

I consumi giovanili nei setting naturali: ricerca sui giovani consumatori di cocaina

Soggetto proponente e gestore: Forum Droghe

Soggetti attuatori: Forum Droghe, Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza (CTCA), Dipartimento di Psicologia-Università di Firenze

Report conclusivo (a cura di Grazia Zuffa)

Premessa

La ricerca, condotta in due step (2009/2010 e 2010/2011) ha inteso indagare i modelli d'uso di droghe, in particolare di cocaina, fra i giovani consumatori con esperienze di consumo oltre la fase sperimentale, reclutati nei "setting naturali" (e non attraverso il canale dei servizi per le dipendenze). La ricerca, nel primo e nel secondo step, si è proposta di colmare il vuoto di conoscenza (presente soprattutto in Italia) circa la pluralità di modelli di consumo e di comportamenti d'uso tra i consumatori che non si rivolgono ai servizi, che potremmo definire i consumatori "invisibili". Si tratta per lo più di soggetti socialmente integrati, secondo il modello del cosiddetto "consumo compatibile". Questa "invisibilità" ha diverse facce: da un lato, i consumatori scelgono di rendersi "invisibili" ai servizi, o perché non ritengono di averne necessità, o perché, pur sperimentando periodi di uso più intensivo e a volte problematico, tuttavia non si riconoscono nell'etichetta di "dipendenti"; dall'altro, molti servizi, secondo il modello di interpretazione dominante dell'uso di droga centrato sulla *addiction*, tendono a "non vedere" la fase del consumo regolare, considerandola una fase puramente "transitoria", o verso la cessazione dell'uso o verso l'*escalation* dei consumi e la dipendenza conclamata: si tratta dunque di una invisibilità per così dire "teorica", destinata però ad avere ripercussioni sull'operatività dei servizi stessi.

In particolare, il secondo step della ricerca si è proposto di:

- allargare il reclutamento ad un numero più ampio di consumatori di cocaina rispondenti ai requisiti descritti, al fine di raggiungere una maggiore significatività dei risultati utile anche per approfondire il confronto con analoghe ricerche condotte in ambito internazionale.
- verificare i risultati più interessanti emersi dal primo step. In particolare: 1) in contrasto con le traiettorie ipotizzate dal modello *disease*, centrato sulle proprietà additive delle sostanze, le traiettorie di consumo nei *setting* naturali mostrano una generale *tendenza alla moderazione* dei consumi e all'aumento di controllo sugli stessi. L'uso "controllato" sembra dunque essere il frutto di un *processo di apprendimento* 2) Il *set* (motivazioni e aspettative dei consumatori) e soprattutto il *setting* (i contesti situazionali, amicali, affettivi, gli impegni e gli eventi di vita) hanno un ruolo chiave nel "modulare" i consumi. Come conseguenza, le traiettorie tendono alla variabilità e non esiste per lo più una cesura fra consumatori controllati e incontrollati.
- a partire dai risultati sopra elencati, confrontare gli obiettivi/strategie dei servizi con gli obiettivi/strategie di "controllo" dei consumatori, alla ricerca dei punti di accordo/disaccordo psicosociale.

Obiettivi della ricerca

1) *Allargare il reclutamento ad un gruppo più ampio di consumatori nei setting naturali in ambito regionale.* Ciò al fine di raggiungere un numero di partecipanti significativo e affidabile per una valutazione delle varie tipologie di consumo e dell'evoluzione delle "carriere" di consumo.

- 2) Approfondire la prospettiva teorica, sviluppando l'aspetto qualitativo della ricerca tramite interviste in profondità condotte presso questa tipologia di consumatori.
- 3) Sviluppare la riflessione sulla valenza applicativa della ricerca ai modelli operativi dei servizi.

Azioni

- a) *updating* della letteratura scientifica sui consumi nei *setting* naturali e sui “controlli” sui consumi di cocaina.
- b) Proseguo della ricerca sui giovani consumatori di cocaina
- c) Approfondimento della valenza applicativa della ricerca all'operatività dei servizi
- d) stesura di un report e stampa di un volume che raccoglie i risultati dell'intera ricerca;
- f) disseminazione dei risultati in iniziative pubbliche

(a) *Revisione della letteratura scientifica (2006/2011) (Allegato A)*

La revisione storica dei principali studi sull'uso controllato/incontrollato di droghe in campo internazionale è stata compiuta nel primo step della ricerca. La presente revisione prende invece in esame l'arco di tempo dal 2006 al 2011, per ciò che riguarda tutti gli studi condotti sull'uso di cocaina (non solo quelli sull'uso controllato).

Per ciò che riguarda la panoramica storica, se ne richiamano sinteticamente gli elementi principali: i primi studi sui controlli sul consumo si devono a Norman Zinberg (1979, 1984). Norman Zinberg è considerato il primo teorico del *social learning* applicato alle droghe. La sua ipotesi, ancora oggi largamente controcorrente, è che non tutti i consumi di droghe illegali conducano alla dipendenza, in maniera simile a quanto avviene per l'uso della principale droga legale, l'alcol. Se la realtà del consumo non dipendente di droghe illegali è stata ignorata dalla ricerca, ciò dipende dall'ottica “farmacocentrica” imperante che focalizza sulla droga come “sostanza capace di indurre dipendenza”. Ciò spiega perché la gran parte degli studi abbia come target la popolazione in trattamento per problemi di dipendenza. Peraltro, anche i pochi studi sui consumatori nei *setting* naturali focalizzano sugli elementi di “rischio” e di “danno” correlati alle droghe (vedi di recente la *brain research*) invece che sui “controlli” sul consumo.

La ricerca di Zinberg che ha per oggetto i consumatori che non si sottopongono a trattamento, si propone di individuare le componenti di *set* (i meccanismi psicologici, quali le aspettative e le credenze del consumatore) e di *setting* (i cosiddetti “controlli” sociali, individuati nei rituali e nelle prescrizioni sociali) che, insieme alle caratteristiche chimiche delle droghe, sono in grado di spiegare la pluralità dei modelli di consumo “altri” dalla dipendenza.

Sulla scia dell'intuizione teorica di Zinberg, sono stati effettuati importanti studi, fra i quali quelli condotti a San Francisco fra i consumatori di cocaina (Waldorf, Reinerman, Murphy, 1991); a Rotterdam fra i consumatori di cocaina ed eroina (Grund, 1993); ad Amsterdam, fra i consumatori di cocaina (Cohen, 1989), (Cohen, Sas, 1993,1995); a Toronto, fra i consumatori di cocaina e crack (Erickson, 1994); ad Anversa, sempre fra i consumatori di cocaina (Decorte, 2000), (Decorte, Slock, 2005).

In Italia non sono stati condotti studi specifici tendenti a individuare il controllo/non controllo sui consumi, fino alla presente ricerca condotta in Toscana e ad una ricerca qualitativa sui consumatori di cocaina eseguita a Torino (Ronconi, 2010). Sono altresì presenti studi sui consumatori reclutati nei *setting* naturali: fra i primi studi sul consumo di cocaina, si segnala lo studio multifocale condotto a Torino, così come a Barcellona e Rotterdam (Merlo et al., 1992) e i più recenti studi condotti in Italia e in Toscana su consumatori reclutati sulle scene del divertimento (Meringolo P., Bertolletti S., Chiadini M., 2009).

Per ciò che riguarda **la revisione 2006/11, presente in allegato A**, si noterà che le ricerche nei *setting* naturali sono molto limitate, specie se confrontate alla ricchissima produzione sugli aspetti

neurologici e neuropsicologici di meccanismi predittori o correlati all'addiction (vedi p.1 allegato A). Solo la ricerca condotta a New York (Ramo et al., 2011) tende a individuare le traiettorie di consumo.

Per queste ragioni, vale la pena di sottolineare l'importanza della presente ricerca sui consumatori di cocaina in Toscana, di cui sono stati pubblicati i risultati nel 2010 (Bertoletti, Meringolo, 2010); e la ricerca qualitativa condotta a Torino, consistente in 21 interviste in profondità a consumatori di cocaina (Ronconi, 2010 e 2011).

(b) *Proseguo della ricerca sui giovani consumatori di cocaina*

Obiettivi:

1) Indagare i modelli di consumo di cocaina nelle subculture giovanili, cercando di cogliere i processi di autoregolazione dei consumatori e le variabili psicologiche e sociali che favoriscono/ostacolano gli stessi 2) Indagare la percezione dei consumatori circa il "controllo" e "non controllo" dei consumi.

Metodologia:

Il target è stato individuato in giovani consumatori di cocaina che non siano o non siano stati in carico alle istituzioni sociosanitarie (servizi per le dipendenze patologiche) e/o non abbiano avuto contatti con le istituzioni giudiziarie. Ciò al fine di studiare gli stili e i modelli di consumo in larga parte sconosciuti ai servizi, nonché oggetto di minore attenzione nel campo della ricerca.

Lo scopo dello studio è primariamente qualitativo, per capire i processi di autoregolazione e quelli di "perdita di controllo", a partire dalla percezione dei consumatori stessi circa il concetto di consumo "controllato" e "incontrollato".

Strumenti della ricerca

E' stata utilizzata un'**intervista semistrutturata**, con domande chiuse e domande aperte trascritte ad opera degli intervistatori. Il testo dell'intervista è lo stesso utilizzato nel primo step, in modo da permettere l'elaborazione complessiva dei dati del primo e del secondo step (salvo un numero esiguo di domande che sono state aggiunte per il secondo step e che ovviamente sono state elaborate a parte).

I dati delle interviste semistrutturate sono stati analizzati tramite SPSS.

Sono state inoltre condotte **10 interviste in profondità**, utilizzando una traccia tematica analoga a quella delle interviste semistrutturate.¹

Partecipanti

Per ciò che riguarda le interviste semistrutturate, in questo secondo step sono stati reclutati in Toscana 68 consumatori di cocaina selezionati secondo il criterio "a palla di neve", fra i contatti amicali degli intervistatori e fra i contatti sviluppati sulle scene del divertimento dagli operatori impegnati negli interventi di riduzione dei rischi. Il requisito iniziale è stata un'esperienza *life time* di almeno 20 episodi di consumo, con la finalità di selezionare i consumatori con una certa esperienza di consumo ed escludere i consumatori occasionali.

Anche se l'intento dei ricercatori era di raggiungere consumatori non in contatto con le istituzioni sociosanitarie né con quelle giudiziarie, le persone con queste caratteristiche non sono state escluse. Sommando i partecipanti del primo step (47) a quelli del secondo step (68), si ottengono **115**

¹ Per le denominazioni "interviste semistrutturate" e "interviste in profondità", si è qui seguita la terminologia usata nella ricerca sociologica sui consumatori di cocaina condotta ad Anversa (Decorte, 2000, 2005). Tuttavia, nella letteratura psicologica la definizione è rispettivamente di "intervista strutturata" per il questionario composto di domande aperte e chiuse, e di "intervista semistrutturata" per le interviste in profondità condotte su una griglia di domande definite.

partecipanti. Poiché i criteri, le modalità, la platea di reclutamento sono stati gli stessi nel primo e nel secondo step, e il tempo intercorso fra i due step è stato assai limitato (un anno), si è ritenuto di poter compiere una elaborazione dei dati su 115 partecipanti (83 uomini e 32 donne). Tale numero permette di ricavare elementi di comparazione con alcune ricerche simili, particolarmente con la ricerca condotta ad Anversa fra 111 consumatori di cocaina reclutati sulle scene del divertimento (Decorte, 2000). Per il suo interesse teorico e la similarità nella metodologia con la presente ricerca, lo studio di Anversa sarà frequentemente citato nell'esposizione dei risultati.

Le interviste in profondità raccolte sono 10 (9 uomini e 1 donna).

Caratteristiche dei partecipanti

Per le interviste semistrutturate, l'età dei partecipanti varia da 18 a 52 anni, con un'età media di 31 anni (D.S.=6,7). Il 27,8% sono donne.

Si tratta di soggetti in un'età di giovinezza "matura", di cui la grande maggioranza svolge un'attività lavorativa (92 soggetti pari all'80%), mentre 16 (13,9%) sono studenti. Circa le ore settimanali passate al lavoro, la media è di 37,8, mentre la moda è di 40 (25 persone) (su 52 partecipanti le indicano). Emerge dunque un livello di impegno lavorativo di una certa importanza.

Il 53% ha un diploma di scuola media superiore, il 31% di scuola media inferiore, mentre 21 intervistati (18,3%) hanno un diploma di laurea. E' un livello di preparazione scolastica non alto, comunque più basso che nella ricerca di Anversa, in cui 1/3 disponeva di una laurea.

Il 32,2% vive col proprio partner, il 26,1% vive da solo, mentre 25 intervistati (21,7%) vivono coi genitori.

29 partecipanti (il 25,2%) hanno avuto nell'arco della vita contatti coi servizi, una percentuale significativamente più alta rispetto allo studio di Anversa, anche se solo 9 soggetti (il 7,8%) dichiarano di essere in carico ai servizi al momento dell'intervista.

C'è da dire che il crescente invio di persone ai servizi per semplice consumo in seguito a controlli di polizia, fa sì che la risposta positiva alla domanda se si è o si è mai stati in carico ai servizi non sia in grado di discriminare coloro che davvero hanno fatto ricorso al Sert per seri problemi legati alla droga.

Lo stesso si può dire per la domanda relativa ai problemi penali, poiché molti consumatori affrontano sanzioni prefettizie per il consumo personale. Comunque 33 partecipanti (28,7%) dichiarano di avere avuto problemi con la giustizia.

Per le interviste in profondità, l'età varia dai 25 ai 38 anni (con una media di 33,6), 7 lavorano mentre 2 sono studenti (1 non risponde), 6 hanno un partner fisso, nessuno ha avuto contatti col Sert, 2 hanno avuto problemi con la giustizia (1 per spaccio, 1 per reati diversi dalla droga). Nell'insieme, si tratta di persone con un livello discreto d'integrazione sociale.

Interviste semistrutturate, analisi dei dati

Interviste in profondità, analisi dei temi

Data l'analogia fra le aree tematiche delle interviste semistrutturate e quelle delle interviste in profondità, i risultati saranno illustrati congiuntamente.

Iniziazione all'uso

L'età media di iniziazione all'uso è di 18 anni (minima 14, massima 30, DS=3,2), circa 2 anni inferiore che nel gruppo di Anversa. L'iniziazione avviene prevalentemente nel gruppo amicale (il 67,8%), e in casa di un amico (42,6%), come rituale di socialità: la cocaina è per lo più stata offerta (49,6%) o chiesta (13%) agli amici, solo una minoranza (il 37,4%) l'ha comprata.

Il rituale largamente prevalente di iniziazione è lo "sniffo" (95,7%), ma è presente anche la modalità del "fumo" (14,8%). Solo un intervistato l'ha basata e nessuno ha usato la modalità iniettiva la prima volta.

Alcuni intervistati descrivono come poco piacevole la prima esperienza. In ogni modo, si riconferma che il riconoscimento degli effetti piacevoli non è solo in funzione delle caratteristiche farmacologiche della droga ma è frutto di un processo di apprendimento, secondo la classica teoria di Becker:

...io ho notato che c'è voluto tempo per capire l'effetto..inizialmente non è che funzionino più di tanto..non puoi saperlo, uno stato alterato di coscienza non puoi conoscerlo finché non lo provi (ID9)

Modalità di consumo

Prima di illustrare i risultati, occorre chiarire la terminologia [il cosiddetto crack e la cocaina "basata" (*free base*)] e alcuni degli effetti. Il crack, conosciuto anche come "roccetta" (*rock*) o cocaina "basata" (*free base*) è una variante della cocaina. Sotto questa forma, la cocaina viene fumata, e l'effetto del crack fumato è molto più forte. La trasformazione della cocaina in polvere (idrocloreidrato di cocaina) in crack comporta l'eliminazione della componente idrocloreidrica tramite l'uso di bicarbonato di sodio, o di ammoniaca, di acqua e del calore. Nonostante spesso si continui a parlare di crack e di *free base* come due prodotti distinti, in realtà il processo di conversione dalla cocaina in polvere è quasi identico e comunque sono identici i due prodotti finali. Nella letteratura internazionale in genere si parla di crack per la sostanza spacciata in questa forma per strada, mentre il *free basing* è compiuto a casa dal consumatore (la cocaina "cucinata", secondo la dizione usata nella presente ricerca). Il processo di riscaldamento e trattamento con bicarbonato o ammoniaca elimina molte delle contaminazioni cui è soggetta la cocaina, anche se il crack di strada è in genere venduto con molte adulterazioni. Il nome crack deriva probabilmente dal suono provocato dal bicarbonato di sodio che brucia. La modalità del fumo causa un *rush* quasi istantaneo: la "botta" (*high*) del crack, ma anche il "calo" (*cocaine crash*), sono più intensi rispetto a quelli sperimentati con la cocaina per via nasale.

Mentre in America è comune il crack (venduto dagli spacciatori), nelle interviste della presente ricerca ci si riferisce sempre al *free basing* fatto dagli stessi consumatori.

Al momento dell'intervista, la gran parte assume la sostanza "sniffata" (91,3%). La sostanza è "basata" dal 15,7%, fumata dal 13,9% mentre solo 3 consumatori (2,6%) la iniettano. 34 consumatori (il 29,6%) dichiarano di aver cambiato metodo di consumo rispetto all'iniziazione. Circa le ragioni per cui i 34 intervistati hanno cambiato metodo di consumo, emerge soprattutto la voglia di provare nuovi effetti (15), la curiosità (6) o un effetto più forte (6).

Ai partecipanti è stato inoltre chiesto di enumerare *i fattori positivi e negativi delle varie modalità di assunzione* (D.21). Circa lo sniffo, le citazioni degli effetti positivi (123) superano quelle degli effetti negativi (109). Il rapporto si capovolge per la modalità iniettiva (38 citazioni di effetti positivi contro 76 di effetti negativi, più 13 citazioni di “nessun effetto positivo” e 15 “non so”); anche per la cocaina basata, le citazioni di effetti positivi (69) sono superate dagli effetti negativi (78).

La preferenza per la modalità di sniffo è in linea con la ricerca di Anversa.

Quanto agli effetti positivi dello *sniffo*, questa via di assunzione è apprezzata soprattutto per la “praticità” e “velocità”, ma anche per la minore nocività per la salute (“meno nociva”, “meno forte la dipendenza fisica”, “dà un’assuefazione minore”, “non c’è contatto col sangue”). Tra gli effetti negativi, gli intervistati segnalano soprattutto i problemi al naso (37 citazioni), ma anche il fatto che questa via di assunzione non è considerata economica (“ce ne vuole tanta”, “tanta va sprecata”). Solo 1 citazione per i problemi respiratori.

Dunque, lo “sniffo” sembra essere la modalità tipica del consumo di cocaina:

mi sono informato e ho sempre sentito che lo sniffo è il metodo puro di fare la coca (ID2)

Per la modalità iniettiva: l’effetto positivo più citato riguarda la velocità e l’intensità dell’effetto (“effetto botta più veloce e più forte”, il “flash”, con 25 citazioni), ma anche l’economicità (“ne basta poca”, “economicità”, “dura di più”); gli effetti negativi più menzionati riguardano la “dipendenza” (14 citazioni), i problemi con le vene (“infezioni per iniezione”, “brucia le vene”, con 17 citazioni). Se ai problemi con le vene si sommano altri svantaggi per la salute (“fisicamente ti distrugge”, “problemi cardiaci”, “rischio overdose”), troviamo i rischi per la salute in cima agli svantaggi. Da notare 11 citazioni che indicano semplicemente la modalità stessa (il “buco”) come svantaggio: ciò potrebbe indicare che la riduzione del danno correlato alle modalità di assunzione più rischiose è entrata nel senso comune, da un lato; dall’altro, che il “buco” è ormai associato allo stereotipo del “tossico” di strada, da cui prendere le distanze.

Per la cocaina “basata”: si riscontrano 69 citazioni “positive” contro 78 “negative”, mentre a 3 comunque “non piace”. L’effetto positivo più menzionato riguarda l’intensità e la particolarità del *rush* e lo “sfruttamento” della sostanza (“è più forte l’effetto”, “il flash”, “più divertente”, “botta: aumenta le capacità mentali”). L’effetto negativo su cui gli intervistati maggiormente concordano è il più forte rischio di dipendenza (21 citazioni). Sono menzionati anche gli effetti spiacevoli immediati (“maggiori paranoie”, “non mi piace”, “ti irrigidisci”).

Circa gli effetti positivi e negativi citati per le diverse vie di assunzione e anche per il loro ordine di importanza, gli intervistati toscani concordano largamente con i partecipanti di Anversa.

I consumatori che preferiscono fumarla descrivono il potenziamento degli effetti:

...la cosa abbastanza istantanea, molto più forte di tutte le altre sostanze, è forse quello che mi piaceva (ID1)

Ma ricorrono le descrizioni dei maggiori effetti negativi rispetto allo “sniffo”:

Gli effetti negativi io li ho subiti solo fumandola, insonnia acuta che rimane per giorni, sudore freddo..(ID8)

..la differenza è che quando la tiri puoi anche stare con la gente, però quando la fumi devi essere con uno che la usa con te o da solo, non puoi avere rapporti sociali con le altre persone quando la fumi (ID5)

Timing del consumo nell'arco della settimana

Quanto al modello di consumo attuale rispetto alla tempistica settimanale (D11), la maggioranza (58%) concentra gli episodi di consumo nel fine settimana (il 31,3% solo nel fine settimana, il 27% prevalentemente nel fine settimana); tuttavia il 24,3% dichiara di consumare sia nel weekend che durante la settimana. Da notare che 16 intervistati (13,9%) dichiarano di non avere mai consumato negli ultimi sei mesi.

C'è da notare che questa domanda presuppone una regolarità d'uso che non sempre esiste. Dalle interviste in profondità emerge che molti lo fanno "quando capita l'occasione":

Le occasioni sono sempre abbastanza casuali, non esco mai dicendo "stasera esco e uso cocaina" (ID3)

Altre volte, la casualità fa parte di un processo di *step down* dopo periodi più intensi (cfr. oltre, p.9 del presente report)

..è ritornata un po' ad essere episodica, una volta ogni due mesi..poi può darsi anche che succeda a cinque giorni di distanza..se mi capita ora di fare una sera con gli amici (ID7)

Per i consumatori più regolari, la scansione temporale del consumo è un elemento importante, poiché per molti consumatori definire le occasioni di consumo, delimitandolo al *setting* del tempo libero, costituisce un indice di "controllo" sul consumo, come vedremo.

Costo della cocaina (D25 e D26)

A 61 degli intervistati il costo della cocaina negli ultimi sei mesi non ha pesato (51 rispondono "no", 8 "non tanto", 2 "non se ne sono resi conto"). Tuttavia 44 persone pensano di aver dovuto fronteggiare una spesa importante (a 31 ha pesato, a 4 ha pesato "molto", a 9 ha pesato "abbastanza").

Programmazione della spesa

La maggioranza programma la spesa della serata (55,7%), anche se una consistente minoranza non lo fa (42,6%).

Nell'insieme, a molti però è capitato di spendere più di quanto voluto (66,1%, pari a 76 intervistati).

L'aspetto economico assume un rilievo particolare quando diventa un elemento di "controllo" sul consumo: il fattore "spesa" compare con una certa frequenza quando si passa alla domanda sui comportamenti percepiti come indicatori di controllo/non controllo (anche se non è elencato nella lista A dei fattori ritenuti più importanti) (D35, D36). La rilevanza del fattore economico è confermata dalle risposte alla domanda sulle motivazioni circa i periodi di astinenza temporanea che la maggioranza dei consumatori attraversano: l'eccessiva spesa è uno dei motivi che porta i consumatori a smettere per un periodo o a ridurre in maniera consistente (cfr. oltre, p.9).

Livelli di consumo (D6)

Si cerca di leggere i livelli di consumo e la loro variazione nel tempo, mettendo a confronto la frequenza d'uso nel periodo di maggior consumo con quella recente, degli ultimi sei mesi.

Emerge una chiara tendenza a consumi più moderati. Nel periodo di maggior consumo il gruppo più numeroso è rappresentato da coloro che consumavano quotidianamente (quasi la metà, 55 intervistati pari al 47,8%); il 25,2% consumava più volte alla settimana, lo 11,3% una volta la settimana e il 10,4% almeno una volta al mese ma meno di una volta la settimana.

Negli ultimi sei mesi solo lo 0,9% (1 consumatore) consuma tutti i giorni, *laddove il gruppo più numeroso* (40 persone pari al 34,8%) *consuma meno di una volta al mese*, seguito dal gruppo che consuma almeno una volta al mese ma meno di una volta la settimana (32 persone pari al 27,8%). La tendenza alla moderazione è simile alla ricerca di Anversa (ad Anversa nel periodo di maggior consumo il 45% consumava quotidianamente, contro il 47,8% in Italia; il 26% di Anversa consumava più di una volta la settimana contro il 25,2% in Italia).

In questo secondo step si è inserita una nuova domanda per esplorare le variazioni di quantità del consumo, oltre che la frequenza, chiedendo il numero di “strisce” giornaliero (hanno risposto alla domanda 49 soggetti). Si riconferma la *tendenza alla moderazione*, poiché la media delle strisce consumate in un giorno quasi si dimezza (da una media di 10,79 nel periodo di maggior consumo a una media di 6,1 negli ultimi sei mesi) (cfr. p.7 allegato B).

Carriere di consumo

Quanto alle carriere di consumo, ossia i cambiamenti nel corso del tempo, il modello prevalente risulta essere “alternano fasi di consumo intenso e fasi di consumo sporadico o non consumo” (modello 7) riportato da 29 intervistati (il 25,2%), seguito da “il mio consumo di cocaina è arrivato fino ad un massimo e poi è diminuito” (modello 4), riportato da 24 intervistati (pari al 20,9%) e da “le mie modalità d’uso sono state molto diverse nel corso del tempo” (modello 6) riportato da 21 intervistati (pari al 18,3%). Solo il 13% (15 intervistati) si ritrovano nel modello 2, che si può definire di *escalation* (“il mio consumo di cocaina è aumentato gradualmente nel corso del tempo”).

Se si sommano le percentuali del modello 6 e 7, considerando quest’ultimo una specificazione del modello 6, troviamo che il 43,5% degli intervistati si riconosce nelle traiettorie “variabili”: una percentuale vicina, anche se leggermente inferiore, a quella di Anversa (col 50,5%). L’analogia si riscontra anche per il modello 4 (*up-top-down*), che ad Anversa si colloca al secondo posto col 26,1% (col 20,9% nella nostra ricerca, come esposto sopra). Va notato che solo il 10,4% (12 soggetti) si riconosce nella traiettoria 3 (“ho cominciato a consumare cocaina nella stessa quantità e frequenza di quella che consumo attualmente”). Nell’insieme, l’andamento delle traiettorie di consumo offre i risultati più fecondi dal punto di vista teorico, come sarà esplicitato nelle conclusioni.

L’andamento “a picchi” è ben descritto nelle interviste in profondità:

..ora va a picchi: l’anno scorso parecchio, quest’anno poco (ID8)

..all’epoca, fra i 19 e i 21 anni, è stato certamente il periodo in cui consumavo di più, e per un lungo periodo, poi dopo ho avuto tanti momenti di consumo più o meno intenso”(ID4)

E’ interessante osservare che le motivazioni addotte *per la variabilità del modello* sono varie, a volte opposte. C’è chi rimarca la intenzionalità di “controllo della dipendenza” :

..inizialmente con un crescendo, poi con un diminuendo..nel momento in cui uno fa mente locale sulla situazione, ho l’impressione che, se non diventa totalmente dipendente, (il consumo) poi tende a decadere (ID6)

E c’è invece chi sottolinea il ruolo dei cambiamenti nello stile di vita e più in generale del contesto sociale e amicale:

E’ tutto associato anche alla vita sociale che fai..perché l’anno scorso ero tornato a un periodo come dieci anni fa. ero sempre in giro la notte, di sabato fino alle cinque, le sei..non è tanto la voglia della bamba, è la situazione che ti fa venire la mania di sbambare (ID8)

E' stato molto legato a non vedere una serie di persone..per cui ti stacchi da un certo giro..se non le vedo non ne sento nemmeno la mancanza (della sostanza)(ID7)

Alla grande maggioranza degli intervistati (87%, pari a 100 soggetti) è capitato di aver consumato una quantità maggiore di sostanza rispetto a quanto programmato (D13), così come è capitato di consumare più spesso di quanto previsto (al 85,2%) (D14). Ciò è coerente con le prevalenti traiettorie variabili, che alternano periodi di consumo intenso a periodi di consumo sporadico, ma anche col modello di traiettoria 4 (il mio consumo è aumentato fino ad arrivare a un massimo e poi è diminuito) e 5 (ho cominciato e smesso di consumare cocaina molte volte).

Di fronte ad un grammo di cocaina (D12), la maggioranza (il 47,8%) si comporta secondo il modello “a ripetizione” (*binge*) (risposta 3: “consumo cocaina senza smettere finché non ne ho più”); ma ben il 40% segue una modalità più controllata, optando per la risposta 1 (“consumo un poco, aspetto e poi ne consumo ancora”). Il 9,2% è in grado di “conservarne per un'altra occasione”.

In questo caso, gli intervistati di Anversa si comportano in modo sensibilmente diverso: solo il 28,8% sceglie la risposta 3 (il *binge*), mentre il 62% sceglie la risposta 1.

Astinenza temporanea e step down (D15 e sgg.)

Quasi tutti gli intervistati (108, pari al 93,9%) hanno diminuito il consumo mentre 82 (il 71,3%) sono stati astinenti per più di un mese. Nel secondo step, è stata aggiunta una domanda per approfondire le conoscenze sui periodi di astinenza (“quanto spesso ti è accaduto di essere astinente”). Dalle risposte di 39 partecipanti (su 47) dichiaratisi astinenti per più di un mese, emerge che ben 29 hanno passato un periodo di astinenza “tre o più volte”.

Quanto alle motivazioni per cui è stato interrotto l'uso, le più frequenti riguardano il fattore economico, ossia *la preoccupazione per la spesa* (10 citazioni), e *la perdita di interesse* (“non mi andava”) con 9 citazioni, che prefigura un processo che si potrebbe definire di “naturale autoregolazione”.

Di nuovo, ritroviamo sia il ruolo dei contesti (“non c'era occasione, non vedevo le persone con cui farlo”, con 8 citazioni) che *lo sforzo attivo di riacquistare il “controllo” sulla sostanza* (“ero troppo infognato”, con 7 citazioni). Anche i motivi di salute e i disturbi psichici (9 citazioni in tutto) rientrano nella stessa intenzionalità di riprendere il controllo sul consumo.

Da notare che *le due poli, del controllo dovuto ad eventi esterni* (cambiamento stili e circostanze di vita) e *di quello dovuto ad eventi interni* (sforzo attivo per fronteggiare i problemi economici/di salute legati al consumo) sembrano identificare diverse tipologie di consumatori, ma anche periodi diversi nell'esperienza del consumatore, variando nelle diverse fasi della vita.

“Perdita di interesse” e “digiuno”

Nelle parole dei consumatori delle interviste in profondità si ritrovano sia l'esperienza dell'astinenza “naturale”, che segue ad una caduta di interesse, che la ricerca di una strategia attiva di controllo (in questo caso un vero e proprio rituale, non a caso definito da un intervistato “ramadan”):

..magari sono stato anche un anno senza usare mai (ID3)

Ho avuto periodi in cui non ho usato per mesi (ID10)

Diciamo che è andato a fasi. Ad esempio c'è stata anche l'assenza totale..tuttavia c'è stata anche una certa costanza..comunque ogni anno faccio una pausa di due o tre mesi..due o tre mesi all'anno di ramadan mi ci vogliono e li ho sempre fatti (ID10)

Da notare che la limitazione della spesa può rappresentare sia una motivazione per lo *step down* sia una strategia di controllo:

.. quindi ho smesso proprio di comprarla cercando di ridurre così anche l'uso ... mi sono semplicemente imposto di non farlo e piano piano ho visto un po' di benefici e quindi mi sono ulteriormente convinto che comunque la strada migliore per uscirne... era insomma in modo drastico. (ID1)

L'astinenza temporanea e lo *step down* si presentano in un continuum, specie quando si è in presenza di una "naturale" perdita di interesse, dovuta al variare delle circostanze di vita:

Ah, nell'ultimo anno ho quasi smesso..ho rallentato tantissimo..è un po' lo stesso percorso per cui ho smesso di fumare le canne..ad un certo punto non mi andava più..in certi momenti in cui uno ha da fare di più, non può essere infastidito anche da cose esterne..(ID7)

E poi ho conosciuto altre persone, sono cambiati i miei interessi..è stato un passaggio che è avvenuto da sé..ero stufo delle persone che avevo intorno (ID4)

Che mi ricordi... può darsi venti giorni, sì, quaranta, sì... può darsi. Può darsi... ma non legato ad una mia decisione... non a dire "no, basta", io non mi sono mai detto "no, basta", non mi è mai nemmeno passato per la testa dire "ora non lo faccio più, ora smetto, ora non la tocco più". Mai... (ID7)

Si è cercato anche di indagare la percezione dei consumatori circa *il rilievo del contesto di vita nel mutamento dei modelli di consumo verso la moderazione* (D18). Ben il 75% riconosce il ruolo di alcune circostanze di vita nel calo dei consumi, specie in relazione ai rapporti affettivi e alla famiglia (con, rispettivamente, 30 e 9 citazioni), il lavoro o lo studio (13 citazioni), la salute (11 citazioni), la spesa (9 citazioni).

Mai più non l'ho detto mai, però in quel periodo ho deciso di farla finita per un tempo indeterminato, che però si è fermato quando l'hanno offerta, però sapevo che con quella gente e in quel contesto non sarebbe stato più di una pipetta e poi basta, allora lì mi sentivo sicuro di chi avevo intorno e della situazione e l'ho potuto rifare..(ID1)

Farne uso sempre con persone che comunque, fossero più o meno dipendenti, avevano una loro dignità... per quanto riguardava l'approvvigionamento, una loro etica, una loro morale nell'uso. (ID9)

Astinenza come abbandono della sostanza (quit) (D55)

Rispetto alle intenzioni dei consumatori, è opportuno distinguere chiaramente fra l'astinenza come forma di *step down* e modalità di "controllo" dei consumi, che abbiamo appena esaminato; e l'astinenza come scelta di abbandonare la sostanza.

Per ciò che riguarda quest'ultima, 40 intervistati (il 34,8%) hanno pensato di smettere definitivamente in qualche momento della vita. Tra le motivazioni addotte, compare la spesa

eccessiva, la preoccupazione per la salute, la paura della dipendenza (*ho paura perché mi ha preso troppo; non la comandavo più e non avevo più soldi*).

Compare però anche il rovescio della medaglia, l'abbandono "naturale" (*non faceva più parte delle priorità; non avevo un reale bisogno di usarla; mi ha annoiato e non frequento più le persone che la usano*). In questo caso, però, sfuma la linea di confine fra l'astinenza come forma di step down e l'astinenza come abbandono della sostanza.

Craving per la cocaina (D51 e 52)

Senza dubbio la cocaina è una sostanza capace di indurre un forte desiderio (*craving*). Infatti, l'81,7% (94 intervistati) dichiara di avere provato il *craving*. Quando però si cerca di approfondire le caratteristiche del *craving* che è stato sperimentato, si scopre che esso è per lo più limitato ad alcune occasioni ("qualche volta") (62 intervistati pari al 53,9%). Durante i periodi d'astinenza, il *craving* è stato sperimentato dal 47% dei partecipanti, mentre il 40,9% non l'ha provato.

Consumo di cocaina e di altre droghe

L'alcol è la sostanza psicoattiva maggiormente consumata, quasi alla pari con la cannabis, mentre il tabacco segue a leggera distanza. Un poco più distanziata l'ecstasy. Compagno inoltre l'eroina e la ketamina e in ultimo gli psicofarmaci.

Gradimento delle sostanze

La cannabis, non la cocaina, è la sostanza usata più di frequente (65 risposte), ed è anche quella più gradita (47 risposte). Segue l'alcol (con 39 risposte) ma con un indice di "gradimento" molto più basso (18 risposte). La cocaina si colloca al quarto posto (dopo il tabacco) nella graduatoria di frequenza d'uso (con 18 risposte), ma è interessante l'alto indice di gradimento (38 risposte). Dunque, la cocaina non è una sostanza di uso molto comune, ma piace molto.

Stati d'animo che fanno crescere la voglia di cocaina (D28)

55 intervistati (il 47,8%) riconoscono che ci sono stati d'animo che influiscono sull'uso. Gli stati d'animo positivi, vuoi *associati a euforia per situazioni ricreative, sociali*, vuoi più intimi, *di felicità, serenità*, sembrano favorire maggiormente la voglia di cocaina ("se ho voglia di fare festa", "voglia di festeggiare qualcosa", "quando sono lanciato", con 22 citazioni; "quando sono felice", "quando sei tranquillo", con 6 citazioni).

Anche gli stati d'animo negativi di *tristezza, noia, disagio*, possono risvegliare la voglia della sostanza ("quando sono molto giù di morale", "quando sei depresso e non riesci a smettere di pensare", con 13 citazioni).

Nelle interviste in profondità, alcuni esprimono molto bene l'effetto "voglia" stimolato da stati d'animo opposti ("per dieci anni l'ho usata solo quando ero felice e mi volevo divertire non più di due o tre volte l'anno. Quando ne ho usata in momenti di infelicità per tre anni, ne ho fatto un uso quotidiano").

Situazioni inadatte all'uso di cocaina (D29)

Le situazioni in cui la gran parte dei partecipanti non userebbe la cocaina sono quelle lavorative con 23 citazioni; più in generale, non si ritiene opportuno usare la sostanza in vista di una prestazione di lavoro, di studio, di sport e in circostanze che richiedono lucidità, con 18 citazioni ("in situazioni rischiose in cui è necessario avere sangue freddo e nervi saldi (business)").

Le situazioni familiari sono percepite come inappropriate (18 citazioni): da notare che il lavoro e la famiglia sono spesso citati insieme ("a lavorare, con i miei parenti", "una sera che sto in casa con la

famiglia. A lavorare”). Anche la compagnia del/della partner (6 citazioni) e il fare sesso sono giudicate situazioni inadatte (3 citazioni).

Interessante anche la citazione delle persone non “giuste” (10 citazioni) (“con persone con cui non sono a mio agio e in situazioni squallide, ad esempio brutta musica e atteggiamento ostile”): a dimostrazione che sull’effetto stesso piacevole/spiacevole della sostanza il *setting* e il *set* rivestono un ruolo cruciale.

Nell’insieme, dalle risposte a questa domanda emerge che la maggioranza degli intervistati ha una chiara percezione della distinzione fra *setting* appropriati e inappropriati al consumo.

Stati d’animo inadatti all’uso di cocaina (D30)

Si è visto in precedenza che sia gli stati d’animo positivi , sia (in misura minore) gli stati d’animo negativi fanno venire la voglia di usare la cocaina: si tratta di vedere ora quali sono giudicati appropriati dai consumatori. In altre parole, si tratta di indagare il *set*, dal punto di vista dei consumatori.

La gran parte degli intervistati giudica non opportuno consumare quando si sentono tristi, depressi o ansiosi/in paranoia o comunque in uno stato d’animo negativo (“se sono triste/depresso”, “quando mi sento giù”, “se sono preso male”, “ansia, perché se no ti schianta il cuore”). Gli stati d’animo negativi sono citati ben 75 volte.

Come si vede, in genere *si preferisce non assumere in condizioni di malessere psicologico*. Non è dunque confermata l’idea che la droga serva prevalentemente a “fuggire” dai problemi (la droga come fuga dalla realtà).

Rituali e regole per l’uso di cocaina (D32)

Attraverso le domande precedenti sulle situazioni e gli stati d’animo percepiti come non idonei al consumo, si ricavano implicitamente alcune “regole” circa il consumo. Agli intervistati è stato poi chiesto di enunciare esplicitamente le regole d’uso che applicano, portando come esempio alcune di quelle comunemente usate per l’alcool (non bere lontano dai pasti, non bere prima di compiti impegnativi etc.).

In primo luogo, è degno di nota che ben 30 partecipanti dichiarino di “non usare regole”, anche se poi quando si entra nel dettaglio delle regole usate, si scopre *una notevole ricchezza di rituali*. Ricorrono le regole sui *luoghi e tempi di consumo* (“mai di giorno/mattina”, “niente coca la mattina”, “niente coca il pomeriggio”, “di giorno mai, mai prima di cena”, “solo un orario, dalle 23 alle 3”); *sui giorni della settimana* (“solo il fine settimana”, in 10 citazioni); in relazione agli *impegni del giorno successivo* (“impegni importanti”, con 13 citazioni e “se devo svegliarmi presto/lavorare il giorno dopo”, con 15 citazioni); in relazione alle *persone* (“uso cocaina solo con gli amici”; “non la uso se sono da solo”; *sniffarla soltanto se c’è una situazione sociale, è un consiglio che do a tutti, sì, cercare la dimensione sociale del consumo, ma quello di tutte le cose* (ID8)); in relazione alla *quantità e frequenza* (“adesso compro solo 2 gr. a settimana e cerco di usarla venerdì, sabato e domenica”); in relazione alle *modalità d’uso* (“non basarla né iniettarla”).

Ci sono anche le regole che riguardano *la qualità della sostanza, i fornitori da scegliere, la spesa da programmare* (fattori non scontati trattandosi di mercato illegale):

un decalogo...che deve essere buona sempre..comprarla il meno possibile a giro..perché spesso a giro non è buona e butti via i soldi, per cui la terza regola è non regalare soldi a sconosciuti..(ID2)

Sempre sulle regole, non si devono spendere troppi soldi. Se hai 200 euro non li devi spendere tutti lì (ID5)

Ho giudicato sempre improponibile spendere troppi soldi in droga... se la droga non deve incidere sulla tua vita, questo comporta che non incida troppo sul tuo portafoglio... ho sempre avuto un controllo in questo senso perché non avevo intenzione di far sapere in casa quello che facevo. (ID9)

E' importante osservare che le regole non mirano solo a contenere i consumi o i rischi connessi, ma tendono anche a "mettere a frutto" la sostanza (secondo il vivido termine usato da un consumatore in un focus group del primo step della ricerca). In altri termini, la ricerca del "piacere" e le conoscenze sulla sostanza necessarie per raggiungerlo, costituiscono di per sé uno strumento di regolazione e "controllo":

Regole sì, quelle ovvie: mai prima di cena, mai prima di andare a letto sennò non ci vai più, ma non certo mirate a diminuire il consumo..anche meglio evitare la mattina appena sveglio prima di far colazione perché agita ..mai prima di mangiare sennò non mangi più (ID4)

Colpisce il carattere multidimensionale della regolazione del consumo, riportata da un intervistato (dalle regole igieniche, alla qualità della sostanza, al setting più sicuro):

Usare sempre la cannuccia sterile, ognuno la sua; poi avere una persona di fiducia che ti vende la sostanza; non fare grandi abbuffate (anche se questa regola a volte l'ho infranta); non farlo da soli perché meglio ci sia sempre qualcuno con te; fare una pausa tra una serata e l'altra. (ID3)

Situazioni in cui risulta più difficile rispettare le regole (D 33)

I partecipanti citano molte prescrizioni d'uso, ma ciò non significa che siano sempre in grado di seguirle. Attraverso l'indagine sulle situazioni in cui risulta difficile rispettare le regole, si può cogliere il conflitto fra le prescrizioni e i fattori di *setting* sfavorevoli.

Le situazioni più ardue per il rispetto delle regole sono rappresentate dal tipo di compagnie ("con gli amici/con una certa compagnia, con 25 citazioni); dalle feste (con 9 citazioni); quando la sostanza è offerta (6 citazioni). Tuttavia molti rispondono che non ci sono situazioni in cui è più difficile rispettare le regole (41 citazioni).

Situazioni in cui risulta più facile rispettare le regole (D 34)

Le situazioni facilitanti il rispetto delle regole sono quelle scandite dagli *impegni di lavoro* e di lavoro/studio (citate 11 volte); dalla *normalità* quotidiana ("in casa", citata 5 volte; "quando sono da solo", 14 volte); in contesti di non consumatori ("se sono con chi non usa", 4 volte) ma anche di consumatori ("se sono con qualcuno che usa", 2 citazioni); con persone con cui si hanno relazioni affettive ("col partner", 5 volte). Da notare: molti non riescono a identificare le situazioni in cui è più facile rispettare le regole (37 citazioni).

Se le prescrizioni d'uso mirano a far sì che il consumo non comprometta le attività quotidiane su cui le persone hanno investito (lavoro, rapporti affettivi), a sua volta l'immersione in una quotidianità piena d'impegni significativi aiuta a rispettare le regole. *Le regole che i consumatori si danno possono definirsi come "meccanismi di protezione e di confine" della "normalità" di vita.*

Sarebbe utile approfondire ancora il ruolo controverso dei contesti amicali. Per molti il gruppo degli amici sembra rendere più difficile il rispetto delle regole di buon uso:

Mi potrà essere capitato una volta o due [di non rispettare i limiti]... ma solo in situazioni in cui capitava di essere in una condizione di voler strafare, sempre con altre persone ... (ID6)

Altri al contrario segnalano l'influenza positiva dei contesti amicali laddove –si desume- le regole del consumatore sono condivise dal gruppo (“generalmente anche i miei amici si comportano così, quindi il mio consumo è sempre lo stesso senza grosse eccezioni”).

Indicatori di consumo “incontrollato” (D 35)

Agli intervistati è stato chiesto quali fattori suggeriscano la perdita di controllo sul consumo. Li indichiamo, distinguendo i tre fattori del paradigma di spiegazione del consumo, droga/*set/setting*. La gran parte degli intervistati cita il *set*, soprattutto per i *problemi di salute*: problemi *fisici* (sangue dal naso, dolori di stomaco, mal di testa e collo, vomito), ma soprattutto *psichici* (“quando sto male il giorno dopo”, “sbalzi di umore frequenti”, rabbia/comportamenti violenti, nervosismo nei giorni successivi, “quando mi sento stressato e nervoso dopo aver consumato”).

... poi uno ad un certo punto rimani un giorno intero a dormire e... quello diventa un pseudo campanellino che ti dice “anche meno”... (ID6)

Per ciò che riguarda il fattore “droga”: l'*aumento* della quantità e della frequenza (6), il consumo tutti i giorni (4), la modalità più rischiosa (“se iniziassi a basarla o iniettarla”), la *compulsività* e il *craving*. Per ciò che riguarda il fattore *setting*: l'uso in *situazioni inappropriate* (“pippare la mattina prima di andare al lavoro”, l'uso da solo).

... io sono sempre stato una persona che il lavoro prima di tutto, e in quel periodo era tutto meno che il lavoro.. e poi era anche un continuo fuggire dai problemi e ... sì quello è stato un periodo...veramente bruttino... (ID7)

Rispetto agli intervistati di Anversa, questi ultimi riportano con più frequenza la compulsività, mentre sono marginalmente citati gli effetti negativi fisici e psichici della cocaina che in questa ricerca hanno invece il maggior rilievo.

La centralità degli effetti negativi sulla salute farebbe pensare che la dimensione del controllo è in primo luogo associata al massimizzare gli effetti piacevoli e minimizzare quelli spiacevoli (il già citato “mettere a frutto la sostanza”) più che alla presa di distanza dalla dipendenza (la paura di “infognarsi”).

Dalle interviste in profondità, nelle parole di un consumatore, si coglie come i due aspetti (effetti negativi e scivolamento nella compulsività) siano interconnessi:

.. principalmente di testa perché sei insofferente ...ti puoi ammalare più facilmente, sei un po' un cencio, sia mentalmente che fisicamente e quello ti fa capire che sei veramente sull'orlo del passare dalla parte di là, quella che ti alzi e per affrontare la giornata hai bisogno di farti la boccetta... (ID1).

Da notare che un numero non trascurabile di consumatori (20 risposte) negano di riuscire ad individuare comportamenti che siano indice di perdita di controllo.

Consumo controllato

Le interviste in profondità offrono un interessante spaccato circa la percezione del “controllo” e del significato che gli viene attribuito. A differenza del termine uso “incontrollato”, che non ha bisogno di spiegazione perché facilmente assimilato all'uso compulsivo/dipendente che tanto spazio ha nell'immaginario sociale, il termine uso “controllato” necessita di una spiegazione, si potrebbe dire

di una “accettazione” da parte degli stessi consumatori. Esso infatti contrasta radicalmente con la rappresentazione sociale dominante delle droghe come “sostanze che inducono dipendenza”. Come già emerso nel primo step della ricerca, l’uso controllato è in primo luogo interpretato come un uso “consapevole” secondo parametri soggettivi (“un uso che giudichi corretto”):

“Uso controllato” per me significa... quello che sto facendo io, essere consapevoli della sostanza, essere consapevoli di cosa ti può portare e allo stesso tempo farne un uso che giudichi corretto. (ID1)

Per la prima volta, viene citato l’aspetto dell’uso “dignitoso”:

per farmi capire ora come affrontare dignitosamente anche la droga perché secondo me c’è dignità anche nell’assumere la droga (ID1)

Ritorna la centralità *del piacere*, in quanto *opposto alla necessità*. Al tempo stesso il piacere può essere raggiunto solo *moderando* il consumo (consumando quasi “a mo’ di degustazione”):

Un uso non distruttivo, un uso per piacere e non per bisogno. Il fuori controllo è: devo avere un grammo perché se no non esco, non interagisco, non riesco ad essere una persona. (ID2)

Magari neanche abbinandola ad alcol, cioè in un ottica del “sto sveglio” e con due righe arrivo all’orario che devo arrivare, quando arrivo a letto non sono troppo schizzata perché ne ho assunta poca, quindi riesco a dormire e mi fa il servizio che mi deve fare: non farmi venir sonno e non farmi crollare in determinate situazioni ... Ne ho un beneficio al massimo se ne faccio un uso ridotto, controllato.... (ID9)

A me piace tanto in casa con gli amici più che... fuori a ...fare il giro dei locali... mi piacciono molto le serate invernali, in casa... in cui...non voglio dire a mo' di degustazione però... (ID7)

Il “controllo” comprende dunque sia una *dimensione oggettiva* di consumo moderato, sia una forte *dimensione soggettiva*, al cui estremo sta l’aver il *desiderio sotto controllo*:

... cioè sono passati periodi in cui “oh, sabato non c’è la coca” e passavi il venerdì a cercar di trovartela e quello è il momento in cui sei fuori controllo ... perché non è più sotto controllo il tuo desiderio di averla in tasca... ora ti posso dire che è sotto controllo perché ... ne posso fare uso se c’è ma se non c’è è uguale.... però nella stessa serata allo stesso tempo va fuori controllo perché se pippo quattro grammi non posso dirti che ho fatto una serata controllata... diciamo lo lego più al desiderio, il desiderio di averla per forza e il desiderio...oppure non te ne frega niente... poi se c’è la prendi se non c’è amen! (ID7)

Nelle interviste semistrutturate, si ritrova soprattutto la *dimensione soggettiva*, legata alla *scelta*, all’*assenza di bisogno*, alla *capacità di rifiuto*, alla *capacità di astenersi*, al *piacere* (“lo faccio solo quando decido io”; “posso farne a meno”; “occasioni in cui rifiuto perché non mi va”; “non organizzo la serata quando ha la sostanza come condizione”; “quando non consumo per un poco”; divertirsi mente consumi”).

Ma è presente anche la *dimensione oggettiva*, legata alla *moderazione del consumo* (“controllo della frequenza e quantità del consumo”; “consumare di rado”; “se riesco a usare 1 gr. circa nel weekend e basta”) e al *mantenimento degli impegni quotidiani significativi* (“se continuo a fare la mia vita

normale”; “in base agli impegni che ho so dire di no”). La *spesa* è di nuovo citata (“nessun debito”; “non spendo niente per la droga”)

Nella ricerca di Anversa, l’astinenza periodica è l’indicatore più citato, a differenza della presente ricerca. C’è invece concordanza sull’importanza della “capacità di rifiuto”.

Com’era da aspettarsi, diversi consumatori si dichiarano scettici sulla possibilità di “controllare” l’uso, in sintonia con la rappresentazione sociale della droga (“No, la sostanza è molto più forte di me”; “è lei che in realtà controlla te”).

Altri invece dichiarano di avere sempre mantenuto il controllo (“se fossi andato fuori controllo avrei smesso definitivamente”; “il fatto che ho sempre deciso io quando usarla”).

Effetti positivi/vantaggi percepiti dai consumatori (D 37)

La domanda ha un rilievo teorico, in opposizione al modello farmacocentrico che si concentra sui danni/svantaggi della sostanza, lasciando del tutto in ombra i vantaggi. Da notare che nelle precedenti ricerche effettuate in Europa si sono scoperte sensibili variazioni nell’individuazione dei vantaggi della cocaina e nel posto che questi occupano nella scala di importanza (ad esempio la “eccitazione” occupa un posto di maggior rilievo nella ricerca di Amsterdam rispetto a quella di Anversa).

Tra gli effetti più citati: *euforia/allegria/divertimento/buon umore* (punteggio 110, vedi allegato B, p.39 per la specifica del calcolo del punteggio), quasi alla pari con *energia/attività* (punteggio 103), *no stanchezza* (73). Anche gli effetti empatici sono fra i più apprezzati (*unione con gli amici/agggregazione*, punteggio 85), insieme alla *lucidità/concentrazione* (61), *disinibizione* (48) *sicurezza di sé/ vincita della timidezza* (69).

Rispetto alla ricerca di Anversa, c’è sostanziale concordanza. In particolare, i tre effetti maggiormente menzionati (euforia/relassamento, maggiore energia, disinibizione/comunicazione) suggeriscono che nella percezione dei consumatori la cocaina è principalmente *una droga socializzante*.

Effetti negativi/svantaggi percepiti dai consumatori (D 39)

Gli effetti negativi del consumo di cocaina possono essere raggruppati in tre categorie principali: 1) inconvenienti relativi agli effetti fisici (malessere fisico) 2) inconvenienti relativi agli effetti psichici (malessere psichico) 3) altri, fra cui risaltano i problemi della spesa.

L’effetto di “irrigidimento” sarà indicato a parte, nonostante rientri nel “malessere fisico, trattandosi di un disturbo particolare, più volte menzionato.

I malesseri fisici e psichici sono ai primi posti: *malessere fisico del giorno dopo*, punteggio 88; *mal di testa*, punt.35; *tachicardia*, punt.39 sono gli inconvenienti fisici più citati. Tra i malesseri psichici, compaiono *ansia*, punt.86; *insonnia*, punt.75; *paranoie*, punt. 73; *nervosismo*, punt.51; *rabbia e aggressività*, punt.38; *chiusura in sé*, punt.34; *depressione*, punt.31.

L’ *irrigidimento/ingessamento* sembra rappresentare un svantaggio per molti (punt. 32), e ancora di più il *fattore economico* (punt.52, al quarto posto). Compare anche la *dipendenza* (“quando comincio tendo alle abbuffate”, “paura di non smettere mai”). Da notare: diversi dichiarano di *non registrare alcuno svantaggio* nell’uso della cocaina (punt.35).

Nella ricerca di Anversa, la spesa occupa un posto importante fra gli svantaggi. Peraltro, nella precedente ricerca di Amsterdam questo svantaggio non era stato preso in considerazione perché non attinente alle caratteristiche della sostanza bensì all’illegalità del mercato. Tuttavia è importante rilevare che nella percezione dei consumatori *la spesa è sempre un fattore di preoccupazione*.

Come accennato in precedenza, l’indagine circa gli effetti positivi, oltre che negativi, del consumo è inusuale. Si dà infatti per scontato che gli effetti positivi siano presenti solo nei primi tempi del

consumo, per poi scomparire velocemente per far posto ai (soli) effetti negativi. La continuazione del consumo, nonostante il manifestarsi dei soli effetti negativi, viene spiegata in termini di “mancato controllo/dipendenza”.

In realtà, gli intervistati dimostrano di avere ben presenti gli effetti positivi, che costituiscono la *motivazione* al consumo. Soprattutto, come si è visto, sono apprezzati gli effetti di esaltazione del divertimento e di facilitazione della socialità.

Ovviamente, gli intervistati hanno percezione anche degli svantaggi. Se contiamo il numero delle citazioni rispettivamente per i vantaggi e gli svantaggi, vediamo che i primi sono leggermente superiori (257 citazioni di “effetti positivi” contro 227 di “effetti negativi”).

Effetti diretti del consumo di cocaina (D 43)

Una riconferma indiretta del ruolo degli “effetti positivi” si ottiene attraverso la domanda circa la frequenza di alcune conseguenze del consumo, presenti in una tabella presentata agli intervistati. Nella tabella predefinita di 30 voci, ci sono solo 2 effetti che i partecipanti hanno in precedenza individuato come positivi (*sicurezza di sé, pensiero accelerato*), più 1 effetto percepito sia come positivo che come negativo (*perdita di appetito*), mentre le altre 27 voci sono state individuate come negative. I due effetti positivi compaiono ai primi posti, riconfermando così la motivazione “positiva” all’uso, seppure controbilanciata da molte conseguenze indesiderate, come si è visto. Poiché la gran parte degli svantaggi riguarda malesseri fisici e psichici, si può presumere che un modo per diminuire gli svantaggi sia di ridurre dosi e frequenza d’uso (peraltro un riferimento al rapporto fra la “quantità eccessiva” e l’effetto negativo compare nelle risposte).

Alla domanda se la quantità consumata al momento possa incidere sugli inconvenienti, solo il 33% risponde positivamente. Alcuni intervistati sembrano avere ben chiaro il rapporto quantità/effetti (“una riga o due, l’effetto è blando, mezzo grammo cominciano gli effetti negativi”; “maggiore è la quantità assunta, maggiori sono gli sbalzi d’umore e la dipendenza”).

Sicurezza della sostanza (D 46)

Ben il 52,2% degli intervistati sa che la cocaina che consuma contiene sostanze nocive. E’ un’informazione rilevante, considerata l’importanza che i consumatori attribuiscono alla buona qualità.

Informazioni sulla sostanza (D 47)

La fonte privilegiata di informazioni sulla sostanza è rappresentata dal canale informale degli altri consumatori, com’è ovvio in regime di illegalità (73%). Ben il 58,3% ritiene di avere avuto informazioni sbagliate, offerte anche da canali più formalizzati come i media e la scuola.

Uso di droghe e alcol sul lavoro (D 61)

La cannabis risulta la sostanza più usata mentre si lavora (90 partecipanti pari al 78,3%), seguita dalla cocaina (70 partecipanti pari al 60,9%) e dall’alcol (53,9%).

E’ difficile trarre considerazioni da questi dati, poiché riguardano l’esperienza *lifetime* (sei mai stato sotto l’effetto di sostanze mentre eri al lavoro o studiavi?). La maggioranza di risposte positive richiederebbe dunque ulteriori approfondimenti per individuare la frequenza del fenomeno.

Da ricordare che il lavoro è individuato come *setting* inappropriato dalla grande maggioranza dei partecipanti.

E’ interessante l’analisi delle risposte circa le conseguenze dell’uso sul lavoro, riferite in genere ad un mix di sostanze in cui prevale l’abbinamento “alcol, cannabis, cocaina): alcuni non hanno riscontrato alcuna conseguenza, altri individuano alcuni effetti positivi già citati nell’elenco degli

“effetti positivi” della cocaina (“con la cocaina lavori più velocemente”, “lavoro in un locale notturno, ti trovi meglio con le persone”, “la coca ha aumentato la capacità di concentrazione”). Tra gli effetti negativi: “insofferenza verso la clientela e i colleghi”, “non capivo niente”, “paura di essere scoperto”, “stanchezza e difficoltà di concentrazione”(riferite ad alcol e cannabis). Ovviamente, gli effetti dipendono in gran parte dai dosaggi, eppure sono pochi che lo rilevano (“se non esagero con la quantità lavoro meglio, altrimenti non combino niente”)

Consigli per chi comincia a usare cocaina (D 50)

Alcuni intervistati consigliano di *non usare* o di *smettere subito*. Alcuni di quelli che sconsigliano il consumo, non risparmiano però i consigli nel caso il principiante decida di andare avanti. Tra i consigli più ricorrenti, compare l’invito alla *moderazione e al non abuso* (“consiglierei un uso moderato e consapevole”, “porsi dei limiti”, “fare attenzione alla gestione”, “stare attento a non farsi prendere la mano”, “non rimanerci sotto”, “vacci piano e non fartela piacere troppo”; *limitare la frequenza* (“fallo solo ogni tanto”, “non farlo più di una volta al mese”, “non farne un uso quotidiano”); *attenzione alla qualità*; *non basarla e non iniettarla*; *non usare da solo*; *non spacciare*; *attenzione alla spesa e ai debiti* (“usarla per svago e non far sì che incida troppo sul tuo bilancio”).

Aldilà della preoccupazione iniziale di “non farsi prendere la mano dalla sostanza”, nel dettaglio dei consigli gli intervistati dimostrano di avere presenti una serie di regole informali (controlli) che riguardano la quantità/frequenza, la via di assunzione, il *setting*, i limiti finanziari.

CONCLUSIONI

Questa ricerca si è proposta l’obiettivo di studiare aspetti del consumo di droga ancora poco conosciuti nel contesto italiano. Sappiamo molto sulle caratteristiche farmacologiche delle droghe e sulla loro capacità di indurre dipendenza, così come sulle caratteristiche degli individui che diventano dipendenti e sui fattori di rischio che possono permettere di individuare precocemente gli individui vulnerabili alla dipendenza; sappiamo poco sui meccanismi psicologici e sociali che presiedono gli scenari del consumo regolare (protratto nel tempo) e che “modulano” i differenti modelli di consumo. In realtà l’unico modello di consumo ben conosciuto è quello intensivo/dipendente che accede ai servizi.

Nonostante il paradigma formulato da N. Zinberg, che interpreta il consumo come una combinazione di droga/*set/setting*, sia formalmente accettato e citato nella letteratura sulle droghe, l’attenzione è concentrata quasi esclusivamente sulla droga, mentre è ampiamente trascurato il *set*, identificato nelle *aspettative e nelle credenze dei consumatori*, nel *significato* e nella finalità attribuita dai consumatori al consumo, negli *effetti percepiti*, nelle abilità di *coping* rispetto agli effetti negativi e così via. Ancora di più è ignorato il *setting*, identificato nei “controlli”, ossia i rituali e le regole d’uso che i consumatori seguono per contrastare e ridurre gli effetti negativi del consumo. Fanno parte del *setting* anche lo “stile di vita” e gli “impegni di vita” (*life engagement*), che costituiscono la cornice in cui è incastonato il consumo, nonché gli “eventi di vita” che contribuiscono a modulare i consumi nel tempo.

Per riassumere, la ricerca è viziata dal cosiddetto “farmacocentrismo”, sottovalutando che il consumo di sostanze psicoattive, alla pari di altri comportamenti, è una esperienza umana complessa, oltre l’aspetto chimico.

Le conseguenze della rivalutazione del *set* e del *setting* sono rilevanti sul piano teorico (e gravide di sviluppi sul piano dell’innovazione delle politiche sociosanitarie, come vedremo). La più importante è di poter ipotizzare una varietà di modelli di consumo oltre la dicotomia astinenza/dipendenza. Ancora più importante, si può ipotizzare un maggiore dinamismo nelle traiettorie di consumo: periodi di “controllo” sul consumo possono alternarsi a periodi di “diminuito

controllo” e perfino di perdita di controllo, oltre la statica contrapposizione fra “soggetti controllati” e “dipendenti” sulla base delle caratteristiche individuali (la vulnerabilità individuale alla dipendenza).

E’ evidente l’interesse teorico di questo filone di ricerca, ma anche l’interesse clinico.

Come già intuito dallo stesso Zinberg, “per capire come e perché alcuni consumatori perdono il controllo sulla sostanza, bisogna capire come e perché altri lo mantengono”; così com’è essenziale capire come e perché un consumatore mantenga il controllo del consumo per un certo periodo e eventualmente lo perda in altri periodi, per poi spesso riconquistarlo in una successiva fase della vita.

I consumatori “invisibili”

Ai fini della ricerca, era importante cercare di raggiungere soggetti che non avessero avuto contatti coi servizi per il consumo problematico. In realtà, il numero dei partecipanti che hanno avuto contatto coi servizi delle dipendenze non è trascurabile (il 25,2%), probabilmente perché alcuni contatti iniziali per il reclutamento sono avvenuti tramite operatori, anche se non impegnati nei servizi tradizionali di cura. Come già accennato, questo dato è di difficile interpretazione perché molti si rivolgono ai servizi non per il consumo problematico, bensì per problemi legati alla patente di guida.

Circa le caratteristiche dei partecipanti, si noti il discreto livello di istruzione (53% con diploma di media superiore, 18,3% con laurea) e il discreto livello di integrazione (l’80% lavora, il 57,4% ha un partner fisso), che configurano soggetti appartenenti alla “normalità” sociale.

Rispetto al reclutamento, è stato verificato che molte persone hanno paura a parlare della loro esperienza con la cocaina, perfino a dei ricercatori che sono tenuti a garantire appieno l’anonimato. E’ difficile raggiungere questa fascia di consumatori “invisibili”, per la riluttanza delle persone socialmente integrate a portare allo scoperto un comportamento illegale.

Ciò riconferma la necessità di proseguire e approfondire questo filone di ricerca, per studiare questa fascia di consumo in contesti “normali”. C’è un altro aspetto da considerare: la determinazione dei consumatori a rimanere “invisibili” fa sì che le culture del consumo rimangano nascoste al di fuori della ristretta cerchia amicale in cui avvengono i consumi. In altri termini, non solo le culture del consumo sono bandite dalla cultura dominante, sono anche scarsamente comunicabili fra i consumatori stessi, poiché le cerchie dei consumi tendono a rimanere isolate. Una delle conseguenze è che i consumatori stessi hanno poche possibilità di conoscenza (e di scelta) delle diverse subculture del consumo.

Non c’è quindi da meravigliarsi se gli intervistati considerano le regole informali di controllo da loro applicate come meccanismi individuali, e se attribuiscono alle sole capacità individuali il controllo sulla sostanza. Da qui alcune conseguenze: da un lato, una difficoltà a identificare le stesse regole dell’uso “controllato”, tanto che, come si è visto, un buon numero di partecipanti dichiara preliminarmente di “non usare regole” (in contrasto con l’abbondanza di rituali che invece vengono citati quando si scende ai dettagli) (cfr. sopra p.12). Dall’altro, molti consumatori considerano più facile rispettare le regole (percepite come individuali) quando sono da soli.

Non può sfuggire il circolo vizioso: la clandestinità non solo riduce la comunicazione dei “controlli” sociali, ma li “individualizza”, riducendone così ancora di più la valenza comunicativa. Sul piano della salute pubblica, la scarsa comunicazione e comunicabilità delle regole informali di controllo diminuisce la possibilità di ridurre i rischi del consumo.

Consumo “controllato” o consumo “consapevole”?

Il primo obiettivo della ricerca era di indagare la percezione dei consumatori del “controllo” / “non controllo” sul consumo, ad iniziare dal significato che per loro riveste il concetto stesso di “controllo”.

Il presente step della ricerca ha permesso di approfondire il significato che il termine “controllo” applicato al consumo riveste agli occhi dei consumatori.

L'espressione “controllo” suscita a prima vista perplessità nei consumatori. Si possono ipotizzare molteplici ragioni. La più ovvia è la resistenza a un termine che è in aperto conflitto con la rappresentazione sociale dominante, che certamente influenza anche chi consuma. In secondo luogo, la maggioranza dei partecipanti non segue un modello stabilmente controllato nel tempo e dunque attraversa anche periodi di “diminuito controllo”. Infine, il termine “uso controllato” viene probabilmente interpretato come sinonimo di “uso moderato” (ridotto in quantità e frequenza), secondo l'accezione moralistica della cultura dominante (Zinberg, 1984). E' probabile che i consumatori siano portati a respingere questa imposizione culturale e lo fanno prendendo istintivamente le distanze dal termine stesso (piuttosto che riempiendolo di nuovi significati). E' da notare però che questi nuovi significati emergono con chiarezza soprattutto nelle interviste in profondità. Ad esempio, si scopre che, in particolari setting, l'uso può essere controllato ma non moderato: ciò accade, ad esempio, quando il consumo non interferisce col lavoro o con altre attività significative e ci si può permettere una serata di divertimento, magari più prolungata e con consumi più intensi.

Per tutte queste ragioni, il consumo controllato viene tradotto dai partecipanti in “consumo consapevole”, accentuando l'aspetto soggettivo di scelta su come “gestire” la sostanza rispetto alle diverse situazioni e agli obiettivi che si vogliono raggiungere.

Compare anche il concetto di consumo “dignitoso” (si parla di una “morale” nell'uso). E' un termine stimolante, di non facile interpretazione. Da un lato, esce esaltato l'aspetto soggettivo (di “scelta” e “impegno” di controllo) fino a diventare un imperativo “morale”. Dall'altro, il termine sembra esprimere la presa di distanza dalla figura del “fattone”, del “tossico perso”, caricato di tutto il peso della stigmatizzazione “morale” della società.

Ancora, la valenza soggettiva del concetto risalta nel legare il controllo all'assenza di desiderio (vedi sopra, p.15): tanto che l'aspetto oggettivo del consumare o meno appare come assolutamente secondario (*..poi se c'è la prendi, se non c'è amen*)

Tendenza alla moderazione e apprendimento del controllo

Per ciò che riguarda le traiettorie di consumo, non esce confermata l'ipotesi farmacocentrica, secondo cui quanto più si protrae l'abitudine al consumo, tanto meno i consumatori sarebbero in grado di controllare una sostanza “uncinante” come la cocaina. In linea con le altre ricerche europee (Decorte, 2000; Cohen, 1989; Cohen, Sas, 1993), emerge invece una tendenza alla moderazione dei consumi che si evince in primo luogo dal confronto fra i consumi negli ultimi sei mesi con quelli nel periodo di maggior consumo: si riguarda il consumo quotidiano che dal 47,8% nel periodo di maggior consumo scende allo 0,9% (1 solo consumatore) negli ultimi sei mesi; e il consumo “meno di una volta al mese”, che dallo 5,2% del periodo di maggior consumo sale al 34,8 % degli ultimi sei mesi.

Ciò non significa che molti partecipanti non abbiano vissuto periodi di consumo “pesante” e non abbiano sperimentato le difficoltà di controllare la cocaina, come si evince da diversi dati: ad esempio, l'87% dichiara che gli è capitato di consumare più cocaina di quanto programmato, e l'85,2% più spesso di quanto programmato, mentre quasi la metà degli intervistati ha sperimentato il *craving* durante i periodi di astinenza; non ultimo, le carriere di consumo più frequenti sono variabili, spesso con fasi di consumo intenso alternato a consumo sporadico o non consumo, oppure sono caratterizzate da un picco nei consumi seguito da diminuzione.

Tuttavia, *proprio le difficoltà incontrate nel controllo della sostanza sembrano spingere i consumatori a “porsi dei limiti” e a “fare attenzione alla gestione” per “non rimanerci sotto”*. In

sintesi, i consumatori “imparano” dalla propria esperienza di consumo, secondo un processo di apprendimento che vale per molti altri comportamenti.

E' significativo che alcuni partecipanti si dimostrino perfettamente consapevoli del fatto che il controllo “si impara”. Un partecipante ad un focus group del primo step dichiarava che “un uso più consapevole è legato semplicemente all'esperienza, come su qualsiasi altra cosa”, mentre un consumatore intervistato in questo secondo step dice: *poi impari anche l'altra parte..c'è un lunedì mattina che vai a lavorare.*

I concetti di controllo e di “apprendimento” del controllo diventano comprensibili se l'uso di droga è riconosciuto non solo come un effetto della chimica della sostanza, ma come una esperienza umana, in quanto tale influenzata dall'insieme delle esperienze di vita del consumatore. E poiché le esperienze e le circostanze di vita variano nel tempo, anche l'esperienza del consumo varia in conseguenza, a cominciare dalla capacità di apprezzare o meno la sostanza. Così, nonostante l'attrazione della sostanza e le sue caratteristiche additive, c'è anche chi segnala la “naturale” perdita di interesse nella cocaina. Come commenta sinteticamente un intervistato, “ho conosciuto altre persone, sono cambiati i miei interessi”. Ciò si spiega solo se si ammette che i consumatori non sono “organismi biologici vulnerabili che fanno solo passivamente e meccanicamente obbedire a ciò che la droga comanda” (Decorte, 2000, p.424).

I controlli come meccanismi di protezione della “normalità” di vita

Quali sono nello specifico i meccanismi di controllo, che i consumatori mettono in atto?

Per comprenderli, è necessario capire la funzione che la sostanza svolge e il “posto” che i consumatori le riservano nella cornice della vita quotidiana. La cocaina trova un ruolo nei contesti amicali e di divertimento, dunque sono considerati positivi gli effetti che esaltano e prolungano il divertimento (euforia/allegria) e quelli disinibitori che favoriscono la comunicazione.

Dunque i “controlli” (ossia i rituali e le regole informali per un uso più sicuro), iniziano dal *set*, in particolare dagli stati d'animo giudicati appropriati al consumo: quelli positivi, di “euforia di essere insieme con gli amici”. Anche se la depressione genera spesso la voglia di cocaina, la gran parte dei partecipanti è d'accordo nel ritenere questo stato d'animo inappropriato all'uso.

Quanto al *setting*, le regole mirano a far sì che l'uso di cocaina rimanga confinato alle occasioni di socialità senza interferire con la “struttura di vita”, in particolare con le attività lavorative e con le relazioni (familiari, filiali, con l'altro sesso) ritenute significative.

Le prescrizioni d'uso sono numerose, come si è visto: intervengono sul limite di denaro destinato alla sostanza, sulla quantità e frequenza d'uso, sulle modalità di assunzione, sugli orari di assunzione, sui giorni della settimana, sull'evitare l'interferenza con gli impegni di lavoro, sulla scelta delle persone con cui consumare.

Come già accennato, c'è un rapporto a doppio binario fra le regole che i consumatori si danno, tese a proteggere la “normalità” di vita, da un lato, e l'influenza degli impegni di vita nel “compartimentare” l'uso e impedire che questo comprometta la quotidianità, dall'altro: quanto più la struttura di vita è significativa e soddisfacente, tanto più aiuta il consumatore a seguire le norme di autoregolazione.

Molti degli indicatori di consumo controllato e incontrollato citati dai partecipanti rimandano ai rituali e alle prescrizioni d'uso succitati (ad esempio, le regole sulla spesa, sulla quantità e frequenza, sulla non interferenza col lavoro): sino a quando si sentono in grado di rispettarle, il consumo è giudicato sotto controllo.

Un elemento che risalta particolarmente in questo secondo step è il rapporto fra la dimensione del controllo/piacere e del non controllo/ disagio fisico e psichico. L'apprendimento del controllo passa attraverso la conoscenza della sostanza, di ciò che di “vantaggio” può dare e dei molti “svantaggi” che può procurare. Non a caso i principali indicatori di consumo incontrollato riguardano problemi di salute. *La tendenza alla moderazione va di pari passo con l'acquire familiarità con la sostanza:*

in tal modo si impara che consumi più regolati consentono un'esperienza più piacevole, minimizzare gli inconvenienti fisici/psichici (vedi sopra, p.15).

Le strategie di controllo: il “digiuno” e lo step down

Come si è visto, quasi tutti gli intervistati affermano di aver diminuito il consumo e oltre il 71% sono stati astinenti per più di un mese: di questi, molti hanno attraversato questi periodi di astinenza più volte.

Questo secondo step conferma una delle scoperte più fertili da un punto di vista teorico, già presente nel primo step. L'astinenza assume un significato affatto diverso dal “recupero” del modello operativo dei servizi, identificato nella scelta definitiva di abbandono della sostanza. E' piuttosto il punto estremo del processo di *step down*, si potrebbe dire. Perciò non stupisce che molti consumatori dichiarino di non avere mai deciso di diventare astinenti, pur avendo smesso anche per lunghi periodi.

Come si è detto, l'astinenza può presentarsi sia come l'esito “naturale” della “perdita di interesse” nella sostanza, al variare delle fasi della vita (“il gioco che perde colore”, Zuffa 2010); sia al contrario come strategia attiva di “digiuno”, per rimettere il consumo eccessivo sotto controllo.

(c) *Le ricadute dei risultati della presente ricerca sul modello operativo dei servizi*

Panel con gli operatori dei servizi (Allegato D)

Come già evidenziato, questo step della ricerca ha ampliato le sue finalità, dall'interesse per la ricerca agli sviluppi di applicazione dei risultati sul modello operativo dei servizi. Si riassumono gli aspetti più fertili della ricerca ai fini dell'operatività dei servizi:

- 1) *La scelta del target dei consumatori "invisibili"*. Sono i consumatori che sono andati oltre la fase sperimentale e consumano con una certa regolarità *ma che scelgono di non ricorrere alla rete formale dei servizi per le dipendenze*. Si tratta per lo più di consumatori socialmente integrati, secondo il modello del cosiddetto "consumo compatibile". L'invisibilità di questo target ha una doppia valenza: dal punto di vista dei consumatori che si tengono lontani dai servizi perché non si riconoscono nell'etichetta di "dipendenza"; ma anche dal punto di vista di molti servizi, che tendono a trascurare la fase del consumo regolare non dipendente (cfr. sopra, p.1).
- 2) *La scoperta delle traiettorie "variabili"*. Dallo studio degli stili di consumo e della loro evoluzione nel tempo (traiettorie di consumo), emerge che molti consumatori sono in grado di mantenere nel tempo modelli d'uso moderati/controllati. Tuttavia, una fetta consistente *attraversa periodi di consumi (più) intensivi e di "diminuito controllo"* per poi tornare "naturalmente" a modelli più moderati di consumo e maggiormente "compatibili" socialmente. Il che non esclude che si ripresentino nuovi "picchi" in relazione a particolari stati psicologici ed "eventi di vita" (*life events*). Questi consumatori sarebbero probabilmente interessati a *qualche forma di "presa in carico" leggera da parte dei servizi (in corrispondenza di particolari periodi problematici)*, con interventi tesi a rafforzare le strategie "naturali" di controllo dei consumatori.
- 3) *La scoperta dei processi di regolazione sociale dei consumi e di autoregolazione dei consumatori*. Sono i cosiddetti "controlli" che i consumatori "naturalmente" applicano. Nella percezione dei consumatori, i "controlli" corrispondono ad una serie di "regole" informali che chi usa si dà per garantire in via prioritaria la "non interferenza" del consumo sulla quotidianità (ossia per preservare i cosiddetti *life engagements*). Emerge anche che queste regole vengono in genere affinate nel tempo, attraverso un processo di apprendimento (dalla propria esperienza così come dal *setting*, tramite la trasmissione delle culture d'uso "controllate"): tutto ciò può essere spiegato seguendo il paradigma *dell'apprendimento sociale* (applicato alle droghe) (Zinberg, 1979, 1984; Marlatt, 1998).

Le strategie dei consumatori a confronto con le strategie dei servizi

Qual è il grado di accordo psicosociale fra le strategie "naturali" di controllo dei consumatori e le strategie di presa in carico e di trattamento dei servizi?

Questa è la domanda che abbiamo posto in due panel con gli operatori, rispettivamente dei Sert e dei servizi di "bassa soglia" (cfr. Allegato D).

I panel hanno evidenziato come punto - forza un interesse dei servizi (sia dei Sert che della bassa soglia) verso il target dei "consumatori invisibili". Gioca a favore una modalità "flessibile" di presa in carico, che i Sert hanno da tempo sperimentato sotto l'influenza del modello di "riduzione del danno": essa prevede obiettivi intermedi e percorsi individualizzati e negoziati.

Tuttavia sono emerse anche aree di disaccordo psicosociale, in particolare con lo staff dei Sert. Il disaccordo emerge a) sulla valutazione del consumo regolare che, anche quando moderato ma

protratto nel tempo, tende ad essere visto come “cronico”; b) sulla valutazione dello *step down* che raramente è considerato dai servizi un evento “positivo” (in direzione dell’aumentato “controllo” sui consumi), ma è visto in genere sotto l’aspetto negativo di “ripiego” di fronte al fallimento dell’astinenza; c) sulla valutazione dell’ “astinenza periodica”, di cui i servizi tendono a trascurare l’aspetto di “strategia di controllo” per concentrarsi sui successivi episodi di consumo (etichettati in genere come “ricaduta”); c) sull’importanza dei fattori psicologici e degli “eventi di vita” (relazionali, sociali) nel modulare i modelli di consumo, laddove i servizi per lo più focalizzano sugli aspetti biologici, quali principali variabili della *addiction*.

Ancora, la dominanza del paradigma dell’*addiction* si manifesta nella credenza, espressa dagli operatori Sert, che il consumo controllato non possa essere raggiungibile da chi è stato ormai diagnosticato come dipendente. Perciò, da un lato gli operatori manifestano perplessità in generale sul consumo “controllato”, perché ritenuto una fase passeggera nel percorso di *escalation* dei consumi; dall’altro, il controllo come obiettivo è ritenuto impraticabile per i soggetti che affluiscono ai servizi, in stato di dipendenza conclamata.

Emerge dunque che la limitata influenza del paradigma di riduzione del danno sui modelli operativi dei Sert: o meglio si potrebbe dire che la riduzione del danno non è (ancora) stata assunta come paradigma, bensì solo come strategia sociosanitaria “ausiliaria”, che non ha intaccato la centralità del trattamento, guidato dal paradigma dell’*addiction*.

Come enuncia lucidamente un operatore Sert: *noi al Sert lavoriamo sul controllo, diamo siringhe e narcan, ma da qui a proporre noi una cultura del consumo controllato..non so nemmeno se spetterebbe a noi*

Il Sert non sembra dunque essere il “luogo” appropriato per una risposta che non sia finalizzata all’astinenza; e forse, più a monte, per l’espressione stessa di una domanda di presa in carico non tradizionale.

Al contrario, il punto-forza dei servizi di riduzione del danno è la capacità di porsi come un *setting* più informale, caratterizzato da una relazione operatore-utente “aperta”, in cui l’utente non deve confrontarsi con aspettative e obiettivi predeterminati: da qui la possibilità per il consumatore di esplicitare una domanda non preventivamente rielaborata sull’offerta del servizio e sulle aspettative degli operatori. In questo spazio relazionale possono emergere le strategie autoregolative dei consumatori e dunque si creano le condizioni per un intervento che sia di sostegno a queste.

Se dunque esiste una cultura relazionale appropriata per un nuovo tipo di intervento, *mancano i luoghi per farlo*, specie quando si tratta di giovani consumatori: da un lato i servizi hanno una mission patologica, dall’altro i luoghi dedicati ai giovani espellono i consumi dalle culture giovanili, ricacciandoli nella patologia. D’altro lato, la bassa soglia non ha ancora sviluppato gli strumenti operativi per nuove forme di presa in carico “leggera”.

Per di più, traspare un problema di scarsa interazione fra bassa soglia e servizio pubblico: *Il servizio pubblico è rigido e non si fida di chi lavora sul territorio con altre modalità e rapporti più paritari* – dice un operatore della bassa soglia. Ne consegue che un altro patrimonio prezioso della bassa soglia – la conoscenza delle culture del consumo attraverso gli interventi nei gruppi e nei grandi eventi giovanili – rimane in essa confinato, senza possibilità di dialogo con le culture operative dei servizi.

Per un ampliamento dei modelli operativi dei servizi: le nuove frontiere della riduzione del danno

Se è vero che il paradigma di *addiction* ha portato allo sviluppo dei trattamenti farmacologici con conseguente aumento della capacità attrattiva su un certo target di utenza (soprattutto consumatori di oppiacei), esso non sembra favorire una ulteriore articolazione degli interventi.

L'apertura ad altri paradigmi, in particolare quello *dell'apprendimento sociale*, potrebbe aiutare l'innovazione dei modelli operativi dei servizi. La chiave teorica consiste nello spostamento di attenzione dai *deficit* (la vulnerabilità bio/psico/sociale) alle *risorse* dei soggetti.

Il classico intervento *preventivo* (basato su prevenzione primaria, secondaria e terziaria) può allora trasformarsi nell'intervento *proattivo*, teso a rafforzare i "controlli" che i consumatori "naturalmente" mettono in atto. L'ottica proattiva permetterebbe di meglio assecondare il continuum dei consumi (con la variabilità dei modelli, e le oscillazioni verso "l'alto" (il diminuito controllo), ma anche verso lo *step down* dei consumi e l'astinenza). Questo approccio è valido sia per i consumatori "invisibili" e meno problematici, che potrebbero essere attratti da programmi brevi e non etichettanti; sia per i consumatori più problematici, che rischiano di "cronicizzare" e che invece potrebbero beneficiare da programmi con obiettivi più limitati (*step down*) e da "interventi sulla crisi".

Il modello dell'apprendimento sociale ha costituito l'ossatura teorica della *riduzione del danno*. Nell'ultimo decennio, la riduzione del danno ha trovato interessanti applicazioni in campo terapeutico (Marlatt, 1998; Denning, 2000; Tatarsky, 2002). Secondo l'ottica proattiva già accennata, la terapia ispirata alla riduzione del danno si orienta a rafforzare le risorse di *coping* dell'utente. E' un modello che supera il tradizionale approccio *top down*, verso quello *client oriented*, in cui l'individuazione di "obiettivi condivisi" fra il terapeuta e l'utente acquista rilievo centrale quale parte integrante dell'alleanza terapeutica (Marlatt, 2002). E' un modello flessibile e non cronicizzante, poiché valorizza "qualsiasi cambiamento in positivo" dell'utente, visto nella sua globalità e non solo come consumatore di droga.

Suggerimenti e indicazioni di sviluppo

In sintesi, i risultati della presente ricerca suggeriscono di:

- 1) Sviluppare ulteriormente la ricerca psicosociale sui "controlli" nei setting naturali, campo che rimane ancora poco studiato in Italia, specie al confronto con l'ampia letteratura di impostazione neurologica.
- 2) Ampliare i modelli operativi dei servizi, arricchendo i paradigmi di riferimento. Sarebbe auspicabile *un'azione formativa* verso gli operatori, in cui trovi spazio la riduzione del danno quale modello operativo ispirato alla teoria dell'apprendimento sociale
- 3) *Sperimentare programmi pilota* di "gestione dell'uso/abuso di sostanze", utilizzando modelli già collaudati in altri paesi nell'ambito dell'applicazione terapeutica della riduzione del danno.

BIBLIOGRAFIA

Arnao G. (1993), *Cocaina e crack: usi, abusi e costumi*, Feltrinelli, Milano

Bagozzi F., Cippitelli C. (a cura di) (2003). *Giovani e nuove droghe: sei città a confronto*. Il progetto Mosaico come modello di intervento. Franco Angeli, Milano

Bagozzi, F., Cippitelli C. (a cura di) (2008), *In buona sostanza. Scenari, servizi e interventi sul consumo di cocaina e il ritorno dell'oppio*, Iacobelli editore, Roma

Bakalar J.B., Grinspoon L. (1984), *Drug control in a free society*, Cambridge University Press, Cambridge

Bertoletti S., Giaccherini S., Biegi D (a cura di) (2003), Report finale progetto di ricerca "discoteche, alcool e nuove droghe: quale relazione?", Bandecchi e Vivaldi, Pontedera

Bertoletti S., Meringolo P. (2010), Viaggio fra i giovani consumatori invisibili di cocaina, in Zuffa G. (a cura di) *Cocaina, il consumo controllato* cit., pp.161-189.

Borselli D., Chiodini M., Corsari C., Giaccherini S. (a cura di) (2003). *Peer education. Nuovi stili di consumo Nuove strategie di intervento*. EGA, Torino

Cohen P., Sas A. (1994). Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures, *Addiction Research*, vol.2, n.1

Cohen P.(2003), "Making peace with cocaine and advancing from harm reduction to harm refusal", Presentation at the Foro Social Mundial Tematico "Democracia, derechos humanos, guerras y cultivos de uso ilicito", Cartagena, Colombia, June 16-20

Cohen P. (2004), "Le droghe ricreative in Olanda: modelli di consumo e riduzione dei rischi" in Corleone F. e Zuffa G (a cura di), *La ragione e la retorica. Politiche europee e il caso italiano*, Edizioni Menabò, Ortona, p. 57 e sgg.

Davies J.B. (1992), *The myth of addiction*, Harwood Academic Publishers, Reading

Decorte Tom (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, VUB University Press, Brussels

Decorte T. (2001), Drug users' perceptions of controlled and uncontrolled use, in *International Journal of Drug Policy*, 12, 297-320

Decorte T., Slock S. (2005), *The taming of cocaine II- A 6 year follow up study of 77 cocaine and crack users*, VUB University Press, Brussels

Denning P. (2000), *Practicing Harm Reduction Psychotherapy*, The Guilford Press, New York/London

Denning P., Little J., Glickman A. (2004), *Over the influence*, The Guilford Press, New York/London

- Diaz A., Barruti M., Doncel C. (1992), *The lines of success? A study on the nature and extent of cocaine use in Barcelona*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona
- Duff C. (2005), Party drugs and party people: Examining the 'normalization' of recreational drug use in Melbourne, Australia, *International Journal of Drug Policy*, Vol 16(3) Jun 2005, 161-170.
- Erickson, P.G. (1994), *The steel drug. Cocaine and crack in perspective*, New York, Lexington Books
- EMCDDA, (2007), *Selected issues 2007. Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*
- Forum droghe – Cesda (2008), *Dossier cocaina*, Impallomeni M., Orsi M., Zuffa G. (a cura di), agosto 2008
- Gessa G. (2008), *Cocaina*, Rubbettino editore, Soveria Mannelli
- Gossop M. (2000), *Living with drugs*, Ashgate, Aldershot
- Grinspoon L., Bakalar, J.B. (1976), *Cocaine*, Basic Books Inc.Publishers, New York
- Grund JP, Kaplan C., De Vries M., Rituals of regulation: controlled and uncontrolled use in natural settings, in Heather N., Wodak A., Nadelmann E., O'Hare Pat (eds) (1993), *Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science*, Whurr Publishers, London
- Heather N., Miller W.R., Greeley J. (eds) (1991), *Self control and addictive behaviours*, Pergamon, New York
- Ilse J. (2006), Cocaine and crack use and dependence in Europe: experts view on an increasing public health problem, *Addiction research & theory*, Vol. 14, n. 5
- Lopez,-Jorge-S; Martinez,-Jose-M; Martin,-Antonio; Martin,-Jose-M; Martin,-Maria-J; Scandroglio,-Barbara (2001), An exploratory multivariate approach to drug consumption patterns in young people based on primary socialization theory, *Substance Use and Misuse*, Vol 36(12) 2001, 1611-1649.
- Mair H., (2006),The potential of interdisciplinarity for leisure research, *Leisure Sciences*, Vol 28(2) Mar-Apr 2006, 197-202
- Marlatt G.A., (1996), Harm Reduction: Come As You are, *Addictive Behaviours*, 21,6, pp.779-788
- Marlatt G.A. (2002), Foreword, in Tatarky A., *Harm Reduction Psychotherapy*, Rowman & Littlefield Publishers, Plymouth
- Maxwell Jane-Carlisle (2005), Party Drugs: Properties, Prevalence, Patterns, and Problems, *Substance-Use-and-Misuse*, Vol 40(9-10) 2005, 1203-1240.
- Merlo, G., Borazzo F., Moreggia, U., Terzi M.G., (1992), *Network of powder. Research Report on the cocaine use in Turin*. Ufficio Coordinamento degli interventi per le Tossicodipendenze.
- Meringolo, S. Bertoletti, M. Chiodini (a cura di) (2009), *Giovani Creatività Città. Ideare e progettare nei contesti di divertimento*, Unicopli, Milano

- Meringolo, P., Chiodini, M. (2005), *Giovani protagonisti degli eventi di tempo libero. Esperienze di peer education*, *Il seme e l'albero*, aprile 2005, 89-96.
- Meringolo P., Zuffa G. (2001), *Droghe e riduzione del danno. Un approccio di psicologia di comunità*, Edizioni Unicopli, Milano
- Parker, H., Williams, L., & Aldridge, J. (2002), The normalization of sensible recreational drug use: More evidence from the North West England longitudinal study, *Sociology*, 36(4), 941–964
- Parry,-Charles-D.-H; Myers,-Bronwyn; Morojele,-Neo-K; Flisher,-Alan-J; Bhana,-Arvin; Donson,-Hilton; Pluddemann,-Andreas (2004), Trends in adolescent alcohol and other drug use: Findings from three sentinel sites in South Africa (1997-2001), *Journal of Adolescence*, Vol 27(4) Aug 2004, 429-440
- Peele S. (1985), *The Meaning of Addiction*, Lexington Books, Lexington and Toronto
- Ravenna M., Kirchler E., (2000), Youth and leisure time: A study on excitement, risk perception, and representations of day and night, *Giornale Italiano di Psicologia*. Vol 27(3) Sep 2000, 573-604.
- Reinarman C, Cohen P., Kaal H. (2004), Il consumo, una variabile indipendente dalle norme, in *Fuoriluogo*, settembre 2004 (ed. originale “The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and in S.Francisco”, in *American Journal of Public Health*, vol.94,n.5)
- Robins L.N., Davis D.H., Goodwin D.W. (1974), Drug use in US Army enlisted men in Vietnam: a follow up on their return home, in *American Journal of Epidemiology*, 99, pp.235-249
- Ronconi S. (2010), Non solo molecole. Evidenze biografiche e stereotipi chimici, in Zuffa G. (a cura di), *Cocaina, il consumo controllato* cit., pp. 109-158
- Ronconi S. (2011), *La percezione dei consumatori di cocaina circa l'uso “controllato” e “incontrollato”. Una ricerca qualitativa a Torino*, Rapporto, I dossier di Fuoriluogo (www.fuoriluogo.it), pp.144.
- Schensul J., Diamond S. Disch W., Bermudez R., Eiserman J. (2005), The diffusion of ecstasy through urban youth networks, *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, Vol 4(2) 2005, 39-71
- Soellner R. (2005), Club Drug Use in Germany, *Substance Use and Misuse*, Vol 40(9-10) 2005, 1279-1293.
- Strang J., Bearn J., Farrell M., Finch E., Gossop M., Griffiths P., Marsden J., Wolff K. (1998), Route of drug use and its implications for drug effect, risk of dependence and health consequences, in *Drug and alcohol Review*, 17, p.197-211
- Sweeting,-Helen, West,-Patrick (2003), Young People's Leisure and Risk-Taking Behaviours: Changes in Gender Patterning in the West of Scotland during the 1990s, *Journal of Youth Studies*, Vol 6(4) Dec 2003, 391-412
- Topp,-Libby; Barker,-Bridget; Degenhardt,-Louisa (2004), The external validity of results derived from ecstasy users recruited using purposive sampling strategies, *Drug and Alcohol-Dependence*, Vol 73(1) Jan 2004, 33-40.

Waldorf D., Reinarman C., Murphy S. (1991), *Cocaine changes. The experience of using and quitting*, Philadelphia, Temple University Press

Warburton W., Turnbull P.J., Hough M.(2005), *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Report published by the Joseph Rowntree Foundation

White B., Degenhardt L., Breen C., Bruno R., Newman J., Proudfoot P. (2006), Risk and benefit perceptions of party drug use, *Addictive-Behaviors*, Vol 31(1) Jan 2006, 137-142

Zinberg, N. (1984), *Drug, set and setting*, Yale University Press, New Haven and London.

Zuffa G. (2004), Dipendenza e consumo di droghe:dilemmi teorici e nuovi indirizzi di politiche pubbliche, in *Il seme e l'albero*, agosto-dicembre

Zuffa G. (2006), La normalizzazione del consumo di droghe, in *Animazione Sociale*, anno XXXVI, n.204

Zuffa G. (2007), Una ricerca a senso unico, in *Sapere*, anno 73°, n.3

Zuffa G., (2008), I consumi fra “controllo” e “non controllo”. Modelli, teorie e ricerche, in Bagozzi F., Cippitelli C., (a cura di) cit.

Zuffa G. (a cura di) (2010), *Cocaina, il consumo controllato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino (pp.246)

ALLEGATO A

Materiale documentario

a cura di P. Meringolo

Note sul metodo seguito per la costruzione della rassegna

E' stata presa in esame la letteratura psicologica degli ultimi 5 anni (2006-2011). Sono stati inclusi, tuttavia, due studi relativi al 2005 (Tieberghien & Decorte, 2005; Neal *et al.*, 2005): il primo perché lo stesso gruppo di ricerca ha pubblicato (Decorte, 2001) un lavoro che è stato l'ispiratore dell'indagine svolta in Toscana, e il secondo perché sottolinea l'importanza della ricerca qualitativa nel campo delle *addiction*.

La rassegna si focalizza sugli aspetti psicologici collegati o collegabili all'uso di sostanze, e in modo specifico si riferisce al consumo di cocaina. Non è stata pertanto presa in esame, perché non pertinente rispetto al presente lavoro, la ricchissima produzione di ricerca – prevalente negli ultimi anni – sugli aspetti neurologici e neuropsicologici dei meccanismi predittori o correlati all'*addiction*, generalmente svolta in laboratorio e spesso con animali (si veda l'articolo di Belin *et al.*, 2008, riportato come esempio).

Gli studi citati sono raggruppati per temi:

- Rassegne e modelli teorici
- Ricerche sperimentali con campione di controllo
- Validazione di strumenti per indagine quantitativa
- Ricerche svolte in setting di servizi per le dipendenze
- Interventi di CM (*Contingency Management*)
- Altri interventi innovativi
- Ricerche in setting naturali (scuola e tempo libero).

All'interno di ciascun tema i contributi sono riportati in ordine alfabetico del primo autore, con l'indicazione di: anno, luogo in cui si è svolta la ricerca, metodo, numero e tipologia dei partecipanti, breve sintesi del contenuto, riferimento bibliografico.

argomento	primo autore	anno	luogo	metodo	n. partecipanti	contenuto	riferimento bibliografico
Rassegne e modelli teorici	Bühringer <i>et al.</i>	2008	Germania	Rassegna, costruzione di un modello teorico	-	Ruolo dei processi cognitivi di controllo nell'insorgere, nel corso e nella cessazione dei SUD (<i>Substance Use Disorders</i>).	Bühringer, G., Wittchen, H-U, Gottlebe, K. Kufeld, C., & Goschke, T. (2008). Why people change? The role of cognitive control processes in the onset and cessation of substance abuse disorders. <i>International Journal of Methods in Psychiatric Research</i> , 17(S1): S4–S15. DOI: 10.1002/mpr.246
	Conner <i>et al.</i>	2008	USA/Germany	Metanalisi	Database MEDLINE e PsychINFO anni 1986-2007	Depressione e uso di sostanze in consumatori di cocaina, e – più in generale – uso di sostanze e danni correlati.	Conner, K.R., Piquart, M., & Holbrook, A.P. (2007). Meta-analysis of depression and substance use and impairment among cocaine users. <i>Drug Alcohol Depend.</i> 1; 98(1-2): 13–23. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.05.005
	Garavan <i>et al.</i>	2007	Irlanda/Australia	Rassegna di studi neuropsicologici	-	Abilità cognitive in consumatori di cocaina.	Garavan, H., & Hester, R. (2007). The Role of Cognitive Control in Cocaine Dependence. <i>Neuropsychol. Rev.</i> , 17:337–345. DOI 10.1007/s11065-007-9034-x
	Neale <i>et al.</i>	2005	Oxford (UK)	Contributo teorico	-	Importanza della ricerca qualitativa nello studio delle dipendenze.	Neale, J., Allen, D., & Coombes, L. (2005). Qualitative research methods within the addictions. <i>Addiction</i> , 100: 1584–1593. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01230.x

Ricerche sperimentali con campione di controllo	Colzato <i>et al.</i>	2007	Leiden (NL)	Esperimento di laboratorio	26 partecipanti (22 maschi, 4 femmine), reclutati con avvisi o con passaparola	Danno del controllo inibitorio in consumatori ricreazionali di cocaina.	Colzato, L.S., 1*, van den Wildenberg, W.P.M., & Hommel, B. (2007). Impaired Inhibitory Control in Recreational Cocaine Users. <i>PLoS ONE</i> , 2(11): e1143. doi:10.1371/journal.pone.0001143
	Fox <i>et al.</i>	2007	USA	Quantitativo, sperimentale	60 (28 femmine e 32 maschi) consumatori di cocaina recentemente astinenti e richiedenti un trattamento + 50 di controllo	Difficoltà nella regolazione di emozioni in esperienze di astinenza recenti, valutata con la scala DERS (Difficulties in Emotions Regulation Scale).	Fox , H.C., Axelrod, S.R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. <i>Drug and Alcohol Dependence</i> , 89: 298–301. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026
	Franken <i>et al.</i>	2007	Rotterdam (NL)	Quantitativo, sperimentale	14 pazienti (13 maschi) con diagnosi di dipendenza da cocaina + 13 di controllo (8 maschi)	Deficit in <i>error processing</i> e danno nella correzione degli errori in pazienti con dipendenza da cocaina .	Franken, I.H.A., van Strien, J.W, Franzek , E.J., & van de Wetering, B.J. (2007). Error-processing deficits in patients with cocaine dependence. <i>Biological Psychology</i> , 75: 45–51. doi:10.1016/j.biopsycho.2006.11.003
	Wiers et al.	2007	NL	Quantitativo-sperimentale	16 consumatori di cocaina e policonsumatori + 16 controllo	Implicit Association Test per verificare le associazioni con cocaina, rispetto ad un termine neutro. Associazione inaspettata (dai ricercatori) tra cocaina e effetto sedativo.	Wiers, R.W., Houben, K.. & de Kraker, J. (2007). Implicit cocaine associations in active cocaine users and controls. <i>Addictive Behaviors</i> , 32: 1284–1289. doi:10.1016/j.addbeh.2006.07.009

Ricerche di laboratorio con animali	Belin <i>et al.</i>	2008	United Kingdom	Esperimenti di laboratorio su animali	animali	Relazione tra impulsività e compulsività, meccanismi neurali dell'addiction.	Belin, D., Mar, A.C., Dalley, J.W, Trevor W. Robbins, T.W., & Everitt, B.J. (2008). High Impulsivity Predicts the Switch to Compulsive Cocaine Taking. <i>Science</i> . 320(5881): 1352–1355.
Validazione di strumenti per indagini quantitative	Paliwal <i>et al.</i>	2008	Connecticut Mental Health Service	Quantitativo, validazione di questionario sul craving	72 uomini e 51 donne	Cocaine Craving Questionnaire (CCQ-Brief), a 10 item. Validazione e utilità dello strumento nel predire le ricadute.	Paliwal, P., Hyman, S.M., & Sinha, R. (2008). Craving Predicts Time to Cocaine Relapse: Further Validation of the Now and Brief Versions of the Cocaine Craving Questionnaire. <i>Drug Alcohol Depend.</i> , 93(3): 252–259.

Ricerche svolte in setting di servizi per le dipendenze	Dolan <i>et al.</i>	2008	Providence RI (USA)	Quantitativo	163 pazienti ambulatoriali (52% femmine) in un centro di trattamento	Self-efficacy nell'astinenza da cocaina, relazione tra prerequisiti e esiti del trattamento.	Dolan, S.L., Martin, R.A., & Rohsenow, D.J. (2008). Self-Efficacy for Cocaine Abstinence: Pretreatment Correlates and Relationship to Outcomes. <i>Addict Behav.</i> , 33(5): 675–688. doi:10.1016/j.addbeh.2007.12.001
	Epstein <i>et al.</i>	2010	Baltimore MD (USA)	Quantitativo	106 pazienti consumatori di cocaina e/o eroina in trattamento	Craving da tabacco e craving relativo alle altre sostanze durante il trattamento.	Epstein, D.H., Marrone, G.F., Heishman, S.J., Schmittner, J., & Preston, K.L. (2010). Tobacco, Cocaine, and Heroin: Craving and Use During Daily Life. <i>Addict Behav.</i> , 35(4): 318–324. doi:10.1016/j.addbeh.2009.11.003
	Heinz <i>et al.</i>	2009	Baltimore MD (USA)	Quantitativo	565	Traiettorie nell'uso di cocaina e di eroina (misurato con le analisi delle urine) in relazione alla vita di coppia.	Heinz, A.J., Wu, J., Witkiewitz, K., Epstein, D.H., & Preston, K.L. (2009). Marriage and Relationship Closeness as Predictors of Cocaine and Heroin Use. <i>Addict Behav.</i> , 34(3): 258–263. doi:10.1016/j.addbeh.2008.10.020
	Lejuez <i>et al.</i>	2008	Washington DC (USA)	Quantitativo	182 pazienti con dipendenza da crack/cocaina e/o eroina in un servizio residenziale (67% maschi, età media 42,2)	Ruolo della suscettibilità all'ansia (AS <i>Anxiety Sensitivity</i>) all'inizio di un trattamento nel predirne gli esiti.	Lejuez, C.W., Zvolensky, M.J., Daughters, S.B., Bornovalova, M.A., Paulson, A., Tull, M.T., Ettinger, K., & Otto, M.W. (2008). Anxiety sensitivity: A unique predictor of dropout among inner-city heroin and crack/cocaine users in residential substance use treatment. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 46: 811–818. doi:10.1016/j.brat.2008.03.010

	Martin <i>et al.</i>	2011	Providence RI (USA)	Quantitativo	154 pazienti inseriti in un trattamento residenziale di 30 giorni per dipendenza da sostanze	Il ruolo degli obiettivi nella vita (<i>Purpose in life</i>) nel predire l'esito del trattamento in adulti consumatori di cocaina.	Martin, R.A., MacKinnon, S., Johnson, J., & Rohsenow, D.J. (2011). Purpose in life predicts treatment outcome among adult cocaine abusers in treatment. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> , 40: 183–188. doi:10.1016/j.jsat.2010.10.002
--	----------------------	------	---------------------	--------------	--	--	---

Interventi di CM (Contingency Management)	García-Fernández <i>et al.</i>	2011	Oviedo (Spain)	Quantitativo	50 pazienti in trattamento (82% maschi, età media 31,4 anni, consumatori da 6,93 anni in media)	Trattamento con <i>Voucher-based Contingency Management</i> (CM). Efficacia per cocaina.	García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez-López, H., Sánchez-Hervás, E., Fernández-Hermida, J.R., & Fernández-Artamendi, S. (2011). Individual characteristics and response to Contingency Management treatment for cocaine addiction. <i>Psicothema</i> , 23(1): 114-118. www.psicothema.com
	Ghitza <i>et al.</i>	2008a	Baltimore MD (USA)	Quantitativo	201 pazienti in trattamento	Relazione tra interventi di <i>Contingency Management</i> e rischio di contrarre l'infezione HIV.	Ghitza, U.E., Epstein, D.H., & Preston, K.L. (2008). Contingency management reduces injection-related HIV risk behaviors in heroin and cocaine using outpatients. <i>Addict Behav.</i> , 33(4): 593–604.
	Ghitza <i>et al.</i>	2008b	Baltimore MD (USA)	Quantitativo sperimentale	76 in trattamento sperimentale (57% maschi, età media 37,8) + 40 controllo (55% maschi, età media 36,5), tutti consumatori	Effetto di variabili di rinforzo in un trattamento con <i>Prize-based Contingency Management</i> , in consumatori di cocaina e eroina.	Ghitza, U.E., Epstein, D.H., Schmittner, J., Vahabzadeh, M., Lin, J-L., & Preston, K.L. (2008). Effect of Reinforcement Probability and Prize Size on Cocaine and Heroin Abstinence in Prize-Based Contingency Management. <i>Journal of Applied Behavior Analysis</i> , 41(4): 539–549. doi: 10.1901/jaba.2008.41-539
	McKay <i>et al.</i>	2010	Philadelphia (USA)	Quantitativo	100 adulti (maschi 42%, età media 41) con diagnosi di dipendenza da cocaina, campione randomizzato	Effetti del trattamento per la Prevenzione delle ricadute con approccio cognitivo-comportamentale e con <i>Contingency Management</i> (+ i due metodi	McKay, J.R., Lynch, K.G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M.S., Skalina, L., & Plebani, J. (2010). Randomized Trial of Continuing Care Enhancements for Cocaine Dependent Patients Following Initial Engagement. <i>J Consult Clin Psychol.</i> , 78(1): 111–120. doi:10.1037/a0018139

					combinati). CM con voucher a partire da \$ 2,50. L'approccio CM risulta di maggiore effetto.	
Preston <i>et al.</i>	2008	Baltimore MD (USA) NIDA	Quantitativo	38 dipendenti da oppiacei e cocaina (50% maschi, età media 40,5) e 29 da cocaina (65% maschi, età media 37,8)	Effetti del rinforzo economico sull'astinenza (<i>Prize-based Contingency Management - CM</i>).	Preston, K.L., Ghitza, U.E., Schmittner, J.P., Schroeder, J.R., & Epstein, D.H. (2008). Randomized Trial Comparing Two Treatment Strategies Using Prize-Based Reinforcement of Abstinence in Cocaine and Opiate Users. <i>Journal of Applied Behavior Analysis</i> , 41 (4): 551–563. doi: 10.1901/jaba.2008.41-551
Secades-Villa <i>et al.</i>	2008	Asturie (Spain)	Quantitativo sperimentale. Confronto tra interventi diversi CRA e CM e standard)	15 pazienti (80% maschi, età media 28,4) assegnati al gruppo sperimentale (CRA+ voucher); 28 (85,7% maschi, età media 28,6) al gruppo di controllo (programma standard)	Community Reinforcement (simile a un programma di Life Skills) e Voucher Contingency Management, confrontati con i programmi standard. Verifica degli esiti a sei mesi.	Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R., & Carballo, J.L. (2008). Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: Six-month outcomes. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> , 34: 202–207. doi:10.1016/j.jsat.2007.03.006

Altri interventi innovativi	Mensingher <i>et al.</i>	2007	Philadelphia (USA)	Quantitativo	224 adulti (maschi 82%, età media 42) con diagnosi di dipendenza da cocaina e/o alcol	Trattamento di 12 settimane con colloqui telefonici (confrontato con i gruppi di counseling). Ruolo del self help, della self- efficacy e dell'impegno per l'astinenza.	Mensingher, J.L., Lynch, K.G., TenHave, T.R., & McKay, J.R. (2007). Mediators of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine abuse. <i>J Consult Clin Psychol.</i> , 75(5): 775–784. doi:10.1037/0022-006X.75.5.775
--	-----------------------------	------	-----------------------	--------------	---	--	---

Ricerche in setting naturali (scuola e tempo libero)	Banerjee <i>et al.</i>	2011	United Kingdom (North)	Quantitativo	205 (85% femmine; età media 22,35) Studenti, assegnati random a due diversi tipi di immagini	Relazione tra Sensation Seeking e uso di cocaina, e risposte a messaggi visivi anti-cocaina.	Banerjee, S.C., Greene, K. & Yanovitzky, I. (2011). Sensation seeking and dosage effect: An exploration of the role of surprise in anti-cocaine messages. <i>Journal of Substance Use</i> , Vol 16(1): 1-13. DOI: 10.3109/14659890903490773
	Buchanan <i>et al.</i>	2008	Baltimore MD (USA)	Quantitativo,	629 con esperienze di consumo di eroina e cocaina. Reclutamento partecipanti in setting naturali e con <i>snow ball sampling</i>	Cessazione del consumo e relazioni con la rete sociale di consumatori.	Buchanan, A.S., & Latkin, C.A. (2008). Drug use in the social networks of heroin and cocaine users before and after drug cessation. <i>Drug Alcohol Depend.</i> 96(3): 286–289. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.03.008
	Gervilla <i>et al.</i>	2010	Isole Baleari (Spain)	Quantitativo, su un campione randomizzato di scuole	9284 studenti (47,1% maschi, età media 15,59 anni)	Fattori correlati al consumo di cannabis e cocaina e predittori di esso in adolescenti.	Gervilla, E., & Palmer, A. (2010). Prediction of cannabis and cocaine use in adolescence using decision trees and logistic regression. <i>The European Journal of Psychology Applied to Legal Context</i> , 2(1): 19-35. www.usc.es/sepjf
	Gomez Moya <i>et al.</i>	2008	Valencia (Spain) In lingua spagnola	Qualitativo	6 donne dipendenti da alcol + 6 donne dipendenti da cocaina	Differenze nella percezione del consumo di alcol e di cocaina, percezione del trattamento.	Gómez Moya, J., Valderrama-Zurián, J.C., Tamara Girva Caramés, T.G., Silvia Tortajada Navarro, S., & Guillot Mosterin, J. (2008). Mujeres dependientes de alcohol o cocaína: un estudio comparativo desde una perspectiva cualitativa. <i>Adicciones</i> , 20(3): 237-244.

Kasperski <i>et al.</i>	2011	USA	Quantitativo	1061 studenti (ricerca longitudinale) divisi in consumatori e non di cocaina <i>lifetime</i> ; 243 consumatori di cocaina (di cui femmine 113)	Caratteristiche del consumo e della dipendenza da cocaina, differenze di genere.	Kasperski, S.J., Vincent, K.B., Caldeira, K.M., Garnier-Dykstra, L.M., O'Grady, K.E., & Arria, A.M. (2011). College students' use of cocaine: Results from a longitudinal study. <i>Addictive Behaviors</i> , 36: 408–411. doi:10.1016/j.addbeh.2010.12.002
Ramo <i>et al.</i>	2011	New York City (USA)	Qualitativo (intervista in profondità) + Quantitativo (questionario audio-computer-assisted)	400 giovani adulti (età media 23.9), maschi e femmine, etero e omo, reclutati in club.	Diversi modelli di uso di cocaina nel tempo (1 anno). Traiettorie di consumo.	Ramo, D.E., Grov, C., Delucchi, K.L., Kelly, B.C., & Parsons, J.T. (2011, in press). Cocaine use trajectories of club drug-using young adults recruited using time-space sampling. <i>Addictive Behaviors</i> . doi:10.1016/j.addbeh.2011.08.003
Tieberghien & Decorte	2005	Belgio	Qualitativo e osservazione etnografica	39 key informants + 4 community fieldworkers + ethnographic fieldwork del ricercatore	Studio nella città di Antwerpen su natura e entità dell'uso, mercato della droga, qualità della vita dei consumatori. <u>Non</u> specifico sulla cocaina.	Tieberghien, J., & Decorte, T. (2005). Antwerp Drugs and Alcohol Monitor: A Belgian local drug scene in the picture. <i>Drug and Alcohol Review</i> , 28: 616–622. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2009.00061.x
Ronconi S.	2010	Italia -Torino	Qualitativo, 21 interviste	Studio sulla percezione del consumo controllato	interviste in profondità	

