

BIBLIOGRAFIA

- Carraro I. (2012), *Metadone: oggetto transizionale fra pubblico e privato*. In: Lucchini A., D'Egidio P.F., Nava F. (a cura di), *Attualità e innovazioni nel trattamento con metadone*. Franco Angeli, Milano, 42-48.
- Carraro I. (2014), *Il reinserimento fra il "dentro" e il "fuori": studio di follow up su dieci anni di gruppi terapeutici presso un SerT Veneto*. In: *Atti del Convegno "Quale (re-)inserimento possibile"*, Cooperativa Cosmo, Vicenza, 87-106.
- Carraro I. (2015), *Il misuso e la diversione nella dipendenza da sostanze psicoattive: significati simbolico/relazionali e operatività clinica*. In press
- Carraro I. (2016a), *Vicinanza/Distanza terapeutica e GRF*. In press
- Carraro I. (2016b), *Insieme... a tempo limitato*. In press
- Jeammet Ph. (2004), *Anoressia bulimia*. Franco Angeli, Milano, 2006.
- Kohut H. (1971), *Narcisismo e analisi del Sé*. Boringhieri, Torino, 1976.
- Nava F., D'Egidio F.P., Cecchini I., Fregosi S., Lucchini A. (2011), *Il misuso e la diversione della terapia agonista nei SerT italiani: dati dello studio DeMos*. Italian Journal of Addiction Research. Vol. I (Special Issue n. 1), dicembre 2011, 5-15.
- Somains L. (2011), *Trattamenti farmacologici della dipendenza da eroina: aspetti di gestione clinica e organizzativa*. Italian Journal of Addiction Research, 1, 1
- Stolorow R.D. (1995), *An intersubjective view of self psychology*. *Psychoanalytic Dialogues*, 5: 393-399.
- Zucca Alessandrelli C. (1996), *La realtà come funzione ricostruttiva della dipendenza malata*. *gli Argonauti*, 18: 341-347.
- Zucca Alessandrelli C. (2006), *Psicodinamiche dell'addiction*. In: *Quaderni de gli argonauti. Dipendenze/addiction (parte II)*. 5-20.

ABUSO, MISUSO, DIVERSIONE: QUANDO LE PAROLE SONO PIETRE

Anna Franceschini, *Psichiatra, psicoterapeuta*
Eleonora Pilon, *Psicologa, psicoterapeuta*
UOSD Ser.D Nord. Azienda ULSS n.9 Treviso

Nell'incontro fra terapeuta e paziente il linguaggio che il primo utilizza nel rivolgersi al secondo e nel definirne le problematiche, determina inevitabilmente un clima relazionale che può favorire o meno il proseguimento del rapporto terapeutico. Anche al di fuori dell'ambito cinematografico si conviene con Nanni Moretti che: "Chi parla male, pensa male e vive male. Bisogna trovare le parole giuste: le parole sono importanti!" (Palombella Rossa, 1989). Le parole hanno forza e gravità e all'interno di una relazione terapeutica possono "fare sentire" i pazienti accolti o respinti, quindi accettati, ascoltati, compresi oppure giudicati, criticati, esclusi. I clinici possono, se pur inconsapevolmente, utilizzare termini che definiscono la propria estraneità, la propria lontananza dal paziente e dalla sua patologia (Seeman, 2014).

Da tempo alcuni ambiti della medicina e della psicologia si interrogano sulle parole, meglio ancora sulle etichette verbali utilizzate per riferirsi a chi è affetto da una determinata malattia, alla ricerca di nuove definizioni soprattutto non denigratorie. Sono stati prevalentemente il mondo della disabilità e quello della salute mentale ad apportare cambiamenti importanti al loro linguaggio. Si sono cercati termini più rispettosi della dignità e della complessità dell'individuo con il fondamentale superamento dell'uso di un linguaggio che identificava la persona con la sua malattia (il pazzo, l'ebefrenico, l'handicappato ecc.). Si è così realizzato il passaggio dall'indicare il paziente come esclusivamente malato al nominarlo come soggetto che ha un disturbo e che è anche e soprattutto altro da esso.

Va sottolineato che la ricerca di una terminologia appropriata non significa ridurre la questione al conformismo del "politicamente corretto", che edulcora in modo bizantino consuetudini linguistiche e che porta ad esempio a preferire a nomi come "spazzino" e "becchino" le definizioni di "operatore ecologico" e "operatore cimiteriale". Tale ricerca si basa invece sulla consapevolezza che nella clinica la scelta della nomenclatura non è indifferente né neutrale; che l'utilizzo di un certo linguaggio, di un certo vocabolario può avere un'influenza fondamentale nel trattamento di un paziente, se favorisce il mantenimento di pregiudizi e stereotipi e al contrario se sfida lo stigma. Perché le etichette verbali che si utilizzano evocano immagini mentali potenti che possono influenzare il modo in cui si interagisce con il paziente già dal primo incontro e il modo in cui successivamente viene pensata e realiz-

zata la cura. Il linguaggio verbale ha un peso nella formazione delle rappresentazioni mentali ed è in stretto rapporto con la dimensione affettiva e sensoriale, richiamando vissuti e risposte emotive.

Se ci concentriamo sul linguaggio che utilizzano i clinici nell'ambito delle dipendenze per parlare al paziente oppure del paziente e della sua patologia, appare sempre più evidente la necessità che la medicina quando tratta i disturbi da uso di sostanze (DUS), attui un cambiamento drastico nell'utilizzo delle etichette verbali (O'Brien et al. 2006). Negli Stati Uniti in concomitanza con la pubblicazione della V edizione del DSM, si è aperta un'ampia discussione sulla terminologia da impiegare nel campo dell'*addiction medicine* (O'Brien 2011). Nel DSM-5® si è realizzato un cambiamento terminologico volto a escludere parole ambigue e confusive o eccessivamente stigmatizzanti, come quelle rispettivamente di "dipendenza" e "abuso". Questo mutamento ha privilegiato i termini disturbo da uso di sostanze e *addiction*, da preferire nel linguaggio clinico perché più neutrali, meno stigmatizzanti, più attinenti all'ambito scientifico ed espressione di un "person-first language", che non identifica la persona con il disturbo e introduce la necessità della frase possessiva.

È arrivato il momento che anche il mondo della medicina delle dipendenze in Italia avvii un mutamento nell'uso delle etichette verbali finora utilizzate: il perpetuarsi di certo linguaggio, che definisce fra l'altro "sporco" o "pulito" il paziente (e i suoi fluidi biologici) se ha fatto uso o meno di una sostanza, non solo influenza il lavoro quotidiano degli operatori, ma anche il modo in cui i pazienti percepiscono se stessi, il loro disturbo e la loro possibilità di cambiare. È un linguaggio che ha anche un impatto importante su ciò che la popolazione generale pensa di chi presenta un DUS. Le parole, se confermano lo stigma, allontanano i pazienti dalla cura, favoriscono la loro marginalizzazione e possono quindi contribuire al peggioramento della loro condizione: cominciare ad utilizzare un linguaggio appropriato, meno "sporco" (Kelly et al. 2015), è un passaggio necessario se pur non sufficiente (Corrigan, 2014), per combattere i pregiudizi e gli stereotipi sociali e per le riflessioni che tale cambiamento può apportare nell'agire degli operatori. Lo stigma è la maggiore barriera che impedisce alle persone con DUS di chiedere aiuto e sappiamo che sono fra le più stigmatizzate in ogni parte del mondo sia dalla popolazione generale che dai sanitari. Se ad esempio molti medici considerano i disturbi da uso di alcol una questione almeno in parte di debolezza morale o personale (Richter et al. 2014), saranno di conseguenza portati a considerare il DUS come una condizione derivante da vizio, immoralità, devianza e non una malattia a base neurobiologica con correlati psicopatologici e quindi un problema di salute e medico. Il trattamento che ne deriverà potrà essere non appropriato. Le etichette verbali che si scelgono per descrivere un paziente, lo assegnano immediatamente ad una certa categoria sociale e ne influenzano così la cura, perché alcune hanno un incredibile potenziale induttivo e possono "cancellare" l'individuo, la sua dignità e la sua storia personale nel momento in cui lo codificano: *nomina sunt omina*. (Carnaghi et al., 2008).

Nella lingua italiana l'etichetta verbale (nome e aggettivo corrispondente) che meglio rappresenta quanto anticipato, è quella di "tossicodipendente", che insieme all'altro sostantivo correlato, "tossicodipendenza", sono termini che sinceramente ci piacerebbe scomparissero dal linguaggio clinico. La parola "tossicodipendente", che sia usata come tale oppure nelle varianti dispregiative (*tossico*, *tossicone*), purtroppo assai utilizzate anche fra gli operatori dei Ser.D e fra gli stessi pazienti per definirsi, o nelle varianti fintamente tecnico-diagnostiche (*personalità tossicofilica*, *comportamento tossicomano*), rappresenta una terminologia inutile alla pratica clinica e controproducente perché perpetua lo stigma. È un'etichetta che determina immediata attivazione di pregiudizi (tossicodipendenza come vizio-sociopatia-vergogna), che influenza l'atteggiamento degli operatori ancor prima che degli utenti e loro familiari e definisce una categoria sociale che è anche un "tipo naturale", quasi-biologica, per cui il modello di appartenenza è stabile ed immutabile, a tipo "tutto o nulla". È fonte di inferenze negative che portano ad associazioni congruenti con lo stereotipo ma escludono le inferenze incongruenti. Il tossicodipendente, in quanto membro dell'omonima categoria sociale, è quindi inesorabilmente e totalmente tale e nel descriverne caratteristiche non congrue con lo stereotipo induce ad usare proposizioni con chiara accezione avversativa (ad es.: è un/una tossicodipendente ma ha un lavoro stabile, però ha una famiglia). È un'etichetta che non veicola reali informazioni diagnostiche (non indica specifici disturbi o pattern diagnostici): è un termine generale se non generico e quindi non utile nel confronto fra clinici anche perché influenza negativamente il trattamento a cui la persona sarà sottoposta e definisce facilmente e pregiudizialmente una prognosi (negativa). È esperienza quotidiana del medico del Ser.D, quando si confronta con altri colleghi, che l'etichetta pseudodiagnostica di "tossicodipendenza" può chiudere ulteriori possibilità di indagini o trattamenti: la potenza induttiva della parola porta ad attribuire al paziente la responsabilità (la colpa?) del suo disturbo e la permanenza di esso e quindi conduce ad una certa resistenza al riconoscergli il diritto ad una cura efficace sia per il DUS che per altre patologie in comorbilità. Ricordiamo inoltre che l'espressione gergale "tossico" significa in italiano anche sostanza velenosa e come aggettivo è sinonimo di nocivo, venefico e dannoso e quindi riporta alla pericolosità non solo per sé ma anche per la società. Anche il termine "abuso" è connotato negativamente nella lingua italiana. Significa: uso cattivo, eccessivo, smodato, illegittimo di una cosa, di un'autorità; atto che faccia uso della forza fisica per recare danno ad altri; nel diritto si definiscono abuso varie ipotesi di reato o di illeciti (Treccani, 2015). In farmacovigilanza si riferisce ad un intenzionale uso eccessivo di un medicinale, sporadico o persistente, accompagnato da effetti dannosi fisici o psicologici. (GPV, EMA 2012). La parola "abuso" definisce che il nucleo del problema sta nella scelta e nella volontà individuale di chi abusa, negando invece il potere della sostanza e quanto la capacità di controllo possa essere compromessa nei DUS. La connotazione negativa del termine è evidente

quando si parla di abuso di farmaci, che siano benzodiazepine, antidolorifici tra cui gli oppiacei analgesici o metadone e buprenorfina prescritti nel trattamento del disturbo da uso di oppioidi (si evita in quest'ultimo caso volutamente la terminologia di terapia sostitutiva, che sostiene l'equivalenza fra farmaci e sostanze illecite, avvallando i pregiudizi su trattamenti che anche l'OMS definisce essenziali). Nel momento in cui si classifica il paziente come colui che abusa, tale terminologia attiva immediate e più o meno inconsapevoli inferenze negative, per cui la persona è esposta a critica, ad un giudizio morale (in quanto consapevolmente attivo nell'abuso) fino al sospetto di un uso illecito, ossia di diversione. Non a caso spesso nei Ser.D "abuso" e "diversione" sono frequentemente usati come sinonimi, termini quindi erroneamente intercambiabili, perché nella loro accezione negativa sono congruenti con la categoria sociale "tossicodipendente" (il cui membro, in quanto tale, mente, inganna e volontariamente non segue le prescrizioni del medico). Da quanto suddetto deriva l'invito a preferire il termine "misuso" che nella lingua italiana è obsoleto e sinonimo di abuso secondo il Vocabolario degli accademici della Crusca, ma che è ritornato in auge nella letteratura scientifica come traduzione dell'inglese "misuse" (*noun. The wrong or improper use of something. Oxford Dictionaries*). "Misuso" è vocabolo neutrale, non comporta pregiudizi né inferenze che possono portare ad omissioni nella comprensione del problema, determinando interventi di cura inappropriati fino all'esclusione degli stessi, così come può accadere con "abuso". Essendo "misuso" un parola generica richiede al sanitario l'analisi delle possibili cause del comportamento in atto, che possono essere diverse e attinenti al paziente, al prescrittore o al farmaco in sé. Richiede insomma una diagnosi differenziale del misuse, che può avere un'eziologia varia (Savage, 2009): non comprensione della prescrizione, tentativo di automedicazione (ad esempio di ansia, disturbi del sonno, disturbi dell'umore, dolore); ricerca di euforia o gratificazione; utilizzo compulsivo dovuto a vera o propria *addiction*; diversione. Il misuse può essere inoltre conseguenza di sviluppo di tolleranza e dipendenza verso un farmaco, intesa quest'ultima come evento fisiologico e atteso in caso di assunzione di alcuni farmaci, dovuto ad adattamento neurobiologico per cui la sospensione del farmaco o la diminuzione della dose comporta una sindrome astinenziale. Eventi questi che spesso comportano nel paziente un autonomo aggiustamento posologico o difficoltà a sospendere il farmaco e richiedono il loro riconoscimento da parte del prescrittore. Infine misuse può essere dovuto a *pseudoaddiction* causata da prescrizione inadeguata da parte del medico. Si pensi ai numerosi casi di misuse fino all'instaurarsi di un vero DUS in caso di prescrizione impropria di oppiacei analgesici deboli per il dolore cronico severo (Casati et al., 2012) oppure i casi assai frequenti di dosi insufficienti di metadone o buprenorfina prescritti ai pazienti dei Ser.D. Pazienti che poi si vedono costretti a procurarsi il farmaco necessario o nel mercato illecito oppure da amici o familiari gratuitamente (e in questo caso si può parlare davvero di diversione? Non è forse un tentativo -se pur maldestro-

di prendersi cura di qualcuno di significativo, così come accade fra familiari con antibiotici o ansiolitici o nelle famiglie americane con gli analgesici oppiacei?). Ci sembra quindi opportuno, sulla scia di quanto accade negli Stati Uniti, che anche in Italia si apra un'ampia discussione sul linguaggio usato nella medicina delle dipendenze, finalizzata a superare una terminologia poco scientifica e che depersonalizza il paziente, privandolo della sua individualità e della sua storia. Quello che va promosso è invece un linguaggio appropriato cioè che sia "people-first language" e rispetti il valore e la dignità degli utenti dei Ser.D, che faccia riferimento alla natura clinica dei DUS e del loro trattamento, che promuova il cambiamento nel paziente, non bloccandolo con una categorizzazione inesorabile e senza speranza, e infine che eviti di rinforzare, anche con l'uso di espressioni idiomatiche denigratorie, gli stereotipi sociali (Broyles et al. 2014). Un linguaggio infine, citando Carlo Levi e il suo romanzo "Le parole sono pietre" sulla Sicilia degli anni '50, che permetta a chi si relaziona con chi soffre di DUS, di avvicinarsi "con l'occhio aperto di un viaggiatore senza pregiudizi".

BIBLIOGRAFIA

- Broyles LM1, Binswanger IA, Jenkins JA, Finnell DS, Faseru B, Cavaioia A, Pugatch M, Gordon AJ. *Confronting inadvertent stigma and pejorative language in addiction scholarship: a recognition and response. Subst Abus. 2014;35(3):217-21*
- Carnaghi A, Maass A, Gresta S, Bianchi M, Cadinu M, Arcuri L. *Nomina sunt omina: on the inductive potential of nouns and adjectives in person perception. J Pers Soc Psychol. 2008 May;94(5):839-59.*
- Casati A, Sedefov R, Pfeiffer-Gerschel T. *Misuse of medicines in the European Union: a systematic review of the literature. Eur Addict Res. 2012;18(5):228-45*
- Corrigan PW. *Erasing stigma is much more than changing words. Psychiatr Serv. 2014 Oct;65(10):1263-4.*
- European Medicines Agency. *Good pharmacovigilance practices. 2012. In www.ema.europa.eu/*
- Kelly JF, Wakeman SE, Saitz R. *Stop talking 'dirty': clinicians, language, and quality of care for the leading cause of preventable death in the United States. Am J Med. 2015 Jan;128(1):8-9.*
- Levi Carlo. *Le parole sono pietre. Tre giornate in Sicilia. Prima edizione 1955. Einaudi Editore.*
- O'Brien C. *Addiction. Addiction and dependence in DSM-V. 2011 May;106(5):866-7.*
- O'Brien CP, Volkow N, Li TK. *What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. Am J Psychiatry. 2006 May;163(5):764-5.*
- Oxford Dictionaries. 2015. *In www.oxforddictionaries.com/*
- Richter L, Foster SE. *Effectively addressing addiction requires changing the language of addiction. J Public Health Policy. 2014 Feb;35(1):60-4.*
- Savage SR. *Management of opioid medications in patients with chronic pain and risk of substance misuse. Curr Psychiatry Rep. 2009 Oct;11(5):377-84.*
- Seeman MV. *Paying attention to language. Psychiatr Serv. 2014 Sep 1;65(9):1164-6*
- Treccani Vocabolario. 2015. *In http://www.treccani.it/vocabolario/ (ultimo accesso 18/08/2015)*