiamenti, comportamenti e attività.

Si tratta di un processo incessante di costruzione sociale e non esiste prima della vita sociale stessa.

Le donne che contravvengono alle aspettative sociali sono viste come "doppiamente devianti", mentre nelle politiche e nelle rappresentazioni della tossicodipendenza maschile, al contrario, non compare alcun riferimento alle responsabilità familiari e al ruolo di padre.

Certamente il fenomeno della tossicodipendenza femminile e il modo di affrontarlo da parte del sistema di cura evolvono in relazione alla trasformazione delle aspettative di dipendenza della donna da parte della società e, per quanto in questo ambito i cambiamenti siano in rapida evoluzione, gli stereotipi di genere continuano a manifestare una certa resistenza.

L'intento del nostro lavoro è stato di contribuire a evidenziare la necessità di potenziare gli strumenti culturali e clinici per affrontare il fenomeno della tossicodipendenza femminile.

## Note

1. A questo riguardo il recente lavoro di Han *et al.* (2023) in cui rilevano che dal 2018 al 2021, la mortalità per overdose delle donne tra i 35

e i 44 anni in gravidanza e nel periodo del post-partum è triplicata, in linea con l'incremento della mortalità per overdose nella popolazione generale degli Stati Uniti. La maggior parte di queste morti si verificavano al di fuori dei contesti di cura. Per questo gli autori auspicano approcci di cura non punitivi per incentivare le donne tossicodipendenti in gravidanza e nel post-partum a rivolgersi ai servizi per il trattamento del disturbo.

2. Per le connessioni tra pattern di attaccamento e tossicodipendenza confronta anche: Roberto Berrini, Renato Sidoti, Federica Beltrami, Laura De Vecchi, Eugenia Luraschi, Lucia Monicchi, La dipendenza da sostanze come modalità di disattivazione del sistema dell'attaccamento: una ricerca su un campione di pazienti degenti in comunità terapeutica, *Mission*, 51, Anno XIV, marzo 2019, pp. 7-17.

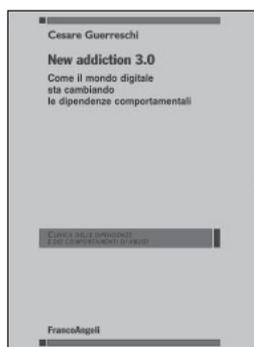
3. Comunità terapeutica di Montrigiasco Arona (NO) Gruppo Abele di Verbania Onlus; Comunità terapeutica di Cozzo (PV) Associazione Dianova Onlus.

## Riferimenti bibliografici

- Armour C., Elklit A., Shevlin M. (2011). Attachment typologies and posttraumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety: a latent profile analysis approach *Eur J Psychotraumatol.*, 2, 6018.
- Beebe B., Lachmann F.M., Markese S., Buck K.A., Barick L.E., Chen H., Cohen P., Andrews H., Feldstein S., Jaffe J. (2012). On the origin of disorganized attachment and internal working models: paper II. An empirical microanalysis of four-months mother-infant interactions. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(3): 352-374.
- Benetsch E.G., Sawyer A.N., Martin A.M., Allen E.S., Nettles C.D., Richardson D., Rietmeijer C.A. (2017). Dependency Traits, Relationship Power, and HealthRisks in Women Receiving Sexually-Transmitted Infection Clinic Services. *Behavioral Medicine*, Jul-Sep., 43(3): 176-183.
- Berrini R., Cambiaso G., Cirillo S., Cocchini A., Santioli L., Serra T., Troletti P. (2002). La tossicodipendenza femminile, una ricerca eseguita su un campione di tossicodipendenti da oppiacei. *Ecologia della Mente*, 2: 187-215.
- Bobzean S.A., De Nobrega A.K., Perrotti L. I. (2014). Sex differences in the neurobiology of drug addiction. *Exp Neurol.*, Sep., 259: 64-74.
- Boroumandfar Z., Kianpour M., Afshari M. (2020). Ups and downs of drug rehab among women: A qualitative study. *BMC Women's Health*, 20, 77.
- Burkett J.P., Young L.J. (2012). The behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction. *Psychopharmacology* (Berl), November, 224(1): 1-26.
- Chander G., McCaul M.E. (2003). Co-occurring psychiatric disorders in women with addictions. *Obstet Gynecol Clin North Am.*, Sep., 30(3): 469-81.
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. (2016). *La famiglia del tossicodipendente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Earp B.D., Wudarczyk O.A., Foddy B., Savulescu A. (2017). Addicted to love: What is love addiction and when should it be treated?. *Philos Psychiatr Psychol.*, March, 24(1): 77-92.
- Fattore L., Melis M. (2016). Sex differences in impulsive and compulsive behaviors: a focus on drug addiction. *Addict Biol.*, Sep., 21(5): 1043-51.
- Fernández-Montalvo J., López-Goñi J. J., Azanza P., Arteaga A., Cacho R. (2017). Gender differences in treatment progress of drug-addicted patients. *Women Health*, Mar., 57(3): 358-376.
- Fisher H.E., Brown L.L., Aron A., Strong G., Mashek D. (2010). Reward, Addiction, and Emotion Regulation Systems Associated With Rejection in Love. *J Neurophysiol*, 104: 512-60.
- Fisher H.E., Xu X., Aron A., Brown L.L. (2016). Intense, Passionate, Romantic Love: A Natural Addiction? How the Fields That Investigate Romance and Substance Abuse Can Inform Each Other. *Frontiers in Psychology*, maggio, 7, 687.

- Ganson K.T., Murray S.B., Nagata J.M. (2021). Associations between eating disorders and illicit drug use among college students. *Int J Eat Disord.*, Jul., 54(7): 1127-1134.
- Gori A., Russo S., Topino E. (2023). Love Addiction, Adult Attachment Patterns and Self-Esteem: Testing for Mediation Using Path Analysis. *J. Pers. Med.*, 13, 247.
- Han B., Compton W.M., Einstein E.B., Elder E., Volkow N.D. (2023). Pregnancy and Postpartum Drug Overdose Deaths in the US Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*. Published online November 22.
- Johnson S.D. (2008). Substance use, post-traumatic stress disorder and violence. *Curr Opin Psychiatry*, 21(3): 242-246.
- Joseph J.E., McRae-Clark A., Sherman B.J., Baker N.L., Moran-Santa Maria M., Brady K.T. (2019). Neural correlates of oxytocin and cue reactivity in cocaine-dependent men and women with and without childhood trauma. *Psychopharmacology (Berl.)*, Nov., 7. Doi: 10.1007/s00213-019-05360-7.
- Lacatena A.P. (2020). Donne e tossicodipendenza. Quando la patologia è di altro genere... *Mission*, aprile, XIV(53): 26-32.
- Lee N., Boeri M. (2017). Managing Stigma: Women Drug Users and Recovery Services. *Fusio*, 1: 65-94.
- Lev-Wiesel R., Shual R. (2006). Perceived causal and treatment factors related to substance abuse: gender differences. *Eur Addict Res.*, 12(2): 109-12.
- Liu L., Xiaotao W., Yang X., Wing-Hong C. (2022). Using Illicit Drugs to Lose Weight among Recovering Female Drug Users in China: An Exploratory Qualitative Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 2626.
- Lotzin A., Grundmann J., Hiller P., Pawils S., Schäfer I. (2019). Profiles of Childhood Trauma in Women With Substance Use Disorders and Comorbid Posttraumatic Stress Disorders. *Front Psychiatry*, Oct., 18, 10, 674. doi: 10.3389/fpsy.2019.00674.
- Maercker A., Cloitre M., Bachem R., Schlumpf Y. R., Khoury B., Hitchcock C., Bohus M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet*, Jul., 2, 400(10345): 60-72.
- Molteni L. (2011). *L'eroina al femminile*. Milano: FrancoAngeli.
- Motyka M.A., Al-Imam A., Haligowska A., Michalak M. (2022). Helping Women Suffering from Drug Addiction: Needs, Barriers, and Challenges. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19.
- Mucci C. (2018). *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi della personalità*. Milano: Raffaello Cortina, 2020.
- Munn-Chernoff M.A., Few L.R., Matherne C.E., Baker J.H., Men V. (Yu), McCutcheon V.V., Agrawal A., Buchholz K.K., Madden P.A.F., Heath A.C., Duncan A.E. (2020). Eating Disorders in a Community-Based Sample of Women with Alcohol Use Disorder and Nicotine Dependence. *Drug Alcohol Depend.*, July 01, 212, 107981.
- Peirce J. M., Kolodner K., Brooner R. K., and Kidorf M. S. (2011). Traumatic Event Re-exposure in Injecting Drug Users. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 89(1): 117-128.
- Petit G., Luminet O., Cordovil de Sousa Uva M., Monhonval P., Leclercq S., Spilliaert Q., Zammit F., Maurage P., de Timary P. (2017). Gender Differences in Affects and Craving in Alcohol Dependence: A Study During Alcohol Detoxification. *Alcohol Clin Exp Res.*, Feb., 41(2): 421-431.
- Reynaud M., Karila L., Blecha L., Benyamina A. (2010). Is love passion an addictive disorder?. *Am J Drug Alcohol Abuse*, Sep., 36(5): 261-7.
- Rice C., C Mohr D., Del Boca F. K., Mattson M. E., Young L., Brady K., Nickless C. (2001). Self-reports of physical, sexual and emotional abuse in an alcoholism treatment sample. *J Stud Alcohol*, Jan., 62(1): 114-23.
- Sloan E., Hall K., Moulding R., Brice S., Mildred E., Staiger P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev.*, Nov., 57: 141-163.
- Smith W. T. (2020). Women with a substance use disorder: Treatment completion, pregnancy, and compulsory treatment. *J Subst Abuse Treat.*, Sep., 116, 108045.
- Thomas N., Bull M. (2018). Representations of women and drug use in policy: A critical policy analysis. *Int J Drug Policy*, Jun., 56: 30-39.
- Weathers C., Billingsley D. (1982). Body image and sex-role stereotype as features of addiction in women. *Int J Addict.*, Feb., 17(2): 343-7.

## RECENSIONE



Cesare Guerreschi

### NEW ADDICTION 3.0 Come il mondo digitale sta cambiando le dipendenze comportamentali

Collana: Clinica delle dipendenze  
e dei comportamenti di abuso  
euro 26,00

Editore: FrancoAngeli

soprattutto nella fascia di popolazione più giovane, la più a rischio, interrogandosi se esse non siano diventate in realtà nuove forme di normalità. Viene poi messo in luce come Internet possa rendere possibile la perpetuazione di comportamenti potenzialmente compulsivi – come il giocare d'azzardo, il comprare e il guardare pornografia – e come, anzi, possa aggravare e rendere più rischiose queste forme di dipendenza. Infine, viene affrontato il tema del binge watching – la visione di serie televisive e film per un periodo di tempo prolungato e senza interruzioni – come fenomeno che non ha ancora un potenziale additivo conclamato, ma che possiede dei meccanismi intrinseci molto simili a quelli di dipendenze già consolidate. Anche il sovraccarico informativo, ossia la necessità da parte dell'uomo moderno di essere costantemente informato e aggiornato, può trasformarsi in un'ossessione, in grado di comprometterne la quotidianità. Il volume, anche grazie alla presenza di numerosi casi clinici, vuole essere un utile strumento per le varie figure professionali che si occupano di dipendenze: psicologi e psicoterapeuti, psichiatri, neurologi, neuropsichiatri, medici di medicina generale, assistenti sociali e infermieri.

Cesare Guerreschi, psicoterapeuta, fondatore e presidente della S.I.I.Pa.C. (Società Italiana Intervento Patologie Compulsive), pioniera in Italia dei programmi di prevenzione e trattamento per le new addiction, tra i massimi esperti in Europa. Tra le sue numerose pubblicazioni, per i nostri tipi ha pubblicato: *L'azzardo si veste di rosa. Storie di donne, storie di gioco, storie di rinascita* (2008); *La dipendenza affettiva. Ma si può morire anche d'amore?* (2011); *Pornodipendenza: la sofferenza dietro l'apparenza* (2022).