

FENOMENO DROGA E ISTITUZIONI CARCERARIE: INTERVENTI TERAPEUTICI E RIABILITATIVI

S. FILETTI (*) - E. AGUGLIA (*)

Il fenomeno-droga in quasi tutti i Paesi europei e extra-europei, soprattutto quelli più evoluti, è divenuto nell'arco degli ultimi dieci anni un problema di poliedrica dimensione.

La quantificazione di tale fenomeno in Italia, mirante a creare degli interventi preventivi che avrebbero lo scopo di risolvere il continuo dilagare della tossicomania, non si è resa possibile nonostante i numerosi tentativi e le costanti informazioni provenienti da ambienti diversi. Ciò perché non abbiamo dati sufficientemente attendibili dell'andamento della situazione in Italia.

Le indagini statistiche sono spesso generiche, contraddittorie anche perché l'approccio al problema è alternativamente psichiatrico, farmacologico, psicologico, sociologico.

Riteniamo che, nell'affrontare la piaga sociale della tossicodipendenza, sia indispensabile un approccio pluridisciplinare. Per analizzare il problema della droga nelle istituzioni carcerarie prenderemo in esame i dati forniti dal Ministero di Grazia e Giustizia, anche se convinti che tali informazioni, ottenute attraverso l'elaborazione di un questionario, presentano dei limiti comuni a tutte le indagini statistiche di questo tipo.

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i dati relativi all'incidenza della tossicodipendenza nelle istituzioni carcerarie, con l'analisi comparativa degli anni 1979, 1980, 1981.

La tabella n. 1 dimostra come nel corso degli anni presi in esame si è assistito ad un graduale decremento dell'inci-

(*) Docenti della Clinica psichiatrica dell'Università degli Studi di Catania.

denza percentuale di tossicodipendenti detenuti che da 2579 (10,75 %) su una popolazione carceraria totale di 23.988 del 1979 si sono ridotti a 1704 (6,48 %) su 26961.

TABELLA N. 1. - Rapporto tra tossicodipendenza e popolazione carceraria negli anni 79, 80, 81.

A N N O	N. deten.	Tossicod.	%
1979	23.988	2.579	10,75
1980	30.353	2.472	8,14
1981	26.961	1.704	6,48

Emerge da questi dati una discrepanza tra il numero totale dei detenuti che raggiunge il suo massimo nel 1980 (30353) e che si riduce solo di poco nel 1981, con valori maggiori rispetto al 1979 e la graduale contrazione del numero dei tossicodipendenti detenuti.

Nella figura n. 1 è rappresentato graficamente l'andamento dell'incidenza della tossicodipendenza nel triennio in esame.

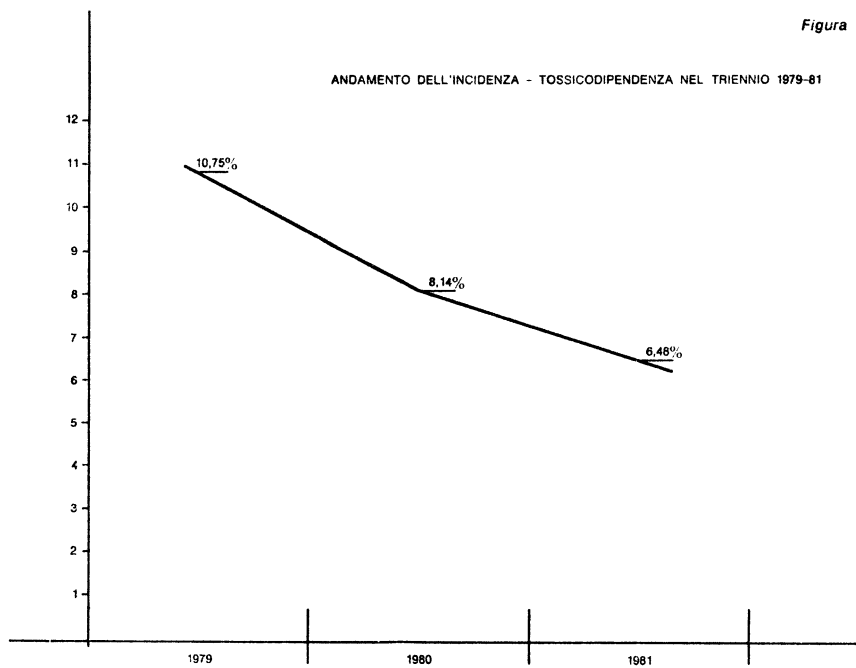
Non abbiamo dati che diano una spiegazione verificabile di questo fenomeno, riteniamo, tuttavia, che una delle possibili ipotesi sia da ricercare nel notevole aumento degli episodi di violenza nelle carceri che rappresentando una nuova modalità espressiva di disagio e di eteroaggressività, compenserebbero gli atteggiamenti autoaggressivi e autodistruttivi peculiari della tossicodipendenza.

Le tabelle n. 2, 3, 4 forniscono l'incidenza della tossicodipendenza nelle strutture carcerarie delle singole regioni.

Il fenomeno assume un andamento crescente solo nella regione Lazio (dal 13,49 % al 21,99 %) e nella regione Trentino Alto Adige (dall'11,11 % al 18,46 %).

Nelle rimanenti regioni l'incidenza è molto varia ed irregolare con valori massimi nell'anno 1980 nelle regioni Lombardia ed Emilia Romagna.

E nostro intento affrontare il tema della diffusione delle sostanze stupefacenti nelle carceri più che per approcciare i vari aspetti di questo complesso problema, per fornire invece nuove metodiche di intervento a chi come medici, consulenti psichiatri, psicologi, assistenti sociali, etc. opera in queste



strutture. Ci riferiamo, in particolare a quelle strategie di intervento educativo, terapeutico e riabilitativo per quei soggetti che invischiati nella morsa della droga possono utilizzare l'esperienza carceraria in maniera costruttiva e con atteggiamento di deciso rifiuto per eventuali ricadute.

Siamo certi che ad un tipo di approccio individuale da parte dello staff medico-psico-sociale, del quale condividiamo l'efficacia almeno in una fase iniziale, si debbano preferire metodiche terapeutiche di gruppo. Queste avrebbero il duplice vantaggio di riunire problematiche simili potenziando la carica motivazionale indispensabile per un buon esito, e di garantire una maggiore riuscita dell'intervento stesso.

Appare evidente come questo tipo di intervento sia secondario ad un primo approccio esclusivamente farmacologico da limitare a quei casi in cui sia possibile dimostrare la sindrome di astinenza attraverso un attento esame clinico che possa escludere l'atteggiamento simulatorio, abbastanza frequente in questi soggetti, allo scopo di assumere metadone o derivati benzodiazepinici e soprattutto messo in atto per non

Tabella 2

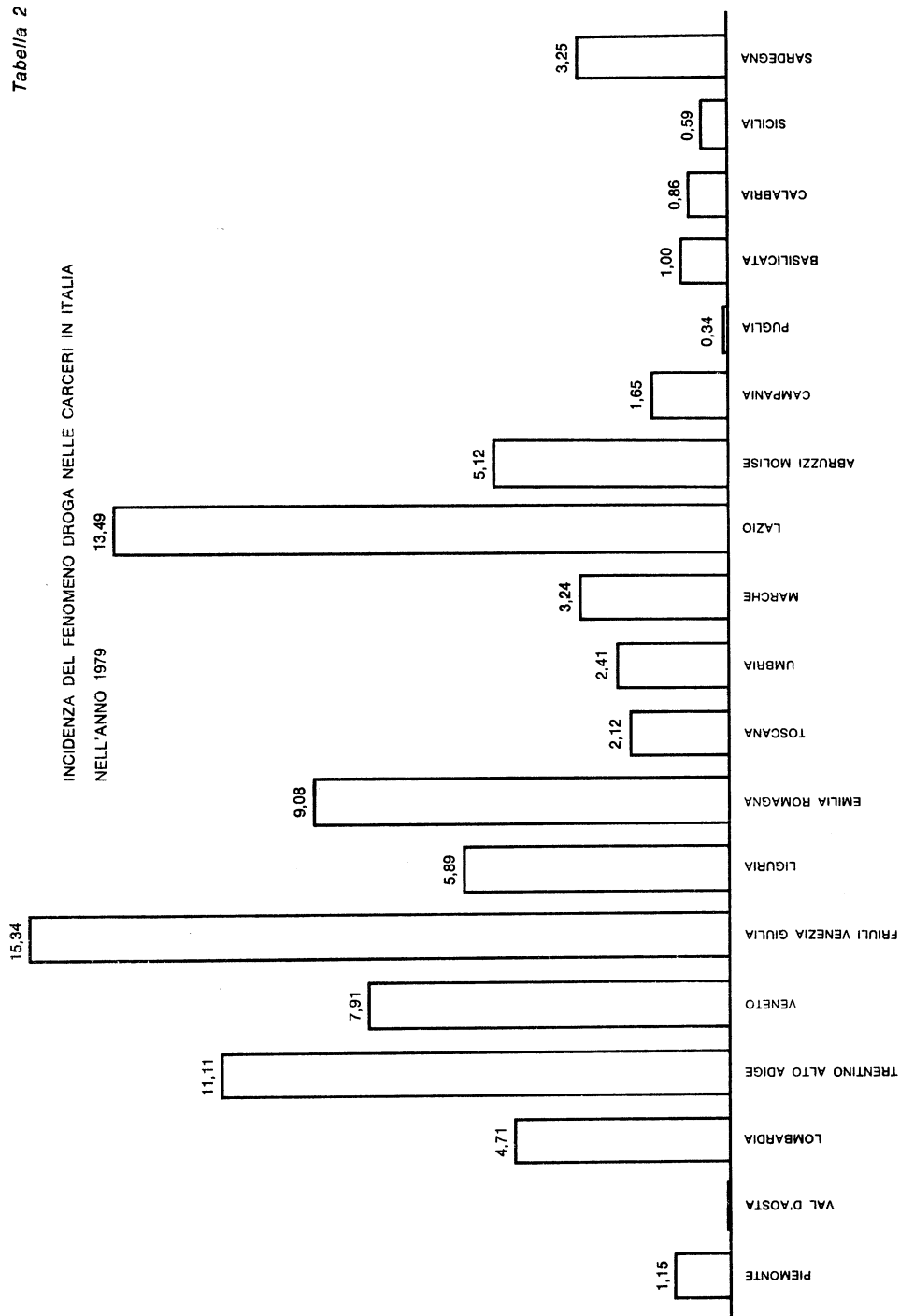


Tabella 3

INCIDENZA DEL FENOMENO DROGA NELLE CARCERI IN ITALIA
NELL'ANNO 1980

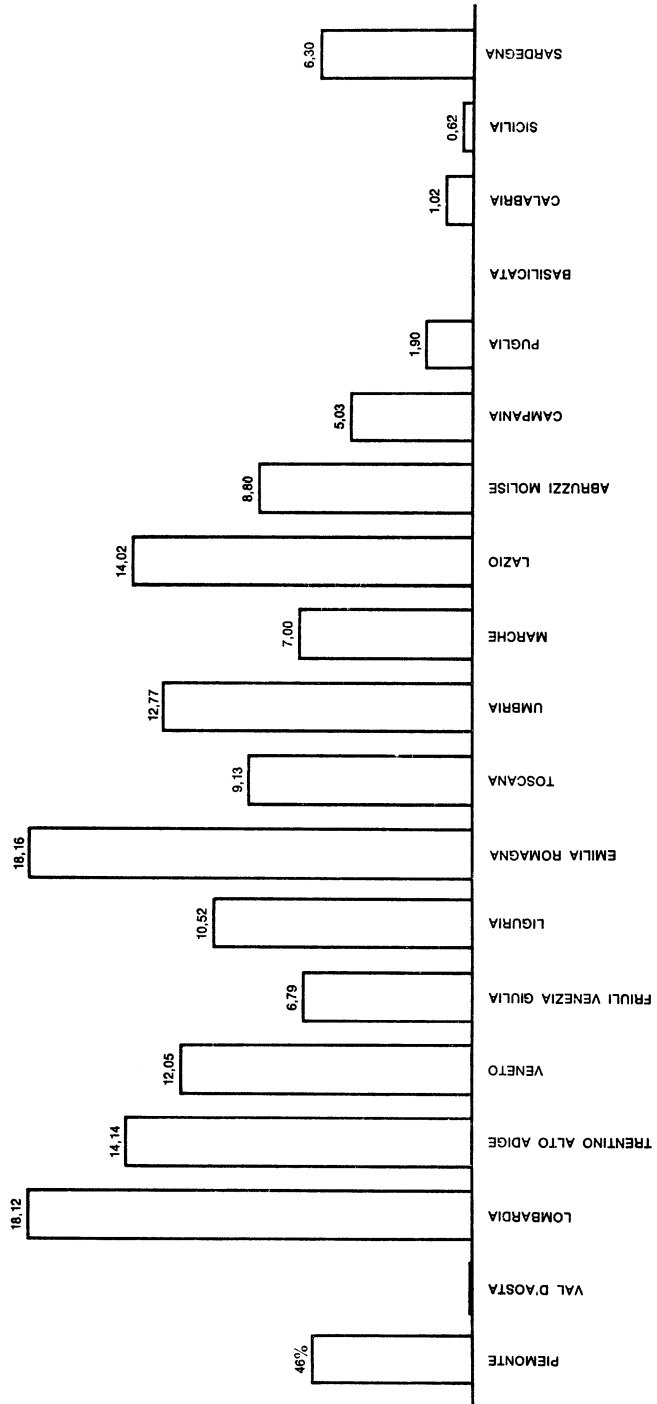
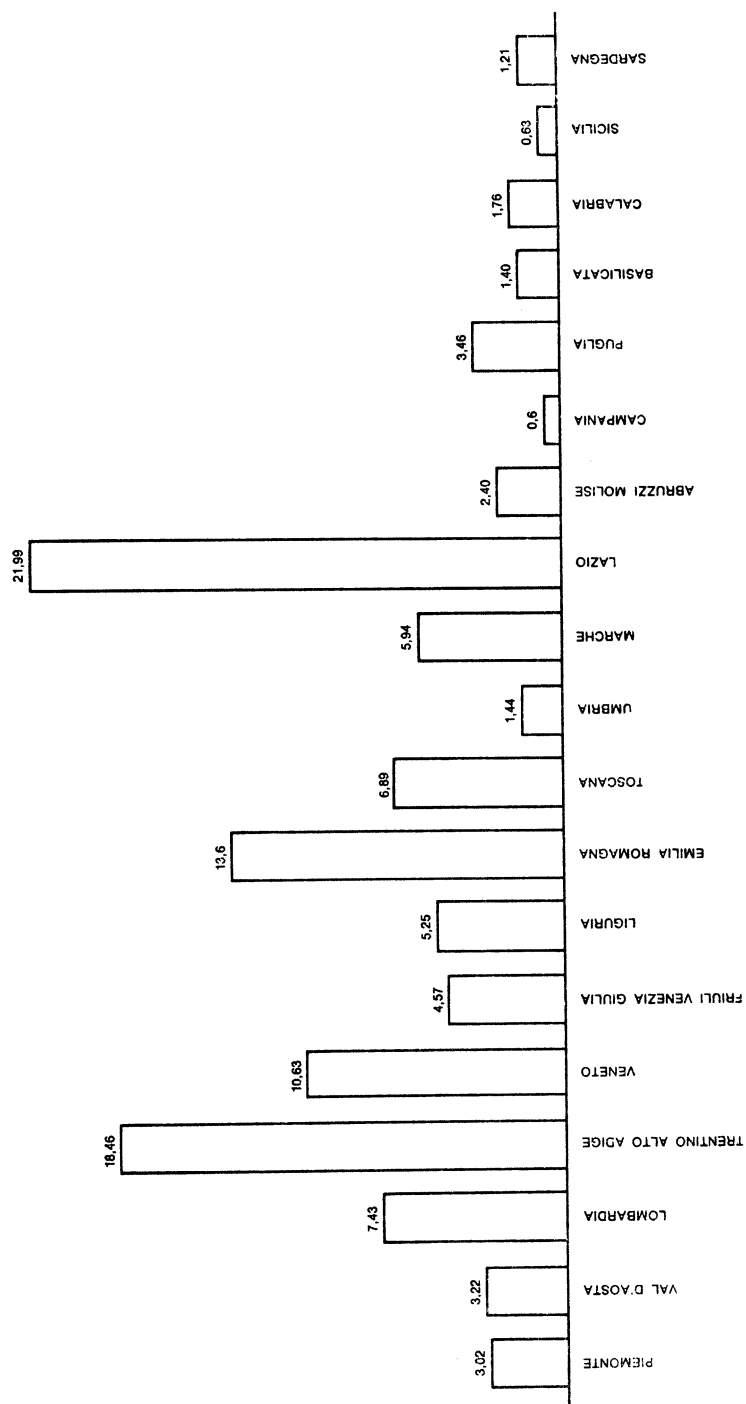


Tabella 4

INCIDENZA DEL FENOMENO DROGA NELLE CARCERI IN ITALIA
NELL'ANNO 1981



interrompere quel condizionamento psicologico-routinario di assunzione di sostanze stupefacenti.

Bisogna non confondere inoltre la sindrome di astinenza con la « crisi di angoscia » che, a causa della tempesta neurovegetativa secondaria, spesso si presenta con sintomatologia sovrapponibile.

Superata la fase di trattamento farmacologico occorrerà privilegiare l'intervento psicologico e psicoterapico. È da considerare che senza una partecipazione attiva del tossicodipendente, frutto di una scelta motivata e decisa, il risultato terapeutico, per esperienza nostra, comune all'esperienza di altre cliniche, è ridotto ad una percentuale insignificante, se si considera il numero dei soggetti trattati.

È impossibile, a nostro avviso, forzare quella barriera, quel muro rappresentato dalla scelta voluta per uno stile di vita antitetico al cosiddetto modo di vivere « normale ».

È la personalità del singolo che deve essere studiata al fine di conoscere meglio le dinamiche conflittuali che hanno determinato tale scelta e programmare così l'intervento nell'ambito di un gruppo.

Contributi clinico-statistici descrivono le personalità tossicofile come insicure, deboli, passive, con scarsa tolleranza al dolore, all'ansia ed alla frustrazione, dipendenti, inibite, instabili o poco dotate di autocontrollo.

Il Rossini le include nel capitolo delle turbe della volontà collocandole tra le azioni impulsive sistematiche, paragonando quasi il comportamento del tossicomane a quello del bambino che agisce soltanto in funzione del principio del piacere.

Bunke sosteneva che tutti i tossicomani presenterebbero in modo evidente già prima di dedicarsi all'uso di sostanze tossiche, tratti isterici, nevrotici o comunque psicopatici, dovuti a personalità premorbose caratterizzate da irritabilità, egoismo, arroganza, complesso di inferiorità.

Pichot, della Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Parigi, esaminando la personalità del tossicomane e facendo anche riferimento a ricerche psicometriche, fa notare in primo luogo come unanimemente non si sia riscontrata alcuna differenza statisticamente significativa, tra il livello intellettuale del tossicomane e quello di una popolazione di controllo. Lo stesso Autore traccia un profilo psicologico ottenuto con l'MMPI, somministrato nella sua forma

collettiva, nel quale i risultati espressi come profilo medio ne evidenziano uno classificato da alcuni del tipo sociopatico, da altri, psicopatico, peraltro assai somigliante all'andamento dei profili medi di gruppi di alcolisti e delinquenti.

Sheppard e Coll., nel 1972, esaminando 336 eroinomani, utilizzando l'MMPI giungono alla conclusione che solo il 6 % poteva essere considerato normale, il 38 % risultava al test sociopatico o con disordini della personalità, il 32 % presentava un profilo riferibile a schizotimia, incipiente o conclamata schizofrenia, il 16 % aveva una deviazione nevrotica del profilo, il 4 % presentava alterazioni timiche, ed, infine, turbe paranoicali e deterioramenti organici si evidenziavano nel 4 % dei casi.

Sulla base delle ricerche di Cavior e Coll., successivamente confermate da Sheppard e Coll., tendenti a mettere a punto la scala della eroinomania, mediante 57 items dell'MMPI, Pichot e Coll., hanno indicato i tratti essenziali dell'eroinomane:

- 1) Tono dell'umore generalmente orientato verso la depressione; mancano di uno scopo che abbia un senso e di un solido sistema di valori;
- 2) Attitudini religiose ambivalenti;
- 3) Difficoltà nelle relazioni familiari;
- 4) Relazioni amicali ambigue;
- 5) Rifiuto dei valori e delle istituzioni sociali;
- 6) Ambivalenza sessuale con tendenza all'omosessualità;
- 7) Uso frequente dei seguenti meccanismi di difesa: negazione, distorsione, proiezione, scambio dei ruoli.

Sempre al fine di delineare lo « specifico » della personalità del farmacodipendente, diversi Autori hanno utilizzato il test di Rorschach come strumento psicodiagnostico proiettivo fondamentale. Laskowitz e Jones, nel 1965, hanno riscontrato instabilità emotiva, difficoltà di adattamento, conflittualità.

Madeddu nel 1970 ha trovato personalità mal strutturate nei giovani dedite alle droghe e risultati analoghi, sempre con il test di Rorschach, ha ottenuto Ermentini.

Glover parla di 3 tipi principali di tossicomania: quello dovuto ad una inconscia omosessualità; quello che corrisponde ad una organizzazione ciclotimica; quello sostenuto da una struttura paranoide; e conclude dicendo che il comportamento del tossicomane può considerarsi un disturbo della personalità, rinforzato, ma non generato dalla droga.

Molti AA. considerano la tossicomania come una manifestazione estrema della condizione di disadattamento dei giovani, secondaria a uno stato conflittuale tra individuo ed ambiente (famiglia, scuola, società). La ricerca di nuovi stimoli o di eccitazioni per vincere sentimenti di disperazione, frustrazione, noia, per un approfondimento della conoscenza, per uno spirito consapevole o meno di ribellione o per il desiderio di uniformarsi ai valori dei propri coetanei: tutti questi possono essere fattori che influiscono sull'assunzione, da parte dei giovani, della droga.

L'analisi dei momenti psicologici evidenzia come questi soggetti tendano a spostare i loro conflitti interiori e a coinvolgere il loro ruolo nella società: la loro apparente ribellione, la posizione di indipendenza anticonformista coprono, in realtà, la loro totale sottomissione; agendo senza nessuna abilità e capacità di difesa, essi si espongono masochisticamente ad ogni tipo di persecuzione, alla mercé di tutti gli spacciatori.

La teoria psicoanalitica con le sue interpretazioni (tossicomania come regressione, situazioni di passività orale come meccanismo autopunitivo, autodistruttivo, ecc.) ad ombra nella personalità premorbosa il principale fattore causale della tossicomania.

Sussistono inoltre le teorie biochimiche e metaboliche che ipotizzano « difetti » biologici in cui la droga si inserirebbe, creando in breve tempo uno stato di « bisogno tossico » (dipendenza) e le condizioni per lo sviluppo dell'astinenza in caso di privazione.

Numerosi studi comparsi in letteratura concordano nel ritenere che la cura delle tossicomanie sia da fondare sui seguenti principi:

- 1) sottrazione della droga;
- 2) trattamento della sindrome di astinenza e dei danni provocati dalla droga (urgenza tossica);
- 3) prevenzione delle recidive.

Le due fasi principali della terapia sono quelle della disintossicazione e della disassuefazione.

Con il termine disintossicazione si indica la sospensione più o meno brusca della droga a seconda della gravità della sindrome di astinenza. Con quello di disassuefazione si intende la rimozione delle cause che provocano e mantengono la dipendenza psichica.

Tale termine potrebbe generare l'equivoco che sia possibile disassuefare un soggetto « passivo », contro la sua stessa volontà.

In verità mentre la disintossicazione può essere attuata con metodi coercitivi, la disassuefazione comporta un processo evolutivo e maturativo che può manifestarsi solo se desiderato e perseguito con tenacia dal soggetto tossicodipendente.

Inoltre mentre la fase di disintossicazione — qualora siano presenti uno staff curante esperto ed un ambiente idoneo — non presenta difficoltà eccessive, quella di disassuefazione è molto più ardua.

È noto il facile recidivismo dei tossicomani!

Molti studiosi e psicoterapeuti hanno relazionato sulla possibilità di un decondizionamento psichico attraverso tecniche psicoterapiche incentrate su un rapporto interpersonale, indipendente dalla possibilità di inserimento in comunità terapeutiche.

I dati presentati, tuttavia, esprimono per lo più dubbi, incertezze, fallimenti terapeutici, e concludono che la soluzione al problema-droga è solo preventiva a livello socio-politico e non terapeutico-ambientale.

Nelle comunità terapeutiche americane (Day Top Village, Phoenix House, Hodysey House) viene criticata la distinzione tra la fase disintossicante e quella di riabilitazione psico-sociale, ed il processo viene considerato come un « unicum » esistenziale.

Tale modalità di disintossicazione considera la sostanza farmaco una pseudosoluzione o meglio sempre una « droga », in quanto rappresenta una rinuncia al proprio autocontrollo e alla propria autodeterminazione.

Il soggetto tossicodipendente viene posto pertanto in un gruppo altamente direttivo che lo sostiene nel controllo e nel superamento della sintomatologia di astinenza.

In Italia si sono strutturate alcune esperienze di comunità terapeutiche, ma con criteri meno direttivi, meno gerarchici

e probabilmente per questo motivo non di sufficiente supporto per una terapia disintossicante. Nei paesi anglosassoni si è rivelata utile la disintossicazione nelle comunità terapeutiche, in gruppi non centrati sulle figure terapeutiche tradizionali (medico, psichiatra, psicologo, pedagogo, assistente sociale) bensì sulla comunità intesa come unità di sostegno psicologico, anche se non gestita da terapeuti professionisti, ma da tossicodipendenti o ex drogati.

Il fenomeno della droga nelle istituzioni penitenziarie è stato affrontato da diversi stati europei secondo soluzioni che garantiscono un'alternativa anche terapeutica di tipo farmacologico e psicologico alla semplice detenzione.

In Danimarca, già dal 1980-81 è stato elaborato un modello terapeutico secondo il quale i detenuti farmacodipendenti gravi sono stati riuniti in padiglioni isolati, per essere sottoposti ad un trattamento più intensivo.

In Norvegia i tossicodipendenti possono essere trattati o all'interno dell'istituzione stessa da parte di psichiatri che vi lavorano a tempo pieno o, nei casi più gravi, essere inviati presso cliniche psichiatriche e in seguito in comunità terapeutiche protette, nelle quali completeranno di scontare la pena.

Nell'intento di potenziare le motivazioni alla disassuefazione sono stati creati dei padiglioni « senza droga », dove i soggetti che volontariamente accettano il trattamento condizionato da continui controlli ematologici e urinari, per converso possono ottenere dei vantaggi giuridici e amministrativi alternativi alla pena (affidamento al servizio sociale, permessi, licenze etc.).

La Svizzera, in atto sprovvista di sezioni o di programmi particolari per i detenuti tossicodipendenti, ha programmato la istituzione di sezioni speciali con assistenza socio-terapica sia in corso di detenzione che nel periodo post-detentivo.

In Gran Bretagna, tutti i detenuti preventivamente vengono sottoposti a controllo medico da sanitari responsabili della salute fisica e psichica. Per i detenuti tossicomani il medico responsabile decide individualmente se attuare un trattamento farmacologico o inviare il soggetto presso un altro istituto di pena che dispone di presidi terapeutici più adeguati. In Italia la scelta terapeutica essenzialmente farmacologica è assicurata sia dagli operatori istituzionali che dagli istituti convenzionati, rappresentati dalle Unità Sanitarie Locali.

L'intervento psicoterapico è limitato a colloqui di sostegno che ben poco effetto possono sortire ai fini della risoluzione del problema.

La scelta di tale metodica d'intervento è condizionata tanto da carenze di struttura (mancanza di spazi adeguati) che di tempo (durata della detenzione, trasferimenti).

Tutto ciò rende possibile la disintossicazione fisica, ma non quella psicologica. Da quanto esaminato appare evidente la non attuazione della prevenzione terziaria, momento indispensabile per evitare recidive sia nell'ambito della tossicodipendenza che nel contesto criminologico ad essa strettamente collegato.

La nostra proposta di intervento terapeutico e riabilitativo nel sistema carcerario suggerisce l'istituzione di una struttura microsociale situata all'interno del carcere, nella quale si instauri un'attività terapeutica di gruppo con metodiche varie.

In questa neocomunità dovrebbero convergere quei soggetti che hanno già superato la fase di dipendenza organica, ottenendo così la concretizzazione dell'efficacia terapeutica e anche l'allontanamento da quei detenuti che non motivati, nonostante i continui e attenti controlli da parte del personale di sorveglianza, persistono nell'assunzione di droga.

La comunità terapeutica creata nell'ambito carcerario consentirà uno stile di vita più attinente alla realtà, certamente preparatorio per un auspicabile totale reinserimento alla fine del periodo detentivo.

Se da un lato il detenuto tossicodipendente dovrà sottostare ad uno schema di vita rigido durante il quale sarà sottoposto a continui controlli ematochimici e a periodici colloqui individuali con gli psicoterapeuti, potrà per converso usufruire di metodiche terapeutiche che avranno nella loro attuazione il significato anche di impegnarlo continuamente nell'arco della giornata secondo degli schemi teorici scientificamente accettati.

In particolare crediamo nell'utilità di un'attività sportiva che sia ben programmata, competitiva e che rafforzi la struttura personologica di base. Seguendo le teorie di Vayer che sottolineano il principio dinamico dell'azione educativa attraverso un'educazione corporea pensiamo che lo sport garantisca al tossicodipendente, privo di identità e di valori morali, la possibilità di apprendere le regole di comportamento sociale

che sono alla base della competizione, dell'affermazione di sé, della soluzione dei conflitti, e al tempo stesso di scaricare le sue tensioni psicoemotive.

L'esperienza sportiva rafforza l'Io e canalizza costruttivamente l'aggressività che trova una sua giustificazione nell'ordine e nella regola del gesto sportivo.

Stessa finalità si propone l'animazione, attività terapeutica con la quale intendiamo tutto ciò che viene realizzato per favorire l'incontro e la comunicazione interpersonale, stimolando le capacità inventive e creative nell'ambito del gruppo.

L'animazione ha una funzione di adattamento alle forme nuove di vita sociale con gli aspetti complementari di rimedio ai disadattamenti e di elemento di sviluppo individuale e collettivo. L'animazione può peraltro costituire un efficace supporto alle psicoterapie agendo come momento preterapeutico.

E può avere un ruolo ancora più importante nella prevenzione e nella riabilitazione agendo come centro di aggregazione soprattutto in un ambiente carcerario dove la disgregazione sociale, l'emarginazione e la devianza sono notevoli.

Nell'ambito delle socioterapie è strettamente correlata all'animazione la ergoterapia, che ha lo scopo di impegnare il soggetto in ruoli socialmente attivi rendendolo responsabile del suo comportamento e rafforzandone l'Io.

L'ergoterapia creerebbe una diminuzione della tensione intrapsichica, lo sviluppo di rapporti interpersonali attraverso un'attività comunitaria che allontani il soggetto dalla noia e dall'isolamento e che, cosa più importante, sia da stimolo alla riscoperta di un ruolo ed alla rassicurazione di poterlo esercitare. È preferibile pertanto privilegiare nei laboratori di ergoterapia le attività poco ripetitive ed automatiche e questo al fine di garantire una collaborazione più attiva oltre ad un impegno creativo.

Non è da sottovalutare infine che alla riabilitazione si affianca la possibilità di un reinserimento produttivo post-detentivo che garantisca che al soggetto un lavoro specializzato e qualificante.

Non riteniamo che questa nostra proposta di intervento possa risolvere in maniera definitiva il problema « droga » nelle carceri, tuttavia siamo convinti che la possibile attuazione di tali metodiche psico-socio-terapiche possa ridurre notevolmente l'incidenza del fenomeno.

RIASSUNTO

Gli Autori, nel presente lavoro, dopo aver commentato i dati relativi all'incidenza della tossicodipendenza nelle istituzioni carcerarie nel triennio 1979-80-81, forniscono nuove metodiche di intervento a coloro che operano nelle strutture carcerarie.

La loro proposta di intervento suggerisce l'istituzione di una struttura microsociale, situata all'interno del carcere, nella quale convergano quei soggetti che hanno già superato la fase di dipendenza organica.

Ciò al fine di poter godere di strategie educative, terapeutiche e riabilitative fondate su metodiche di gruppo quali l'animazione, l'ergoterapia e l'attività sportiva.

RESUME

Les Auteurs, après avoir commenté les données relatives à l'incidence de la toxicodépendance dans les prisons durant la période 1979-1980-81, fournissent de nouvelles méthodes d'intervention à ceux qui travaillent dans les structures carcérales.

Leur proposition d'intervention suggère l'institution d'une structure microsociale, située à l'intérieur de la prison et réservée aux sujets ayant déjà dépassé la phase de dépendance organique.

Cela afin de pouvoir profiter de stratégies éducatives, thérapeutiques et réhabilitatives basées sur des méthodes de groupe telles que l'animation, l'ergothérapie et l'activité sportive.

SUMMARY

After giving data on the number of drug addicts in prisons during the three-year period 1979-81, the Authors, in their paper, put forward new methodologies of intervention for those operating in prisons.

Their proposed intervention consists in the creation of a micro-social structure, within the prison, where all those who have already passed the physical dependence phase are channelled.

This would enable them to benefit from educational, therapeutical and rehabilitation strategies based on group methods, such as animation, ergotherapy and sports activities.

BIBLIOGRAFIA

- AGUGLIA E., BONOMO V., CANNELLA M. C., FILETTI S., CORSARO D.: « Profilo Psicologico e imputabilità del tossicodipendente ». Atti del XXXIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Catania 24-29 Aprile 1980, in *Formazione Psichiatrica*, 4, 339, 1981.
- ANDREOLI V., MAFFEI F., TAMBURINO G.: *Il ciclo della droga*. Ed. Scient. e Tecniche, Mondadori Ed., Milano, 1978.
- ARNAO G.: *Rapporto sulle droghe*. Ed. Feltrinelli, Milano, 1976.
- CANCRINI L., MALAGODI-TOGLIATI M., NENCINI G. P.: *Droga*. Sansone Ed., Firenze, 1972.
- CAZZULLO C. L.: « Droga: aspetti farmaco-tossicologici e medici », in *Droga e Società, oggi e domani*. Milano, 1972.
- CONFORTO C.: « Rilievi in tema di psicoterapia di gruppo con tossicomani », in *Riv. Sper. di Freniatria*, XCV, 1971.
- DI GENNARO G.: *La droga. Controllo del traffico e recupero dei drogati*. Giuffré Ed., Milano, 1976.
- FLICK G. M.: *Droga e Legge Penale*. Giuffré Ed., Milano, 1979.
- GIBERTI F., ROSSI, R.: *Manuale di Psichiatria*. Vallardi, Milano, 1980.
- GIULIANI G., GIULIANI C.: « Considerazioni relative ad alcune indagini psicologiche su di un gruppo di tossicomani », in *Riv. Pat. Nerv. Ment.* 74, 706, 1973.
- GULOTTA G.: *Psicologia giuridica*. Franco Angeli ed., Milano, 1979.
- HILL H. E., HAERTAEN C. A., GLASER R.: *Personality characteristics of narcotic addicts indicated by MMPI*. J. Gen. Psychol. 127-139, 1960.
- MADEDDU A., ARRUGA A., CICUTA P.: « Possibilità e limiti dell'intervento preventivo in tema di tossicofilia e tossicomania. Valutazione di una serie di iniziative specifiche con interviste focalizzate su gruppi-campioni atipici di insegnanti e genitori », in *Droga e Società Italiana*. Giuffré ed., Milano, 1974.
- MADEDDU A., ARRUGA A., CICUTA P.: « Condizioni psicosociali di un gruppo di drogati istituzionalizzati: primi risultati di una ricerca », in *Droga e Società Italiana*. Giuffré ed., Milano, 1974.