

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

SUPSI

Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

**MDFT: TERAPIA MULTIDIMENSIONALE
FAMILIARE PER ADOLESCENTI NELL'AMBITO
DELLE DIPENDENZE**

Lavoro di Tesi (*Bachelor Thesis*)

Diellza Zejnullahu

Direttrice di tesi: Lara Pellizzari-Bernasconi

Manno, 31 luglio 2015

Anno Accademico: 2014-2015

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

SUPSI

Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

**MDFT: TERAPIA MULTIDIMENSIONALE
FAMILIARE PER ADOLESCENTI NELL'AMBITO
DELLE DIPENDENZE**

Lavoro di Tesi (*Bachelor Thesis*)

Diellza Zejnullahu

Direttrice di tesi: Lara Pellizzari-Bernasconi

Manno, 31 luglio 2015

Anno Accademico: 2014-2015

“L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti del Lavoro di Tesi”

Abstract

Background

I disturbi da uso di sostanze o *addiction*, sono problematiche sempre più presenti nella società di oggi. Consistono in relazioni patologiche con diverse sostanze, che siano alcool, sostanze illegali, farmaci, ecc. L'adolescenza, visti i diversi cambiamenti a cui è sottoposta, è considerata un'età fragile e quindi maggiormente sensibile all'utilizzo di sostanze e alle sue conseguenze. Vi sono diverse strategie terapeutiche che vengono utilizzate per una problematica del genere. Una terapia che emerge negli ultimi anni negli Stati Uniti e ultimamente a livello di ricerca anche in Europa, è la *Multidimensional Family Therapy*, una terapia appunto multidimensionale, che utilizza la famiglia come risorsa ma che nel contempo agisce con e su di essa, cercando di ottenere *outcomes* su adolescenti, famiglia, interazioni familiari e i sistemi sociali. Un trattamento che comprende un percorso familiare, è importante sia per la costruzione di un problema di uso di sostanze sia per il successo del trattamento di questo problema.

Scopo e obiettivi

Lo scopo principale è quello di capire l'utilità o meno e nello specifico cosa si potrebbe estrapolare da questa teoria per la pratica professionale degli infermieri. Ha quindi uno scopo di spunto riflessivo per il nostro agire. Questo cercherà di essere raggiunto attraverso diversi obiettivi: ricercare e comprendere i concetti di adolescenza, genitorialità e disturbi da uso di sostanza, soprattutto in età adolescenziale; comprenderne i trattamenti utilizzati; approfondire il trattamento della MDFT e i suoi *outcomes*; avere maggiormente idea su come e quanto è importante il coinvolgimento della famiglia nel trattamento.

Metodologia

Per questa ricerca, è stata attuata una revisione di letteratura. Nella redazione del quadro teorico, sono stati utilizzati diversi riferimenti bibliografici. Per quel che riguarda il *foreground*, con annessa domanda di ricerca, sono state utilizzate anche dati, sia pluridisciplinari sia specifiche per l'ambito sanitario, in modo da poter includere 13 studi primari alla ricerca.

Risultati

Gli articoli selezionati, hanno evidenziato l'efficacia di un approccio interdisciplinare del genere per l'ottenimento di *outcomes* sulla riduzione delle dipendenze, la funzionalità familiare, i sintomi esternalizzanti e internalizzanti, ecc. Questi effetti risultano essere presenti anche a lungo termine e i giovani presentano meno rischio di *drop-out*.

Conclusioni

La MDFT sembra essere utile per il trattamento degli adolescenti, non solo per la problematica delle dipendenze ma per tutti i miglioramenti che si ottengono. Risulta quindi essere fondamentale integrare nella pratica professionale anche infermieristica le teorie su cui la MDFT poggia i suoi trattamenti. Sono ovviamente necessari ulteriori studi.

Keywords

"Multidimensional family therapy", "MDFT", "Adolescent", "Family", "Support", "INCANT", "Substance use disorder", "Addiction", "Drug abuse", "Family-based therapy".

INDICE

1. Introduzione	1
BACKGROUND	3
2. Adolescenza	3
2.1 Crisi	4
2.2 Costruzione dell'identità	4
2.3 Bisogno di esperienza	5
2.4 Adolescenti e rischio	5
3. Genitorialità	8
4. Dipendenza	9
4.1 Sostanze	9
4.2 Addiction e disturbi da uso di sostanze	9
4.3 Epidemiologia.....	13
4.4 Dipendenza/ <i>addiction</i> e adolescenza	14
4.5 Trattamento	15
4.6 La presa a carico familiare nelle <i>addiction</i>	16
5. Terapia Multidimensionale Familiare (MDFT)	17
5.1 Adolescente.....	19
5.2 Genitori	20
5.3 Interazioni familiari	20
5.4 Sistemi sociali	20
FOREGROUND	21
6. Scelta della metodologia	21
6.1 Domanda di ricerca.....	21
6.2 Scopo della ricerca	22
6.3 Obiettivi della ricerca.....	22
7. Metodologia	23
7.1 Tappe metodologiche	24
8. Risultati	25
8.1 Descrizione degli articoli.....	25
8.2 Sintesi dei risultati	35
8.2.1 Uso di sostanze.....	35
8.2.2 Sintomi internalizzanti, sintomi esternalizzanti e comportamenti delinquenti.....	35
8.2.3 Funzionalità familiare	36

8.2.4 Performance scolastica.....	36
8.2.5 Mantenimento del trattamento e conservazione dei progressi.....	36
8.2.6 Comorbidità psichiatriche o gravità più elevate di uso di sostanze	36
9. Discussione della revisione	38
9.1 Discussione dei risultati.....	38
9.2 Limiti degli studi.....	39
9.3 Rilevanza clinica	39
9.4 Raccomandazioni per la ricerca futura	40
10. Correlazione alla professione infermieristica	41
11. Conclusioni.....	42
11.1 Conclusioni della revisione della letteratura	42
11.2 Conclusioni personali.....	42
12. Ringraziamenti.....	44
13. Fonti.....	45
13.1 Articoli.....	45
13.2 Bibliografia	46
13.3 Enti	48
13.4 Sitografia	48
Allegati	49
A. Acronimi.....	49

1. Introduzione

Per la redazione del lavoro di tesi *Bachelor*, è stato scelto dalla sottoscritta il tema dei disturbi da uso di sostanze in età adolescenziale. Più nello specifico, si parla dell'utilizzo di una terapia, la *Multidimensional Family Therapy* (MDFT), che prende in considerazione e lavora anche con la famiglia dei ragazzi con problemi di dipendenza e tutto ciò che circonda la vita di questi adolescenti.

Questa scelta è stata guidata da un'esperienza avuta durante lo stage svolto presso l'Organizzazione Socio-psichiatrica Cantonale (OSC) di Mendrisio durante il 2° anno di formazione. Essa riguarda un paziente giovane, con un'importante problematica di polidipendenza, presente da anni, con cui ero riuscita a costruire un rapporto di fiducia. Il ragazzo in questione era al suo ennesimo ricovero e non aveva più il sostegno dei genitori da diversi anni. Egli mi raccontava che questo era un ulteriore motivo per cui non riusciva a uscire dalla sua dipendenza, in quest'ultima trovava un rifugio dallo sconforto di non avere nessuno al proprio fianco. Durante tutto il periodo di stage, mi sono chiesta cosa avesse spinto i genitori di questo ragazzo ad allontanarsi in questo modo, cosa spinga un genitore a separarsi definitivamente dal figlio, a non voler avere più notizie, a non andare più a fare visita. Mi chiedevo anche quanto invece potesse anche essere difficile rimanere accanto a un figlio in queste circostanze. Successivamente mi sono pure domandata se riconoscere i bisogni, le difficoltà di madri e padri in queste situazioni, coinvolgerli nel percorso di cura, tempestivamente, non sia utile anche per il loro *coping*. Magari l'aiuto che possiamo dare anche a loro può dare beneficio nel percorso di cura del giovane e della sua cerchia sociale. Nascono quindi le domande: cosa vive il genitore? Quanto influenza il percorso del figlio? Cosa possiamo fare noi come infermieri?

Si sa che genitori e figli si influenzano a vicenda e alcune dinamiche famigliari possono peggiorare o facilitare il percorso di cura del figlio. Altra domanda che nasce è quindi: si può agire su queste dinamiche? Così facendo si può influenzare il successo del trattamento del figlio?

In base alla mia breve esperienza, la presa a carico di pazienti con questa problematica, risulta impegnativa per noi curanti. Se è così per noi, possiamo solo minimamente immaginare quanto possa essere difficile per un genitore vedere e prendersi cura del proprio figlio in questa situazione.

Ho avuto più volte modo di leggere di questa Terapia Multidimensionale Familiare (MDFT) e non avendone sentito mai parlare, mi sono incuriosita. Da lì è nato il mio lavoro di tesi. Vi è quindi anche una mancanza di conoscenze a spingermi nella scelta, non avendo mai affrontato l'argomento in maniera specifica sul tema, ma anche una certa curiosità e molto interesse. Ammetto anche che la famiglia è qualcosa a cui io tengo molto, essendo stata spesso io stessa un "famigliare" in diverse situazioni di cura. Per questo, la mia scelta dell'argomento per il lavoro di Bachelor non mi sorprende.

La tossicodipendenza è un fenomeno in diffusione, quindi non di rado ci troveremo confrontati con problematiche simili e non solamente in ambito psichiatrico. Penso che lo svolgimento del lavoro possa essermi molto utile per il futuro professionale. Come infermieri, siamo portati a relazionarci e a prenderci a carico anche dei così detti "pazienti nascosti" che i famigliari (in questo caso i genitori) possono rappresentare. È quindi nostro compito sì quello di aiutare il paziente in sé, ma anche la sua cerchia sociale/famigliare, in modo da favorire il completo benessere e la cura del malato e di tutto ciò che gli sta attorno.

Spesso, nella nostra pratica professionale, si afferma che è importante considerare e coinvolgere la cerchia famigliare, ma dalla mia breve esperienza vedo che purtroppo nella pratica questo non sempre viene fatto, per svariati motivi.

Gli obiettivi della tesi sono quindi quelli di poter avere maggiori conoscenze sul tema e su questa terapia, poter avere un'idea sui vantaggi di quest'ultima e di conseguenza poter capire maggiormente cosa, e quanto, può essere utile fare in caso di presa a carico infermieristica di un ragazzo con un problema da uso di sostanze e della sua famiglia, prendendo spunto da essa. Siamo tenuti a fare il bene del paziente e, a mio vedere, fare il bene del paziente significa anche occuparci di ciò che gli sta attorno. Con questo mio lavoro voglio inoltre confermare questa mia opinione.

Vista la specificità e unicità di ogni situazione di cura, di ogni famiglia, di ogni persona, so che il mio lavoro non potrà dare risposte applicabili a tutti, universali. Infatti, come afferma Torre (2009), quando ci si occupa di questioni psicologiche, o si osservano studi su grandi numeri di persone, eseguendo quindi un lavoro più superficiale, o si osservano singole situazioni in maniera più approfondita, non potendo quindi generalizzare (citato in Francesconi & Zanetti, 2009). Non si otterrà mai quindi un lavoro che rispecchi ogni singola circostanza.

La tesi è divisa in due parti. La prima parte è rappresentata dal *background*, in cui vengono approfonditi i temi come adolescenza, genitorialità, dipendenza, e *Multidimensional Family Therapy*. Seguirà poi il *foreground*, in cui verrà illustrata la metodologia, la domanda di ricerca, lo scopo, gli obiettivi, le mie tappe metodologiche, i risultati ottenuti dalla revisione di articoli scientifici e discussione di essi con annessi i limiti degli studi. Non mancherà ovviamente un capitolo in cui si analizzano i risultati in relazione alla professione infermieristica. Al termine di tutto ciò, vi sarà una conclusione della revisione e una conclusione personale sul lavoro svolto, in cui vi sarà un'autovalutazione della revisione di letteratura.

BACKGROUND

2. Adolescenza

Dare una definizione esatta di adolescenza risulta difficoltoso, in quanto esistono numerose teorie, con sguardi su diverse dimensioni.

Come affermato da Fabbrini e Melucci (2000), essa è un momento della vita, non è né fase né malattia (citato in Castelli & Sbattella, 2008). Questa inizia e termina, ma, tutto ciò che racchiude, ognuno se lo porta per l'intera esistenza ed è quindi un processo che evolve, si modifica e cresce (Castelli & Sbattella, 2008).

Camaioni (1993) afferma che la psicologia cognitiva considera l'adolescenza come momento in cui l'individuo acquisisce l'accesso al pensiero ipotetico-deduttivo e di conseguenza compie azioni logiche su premesse ipotetiche e deduzioni/induzioni logiche (citato in Castelli & Sbattella, 2008).

L'approccio psicanalitico, invece, afferma che l'adolescenza rappresenta più che altro l'ingresso nella sessualità adulta, in cui si risvegliano pulsioni edipiche che portano all'uso di meccanismi di difesa. (Sbattella, Castelli & Pini 2008).

Come affermato da Erikson (1982), ciò che esiste nei primi stadi di vita, persiste in quelli successivi, anche se mutato e sviluppato nel tempo (citato in Castelli & Sbattella, 2008).

Egli afferma che l'adolescenza è la fase di vita in cui viene costruita la propria identità, attraverso 2 processi: identificazione (ricerca del proprio ruolo sociale) e sperimentazione (periodo di maturazione cognitiva e sessuale) (citato in Castelli & Sbattella, 2008).

L'adolescenza rappresenta inoltre, come affermato da Bowlby (1973) anche la riorganizzazione degli schemi mentali precedenti e delle figure di attaccamento (citato in Castelli & Sbattella, 2008). Infatti, come descritto da Ammaniti et al. (1999) e Bowlby (1969; 1982), vi è un cambiamento di gerarchia delle figure d'attaccamento, ma, nonostante ciò, il legame con i genitori è sempre presente, anche se vengono modificati i comportamenti nei loro confronti (citato in Castelli & Sbattella, 2008).

L'adolescenza, secondo Castelli e Sbattella (2008), porta a un nuovo assetto mentale (il passaggio tra gli equilibri infantili a quelli nuovi), che permette di riflettere su sé stessi e che permette di spostare il proprio punto di vista con riferimenti diversi. Questo avviene attraverso la nuova gerarchia delle relazioni, quindi l'intensificazione delle relazioni tra pari e della ridefinizione del rapporto con i genitori (Castelli, Sbattella 2008).

Burato (2010) afferma inoltre che l'adolescenza non è altro che un "prodotto culturale", il risultato del crescere in un contesto evoluto, visto che essa esiste solo nelle società sviluppate (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010). Infatti, Burato (2010) descrive come nella nostra società, l'adolescente, pur avendo acquisito le capacità cognitive e sessuali di un adulto, deve ancora attraversare il confine tra la condizione dell'infanzia a cui non appartiene più e il mondo adulto di cui non fa ancora pienamente parte (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010).

Infatti, come affermato da Burato (2010), nella società occidentale, la transazione da età infantile a età adulta è sempre più posticipata (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010). Questo assume, sempre secondo Burato (2010), una connotazione negativa (la persona vive in un'età sospesa in cui non vi è partecipazione sociale vera e propria) ma anche positiva (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010). Difatti, egli afferma che vi è così più tempo nell'elaborazione dei propri valori e dei progetti personali. Vi è quindi, secondo lo studioso, una spinta sempre maggiore ad accelerare la crescita e ad assumere comportamenti adulti, ma gli sbocchi verso l'adulthood con l'inserimento lavorativo e l'allontanamento dalla famiglia viene sempre più posticipato (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010). Burato afferma che, anche per questo, nascono sempre più

comportamenti rischiosi, che assumono agli occhi dell'adolescente la costruzione di una propria identità adulta. La scelta di un comportamento a rischio o uno socialmente competente secondo lui dipende molto dalle caratteristiche della persona e dell'offerta ambientale (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010).

2.1 Crisi

Si parla spesso di "crisi adolescenziale". Si può provare a capire come mai questo periodo tra i 14 e i 18 anni viene definito critico (Castelli & Sbattella, 2008).

Nicola Lalli, Agostino Manzi e Romana Panieri (2005), psichiatri e psicologa, illustrano la definizione della parola "crisi", di origine greca (Krisis), che letteralmente significa "separazione", "scelta", "giudizio" (citato in Castelli & Sbattella, 2008). Rappresenta quindi, sempre secondo Lalli, Manzi e Panieri (2005), momenti che comportano la scelta di qualcosa di incerto anziché della sicurezza attuale (citato in Castelli & Sbattella, 2008). Fabbrini e Melucci (2000), affermano che la fase di crisi non ha tempo né durata prestabiliti ed è per lo più discontinua, vista la difficoltà dell'adolescente nel cambiare punto di vista su sé e il mondo (citato in Castelli & Sbattella, 2008).

Alcune tensioni, secondo Scategni (2010), spingono l'adolescente a diventare autonomo, ma altre lo spingono verso dipendenza e regressione. Per questo, egli afferma che spesso i riferimenti familiari possono essere ricercati in modo infantile, anche in maniera indiretta attraverso la ricerca di attenzioni con comportamenti rischiosi, come sociopatia, anoressia e tossicodipendenza (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010).

Scategni (2010), dichiara inoltre che le figure genitoriali possono però essere anche rifiutate attraverso scontri e conflitti, perché spesso la famiglia può essere percepita come un ambiente angusto (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010). In ogni caso, egli afferma che i gruppi al di fuori dal contesto familiare hanno una grande importanza per quel che riguarda crescita, confronto e sostegno (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010).

Nicotra (2010) afferma che tutti i cambiamenti adolescenziali, corporei, psichici, relazionali, di idee e ideali, vengono spesso vissuti in maniera conflittuale. Dichiara inoltre che molte problematiche, a cui si va incontro a questo periodo di crisi, possono essere superate in maniera costruttiva. Alcune però, rimangono nascoste, non affrontate adeguatamente, e in questo modo nascono problemi psicologici, interpersonali, sociali (Nicotra & D'Ambrosio, 2010).

Scategni (2010) asserisce che è importante che gli "argini emotivi" (famiglia e relazioni sociali e affettive) accompagnino l'adolescente durante questo percorso, permettendo uno sviluppo interiore armonioso, in modo da poter far fronte alle difficoltà, elaborare gli eventi e assumersi responsabilità adulte (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010).

Sempre Scategni (2010), dichiara che le famiglie dovrebbero assumere l'importante ruolo di contenitori affettivi e sostegno, attraverso l'ascolto attivo e l'empatia (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010). Egli afferma infatti, che a volte le esperienze che agli adolescenti possono risultare dolorose, all'occhio dell'adulto possono sembrare insignificanti, ma in ogni caso è importante che il giovane trovi accoglienza in modo da recuperare fiducia e che nel contempo acquisisca un senso di responsabilità (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010).

2.2 Costruzione dell'identità

Garelli, Polmonari e Sciolla (2006), affermano che, durante l'adolescenza, vengono messe in discussione molte certezze e che per questo è importante trovare una nuova stabilità personale, in modo da poter prendere decisioni sul proprio futuro (citato in Castelli & Sbattella, 2008).

Per identità si intende tutta la conoscenza di sé e l'esperienza, elaborati dall'individuo e vissuti all'interno di relazioni nel tempo (Castelli & Sbattella, 2008).

Secondo Erik Erikson (1950), il culmine della costruzione dell'identità si situa nell'età adolescenziale e continua nelle fasi successive, fino all'età anziana (citato in Castelli & Sbattella, 2008). Questa teoria di Erikson afferma che l'acquisizione dell'identità implica: raggiungimento di una percezione matura del tempo; certezza stabile della percezione di sé; assunzione e sperimentazione di ruoli senza cadere in definizioni negative; riattivazione del senso di colpa; capacità di sentirsi adeguati; capacità di provare un sentimento di inferiorità; acquisizione di un'identità sessuale stabile e definita; capacità di confronto con l'autorità; capacità di assumere autorità; definizione di un orientamento consapevole nei propri ideali personali e sociali (citato in Castelli & Sbattella, 2008).

Bosma (1985), descrive come l'acquisizione di un'identità non avviene in modo unitario in tutte le aree (politica, lavoro, società, religiosità, sessualità, ...) (citato in Castelli & Sbattella, 2008). Afferma che una persona può acquisire un'identità matura in un'area ma non in un'altra e che quindi non esiste una sola crisi, ma diverse crisi per le differenti aree (citato in Castelli & Sbattella, 2008).

Infatti, secondo il modello focale dell'adolescenza di Coleman (1974), l'adolescente affronta diversi problemi nella vita: accettazione del proprio corpo, separazione dalla famiglia, accettazione del gruppo (citato in Castelli & Sbattella, 2008). Perciò, secondo questa teoria, la formazione identitaria risulta un percorso prolungato e differenziato, in cui sono presenti conflitti, quindi diverse crisi, la cui risoluzione consente la costruzione di componenti della propria identità, accrescendo anche l'autostima (citato in Castelli & Sbattella, 2008). Secondo questa, se i conflitti si presentano uno alla volta, l'adolescente è in grado di affrontare senza problematiche i diversi compiti, perché ha il tempo di costruire nuove risorse per sostenere il prossimo conflitto. Quando invece, l'individuo si trova davanti a più conflitti contemporaneamente, vi è il rischio che esso si lasci sopraffare e sviluppi trasgressività o disturbi psicologici (citato in Castelli & Sbattella, 2008).

La costruzione dell'identità ha anche una componente importante nelle relazioni sociali (Castelli & Sbattella, 2008). Infatti, Cooley (1902), Mead (1934) e Sherif (1984) esplicitano come la relazione con gli individui significativi per l'adolescente, gli permetta di selezionare gli elementi che diventeranno parte della propria identità adulta (citato in Castelli & Sbattella, 2008).

2.3 Bisogno di esperienza

Castelli & Sbattella (2008) affermano che nell'età infantile, il genitore svolge una funzione di mediazione dell'esperienza per il bambino. L'adolescente invece, liberato in parte dal controllo genitoriale, inizia a sperimentare (Castelli & Sbattella, 2008).

Spesso però, come esplicitato da Fabbrini e Melucci (2000), questo non è facile, perché nel transito da sensazione a identificazione del bisogno, agisce la componente affettiva, che rende il tutto più complesso (citato in Castelli & Sbattella, 2008). Quindi, secondo la loro opinione, una sensazione legata a ricordi spiacevoli, rende difficoltoso il riconoscimento del bisogno e l'azione corrispondente. Questa attivazione di sensazioni interne multiple e indecifrabili portano l'adolescente in uno "stato di straordinaria irritabilità" (citato in Castelli & Sbattella, 2008).

2.4 Adolescenti e rischio

Torre (2009) descrive l'adolescenza come un momento di frattura, in cui i sogni infantili vengono accantonati e dove vi è la necessità in un adattamento più forte e stabile alla realtà (citato in Francesconi & Zanetti, 2009). Egli la rappresenta come un'età in cui la relazione con il rischio è particolarmente significativa e in cui, probabilmente, affrontare

un rischio costituisce il mezzo per realizzare un proprio progetto (citato in Francesconi & Zanetti, 2009).

Sempre Torre (2009), ha individuato diversi indicatori che possono influire sulla tendenza al rischio: rapporto con sé stessi (controllo degli impulsi, emotività, immagine corporea, ...), relazioni familiari (relazioni interpersonali, principi morali, ...), sessualità, capacità di affrontare i problemi (capacità di adattamento e di risoluzione). (citato in Francesconi & Zanetti, 2009). Torre asserisce inoltre che la ricerca di nuove sensazioni (rischio), può portare a nuove strategie per l'adattamento, ma anche a comportamenti dannosi, disadattativi (citato in Francesconi & Zanetti, 2009).

Jung (1930) afferma che quando un adolescente si sente troppo protetto dai genitori, nasce il fascino delle situazioni rischiose. Alcuni riescono a sottrarsi a questo rischio assumendo sempre più responsabilità individuali, mentre altri non riescono a farlo con facilità e qui entra in gioco il rischio dell'enantidromia, la "corsa nell'opposto", cioè lo sviluppo opposto dell'assumersi queste responsabilità (citato in Francesconi & Zanetti, 2009).

Secondo Marco Francesconi (2009), le sfide adolescenziali rappresentano un modo per "non pensare". Questo perché, uno dei compiti evolutivi principali e più impegnativi nell'adolescenza, è rappresentato dal bisogno di integrare sia a livello cognitivo che emotivo, la vulnerabilità dell'esistenza, della vita. Egli afferma che, spesso, se questo è difficile da elaborare con il pensiero, viene agito con il fare: incorrere in disturbi alimentari, assumere sostanze stupefacenti, suicidio, azioni lesive, ... (Francesconi & Zanetti, 2009). Come descritto da Burato (2010), spesso, quando l'adolescente entra a contatto con un dolore psichico che non riesce a tollerare, ricorre all'*acting out*, un agito distruttivo, attaccando il proprio corpo e quindi spostando altrove il dolore. Questo può rappresentare l'unico adattamento che egli trova in quel preciso momento (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010).

Inoltre, sempre secondo Francesconi (2009), ogni espressione di disagio può rappresentare lo sforzo di trovare soluzione a una problematica cognitiva e/o emotiva. L'adolescenza, comportando diversi cambiamenti, mutamenti, angoscia, paura e confusione, può essere vista come un periodo in cui si intensifica il bisogno tossico di elementi che il soggetto sente come rassicuranti (Francesconi & Zanetti, 2009).

Nella tossicodipendenza in particolare, ma non unicamente in questa problematica, Francesconi (2004) afferma che l'adolescente ricerca inconsciamente un elemento tranquillizzante in cui vi è un susseguirsi di pensieri di "morte" e "rinascita": "sopravvivere" all'ultima bevuta, all'ultima dose, all'ultimo digiuno, ecc. (citato in Francesconi & Zanetti, 2009).

In questi anni, come esplicitato da Grosso (2009), si è visto un aumento delle condotte a rischio, auto ed eterolesive, tra i giovani. Questo può essere collegato anche con la protrazione della dipendenza familiare (emancipazione dai genitori ritardata) (citato in Francesconi & Zanetti, 2009).

Burato (2010) afferma che l'adolescente che si assume un rischio, proietta le conseguenze negative in un futuro lontano, meno probabile. Vi è quindi, secondo questa teoria, un indebolimento nella percezione del futuro e per questo si può dare una spiegazione ai comportamenti noncuranti dei giovani rispetto alla propria salute (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010).

Secondo Monica Burato (2010), i comportamenti rischiosi non sono necessariamente patologici (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010). Infatti, essa afferma che nonostante possano essere dannosi a livello bio-psico-sociale, rappresentano la ricerca di adattamento, il tentativo di costruzione di una propria autonomia, un'identità e delle relazioni sociali (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010). Sempre secondo Burato, il

riconoscimento di questi comportamenti e della loro finalità, risulta fondamentale nell'individuazione di alternative da offrire all'adolescente per raggiungere gli stessi obiettivi senza rischi, riconoscendone i bisogni, rientrando quindi nell'ambito della prevenzione (citato in Nicotra & D'Ambrosio, 2010).

Si osserva anche un bisogno di violare regole, che secondo Pagnin (2009), potrebbe corrispondere al bisogno di indipendenza, autonomia e sperimentazione e al bisogno di capire il senso delle regole, il loro fondamento, in relazione ai comportamenti degli adulti (citato in Francesconi & Zanetti, 2009).

Pagnin (200), identifica, dietro alla violazione delle norme, anche la rivendicazione di piacere, utilità e gratificazione e la pressione sociale e il valore che gli altri hanno del soggetto (citato in Francesconi & Zanetti, 2009).

3. Genitorialità

Essere un genitore comporta responsabilità, flessibilità consapevolezza dei cambiamenti e continuo adattamento (Castelli & Sbattella, 2008). Questo avviene in un periodo, l'adulthood, complesso perché composto da diversi assestamenti e cambiamenti, come la costruzione di nuove relazioni familiari, lavorative e sociali (Castelli & Sbattella, 2008). Essere genitore implica uno sviluppo dei comportamenti rispetto alla costituzione del nucleo familiare, la relazione con il partner e con i figli e quella intergenerazionale (Castelli & Sbattella, 2008). Richiede quindi all'adulto di adattarsi, integrando i propri bisogni individuali, quelli di sviluppo del figlio, i bisogni della famiglia, del partner e delle relazioni sociali (Castelli & Sbattella, 2008).

La famiglia di figli adolescenti, si ritrova implicata in importanti cambiamenti emotivi e relazionali che ridefiniscono il rapporto genitori-figli, permettendo così di poter riconoscere competenze e autonomie individuali (Castelli & Sbattella, 2008). Scabini e Cigoli (2000), affermano che gli adolescenti presentano sia problemi correlati alla ricerca della propria identità separata dalla famiglia, sia una contrapposizione tra fuga/aggressività e rifugio/dipendenza verso la famiglia (citato in Castelli & Sbattella, 2008). Per questo, il ruolo genitoriale è quello di cogliere i cambiamenti e le contraddizioni che può avere il proprio figlio adolescente (Castelli & Sbattella, 2008). L'emancipazione dei figli dai genitori, il confronto tra generazioni e l'attribuzione di un nuovo significato alla coppia parentale, rappresenta, secondo Silvia Vegetti Finzi (1992), un'importante ristrutturazione nel rapporto tra i genitori e i propri figli (citato in Castelli & Sbattella, 2008). Vegetti Finzi (1992), afferma che nella nostra epoca, in cui sono presenti mutamenti economici e sociali, spesso l'emancipazione dei figli è ritardata, per lo studio o la difficoltà nel trovare un lavoro (citato in Castelli & Sbattella, 2008). Per questo, spesso, anche se il figlio è indipendente a livello economico e ha una relazione sentimentale, tende comunque a posticipare l'uscita dalla casa dei genitori (Castelli & Sbattella, 2008).

Bowlby (1980), afferma che un genitore, per poter instaurare una base sicura per il figlio, deve riuscire a sviluppare una capacità empatica di *caregiver*, che influenza lo sviluppo del figlio fino all'adulthood (citato in Castelli & Sbattella, 2008).

La funzione più complessa della genitorialità, è costituita dal capire ciò che l'altro pensa per adattare il proprio comportamento genitoriale, perché vi è una difficoltà nell'immaginare, rappresentare e interpretare correttamente i pensieri di un'altra persona (Castelli & Sbattella, 2008).

Scabini e Cigoli (2000), asseriscono che essere genitori consiste anche in un cambiamento, a ogni fase di vita del figlio, del rapporto tra i coniugi, in modo da poter trovare sempre un nuovo equilibrio (citato in Castelli & Sbattella, 2008). Castelli e Sbattella (2008), affermano inoltre che, se non vi è questo adattamento, insorgono dinamiche come quelle di separazione o di intolleranze nella coppia, costituendo così nuove forme familiari orientate alla soddisfazione dei bisogni interpersonali.

I modelli intergenerazionali, cioè i vissuti delle figure genitoriali, costituiscono un punto di riferimento nella costruzione dei comportamenti della famiglia in rapporto a eventi critici e alle forme di accudimento, influenzando il rapporto tra genitori e figli e lo sviluppo del figlio (Castelli & Sbattella, 2008). Reder e Lucey (2997) affermano che quando questi modelli sono riconoscibili, rappresentano un modo di poter aiutare una famiglia in difficoltà, favorendo comportamenti consapevoli (citato in Castelli & Sbattella, 2008).

Spesso è difficile "oggettivare" l'adolescenza, perché nel contempo anche gli adulti che osservano sono impegnati a comprendere sé stessi come parte del mondo (Castelli & Sbattella, 2008). Frequentemente, l'adolescenza corrisponde al periodo in cui il genitore si ritrova a capire dell'inesistenza dell'eterna giovinezza, in cui si rende conto dei propri limiti corporei (Castelli & Sbattella, 2008).

4. Dipendenza

4.1 Sostanze

Spesso si sente parlare di “droga”, ma, come affermato dal professore di sociologia e diritto dell’economia dell’università di Bologna, Costantino Cipolla (2007), le droghe di per sé non esistono. Infatti, a incidere sul nostro cervello e sulla nostra mente, vi sono varie sostanze, diverse tra loro per composizione, effetti, assunzione, contesto in cui vengono consumate, giustificazione sociale, conseguenza, diffusione, ecc. (Cipolla, 2007). Ciò comprende tabacco, alcol, caffè, farmaci e altro, oltre alle sostanze illegali (Cipolla, 2007). Alcune definizioni dell’Oxford English Dictionary (n.d.) della parola “sostanza”, la definiscono come la materia di una determinata composizione chimica; tutto ciò che è intossicante e/o stimolante, come i farmaci, l’alcol, ecc., che può essere abusato o usato in maniera ricreativa.

Essendoci quindi diverse sostanze, con diversi effetti, un unico termine non le può unificare in una sola categoria (Cipolla, 2007). Che sia tabacco, alcol, cocaina, cannabis, eroina, allucinogeni, ecc., una sostanza psicoattiva ha dimensioni bio-psico-sociali, con un percorso circolare e non causale diretta (Cipolla, 2007). Cipolla (2007) afferma quindi che ogni area influenza l’altra, non vi sono né antecedenti né susseguenti. Alessia Bertolazzi (2007), ricercatrice di sociologia generale all’università di Macerata, definisce le sostanze psicoattive, come quelle sostanze, di origine naturale o chimica, che vanno a influire su quelle che sono le funzioni cerebrali e con il potenziale di provocare alterazioni psico-fisiche (percezione, coscienza, umore, comportamento). Vi fanno quindi parte sostanze illegali (stimolanti, allucinogeni, oppioidi, cannabis, ecc.), alcol, tabacco e farmaci (Bertolazzi, 2007).

Cipolla (2007) afferma che a definire cosa è “droga”, invece è la società, con il suo tempo e il suo luogo, anche se si tratta di sostanze che hanno un influsso sul cervello, assumendo quindi una connotazione sociale, un significato anche simbolico.

In questa revisione di letteratura, vengono considerati principalmente le sostanze illegali e l’alcol.

4.2 Addiction e disturbi da uso di sostanze

Spesso viene utilizzato il termine “*addiction*”. Questo ha origine nel diritto romano antico, che corrispondeva a una sentenza del tribunale, dando al denunciante il diritto di disporre a suo favore di un debitore (Reynaud, 2005). Michel Reynaud (2005), professore di psichiatria e capo del dipartimento di psichiatria e addictologia dell’ospedale Paul-Brousse di Villejuif, racconta di come il termine *addiction* venga usato per la prima volta in psichiatria nei paesi anglosassoni per definire i tossicomani. Le *addiction* sono problematiche caratterizzate soprattutto da aspetti comportamentali e psicologici e possono essere legate sia a sostanze (droghe, medicinali, alcol, ...) che non (shopping, gioco d’azzardo, lavoro, ...) (Reynaud, 2005).

Goodman nel 1990 propose dei criteri diagnostici per i problemi di *addiction*, che consistono in: ripetuti fallimenti di resistere all’impulso di eseguire un comportamento specifico; tensione aumentata prima di svolgere il comportamento; provare piacere o sollievo nell’intraprendere il comportamento; sentimento di perdita o di controllo nello svolgimento del comportamento; alcuni sintomi del problema persistono da almeno un mese o si presentano spesso in un periodo prolungato (citato in Reynaud, 2005). Oltre questi, secondo Goodman (1990), deve essere presente almeno uno dei seguenti cinque criteri: preoccupazione frequente legata al comportamento o ad attività di preparazione alla sua realizzazione; frequenza del comportamento maggiore o su un periodo più lungo

di ciò che si pensava; tentativi ripetuti per ridurre, controllare o smettere il comportamento; aumento del tempo per la preparazione del comportamento, la sua realizzazione e il recupero dai suoi effetti; realizzazione frequente del comportamento nonostante gli obblighi lavorativi, scolastici, domestici e sociali; attività importanti sociali, famigliari, occupazionali o del tempo libero sono abbandonati per lo svolgimento del comportamento; esecuzione del comportamento nonostante la consapevolezza che esso aumenti i problemi sociali, psicologici e/o fisici persistenti o ricorrenti; vi è *tolerance* (bisogno di aumentare l'intensità o la frequenza per ottenere lo stesso effetto); agitazione e/o irritabilità in caso non si possa svolgere il comportamento (citato in Reynaud, 2005). Quindi, si può dire che l'*addiction* si caratterizza per l'impossibilità ripetuta di controllare un comportamento e la ricerca del comportamento stesso nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative (Reynaud, 2005). Questo viene svolto allo scopo di produrre piacere o a placare un malessere interno (Reynaud, 2005). Ciò che caratterizza l'*addiction*, quindi, non è la sostanza o il prodotto in sé, ma l'utilizzo che ne fa il soggetto (Reynaud, 2005).

Il DSM-5, invece, non presenta tra le diagnosi quella di "dipendenza" o "addiction", ma vi sono i disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction (American Psychiatric Association [APA], 2013). Questo perché si tratta di un termine più neutro e descrive ampiamente il disturbo, dalla forma lieve a quella grave (APA, 2013). La parola "dipendenza", invece, nel DSM-5 non viene utilizzata vista l'incertezza della definizione e la connotazione negativa della parola (APA, 2013).

Lo psichiatra Vittorino Andreoli (2008) afferma che inizialmente, ancor prima di sviluppare una dipendenza, la droga risulta per il soggetto una scelta possibile. All'instaurarsi della dipendenza invece essa non rappresenta più una scelta, un rapporto libero e volontario, ma qualcosa di necessario (Andreoli, 2008). A quel punto, per la persona nulla è più possibile senza la sostanza, diventa un'ossessione per la persona (Andreoli, 2008).

Vengono identificate 10 sostanze correlate a questi disturbi: caffeina, cannabis, allucinogeni, inalanti, oppiacei, sedativi, ipnotici e ansiolitici, stimolanti, tabacco e altre sostanze (APA, 2013). Secondo l'APA (2013), l'unica sostanza tra quelle citate a cui non si possa applicare la diagnosi di disturbo da uso di sostanze, è la caffeina.

L'abuso di qualsiasi sostanza, attiva il sistema cerebrale di ricompensa, rafforzando il comportamento e creando dei ricordi, in modo così intenso da poter portare a una trascuratezza di altre attività (APA, 2013). Infatti, come affermato da Gambarana e Tagliamonte (2013), gli utilizzatori, vista l'associazione creata nella memoria tra sostanza ed esperienza gratificante, imparano facilmente a collegare e usare stimoli sensoriali e circostanze che predicono la disponibilità della sostanza che utilizzano e che viene utilizzata davanti a loro (citato in Amato & Pani, 2013). Come descritto dall'American Psychiatric Association (2013) nel DSM-5, ogni classe di sostanze descritte in precedenza agisce con un meccanismo farmacologico diverso per attivare il sistema di ricompensa, ma tipicamente attivano il sistema producendo un piacere definito spesso elevato.

L'American Psychiatric Association (2013), afferma che i disturbi da uso di sostanza hanno una caratteristica fondamentale, cioè un cambiamento dei circuiti cerebrali che può persistere anche dopo la disintossicazione fisica, soprattutto quando il disturbo è grave. Infatti, le alterazioni neurobiologiche che sottostanno ai comportamenti additivi, si situano soprattutto al sistema dopaminergico mesocorticolimbico, chiamato appunto sistema di ricompensa (Reynaud, 2005). Questo sistema è ciò che praticamente gestisce i nostri desideri, piaceri ed emozioni (Reynaud, 2005). Reynaud (2005), afferma che il sistema di ricompensa è programmato fin dall'infanzia in funzione alle esperienze di piacere e dispiacere fisiche e psicologiche/emozionali. In questo modo, impara a

riconoscere precocemente ciò che per noi è buono o no, in modo da poter sapere come approcciarci in situazioni che possono fare del bene o del male (Reynaud, 2005).

Ciò agisce sulle vie neuronali di questo sistema e, attraverso l'interneurone GABAergico, l'interneurone oppioide, i recettori cannabinergici o l'intermediazione di un'iperreattività dell'asse cortico-ipotalamo-ipofisi-corticosurrenale, forza in questo modo i neuroni dopaminergici, portando così a dipendenza (Reynaud, 2005).

Il circuito mesolimbico è composto da un insieme di neuroni dopaminergici situati nel tronco cerebrale a livello dell'area tegmentale ventrale (AVT), che proiettano, attraverso la fascia mediana, verso strutture del sistema limbico come il *nucleo accumbens* (zona più arcaica del piacere), l'amigdala e l'ippocampo (Reynaud, 2005). Questo circuito è implicato negli effetti di rinforzo, memoria e risposte condizionate dalle conseguenze motivazionali ed emozionali di mancanza e bisogno, d'affetto e di relazione, ma anche di droghe (Reynaud, 2005).

Il circuito mesocorticale proietta, invece, dall'ATV alla corteccia prefrontale, orbitofrontale e cingolata anteriore (luogo di analisi delle emozioni) (Reynaud, 2005). Questo, come descritto da Reynaud (2005), porterà alle conseguenze cognitive della relazione emozionale con il prodotto e nella ricerca compulsiva a discapito di altri interessi e desideri. Circuito mesolimbico e circuito mesocorticale funzionano parallelamente, interagendo a volte tra di loro (Reynaud, 2005).

Le ricompense naturali, come il cibo, l'idratazione e l'attività sessuale, e la maggior parte delle sostanze additive, modificano la trasmissione dopaminergica, stimolando la liberazione di dopamina dall'ATV verso il nucleo accumbens (Reynaud, 2005). In questo modo, si attiva la funzione della ricompensa, che può consistere in: aumento di dopamina nell'attesa aumentando poi il piacere; aumento dopo la ricompensa; non ritorno di tassi normali di dopamina finché non si ottiene la ricompensa, senso di assenza, malessere, ansia e irritabilità finché non vi è ricompensa (Reynaud, 2005).

Un'assunzione cronica di sostanze, porta all'attivazione anormale e ripetuta del sistema dopaminergico mesocorticolimbico e quindi a un aumento della dopamina secreta nel nucleo accumbens (Reynaud, 2005). In questo modo, come descritto da Reynaud (2005), il sistema aumenta l'effetto di ricompensa e/o di rinforzo positivo dovuto alla sostanza. La sovrastimolazione anormale e ripetuta entra successivamente nel processo di adattamento e la messa in atto di sistemi avversativi per ridurre la sovrastimolazione (Reynaud, 2005). Oltre ciò, le droghe vanno a interferire e alterare il funzionamento dei recettori cerebrali, mimando così l'azione dei neuromodulatori e neurotrasmettitori naturali (Reynaud, 2005). Vi è quindi un cambiamento del funzionamento mesocorticolimbico, con modificazioni sinaptiche, cellulari e intracellulari dei neuroni, in modo da potersi adattare alla sovrastimolazione (plasticità sinaptica) (Reynaud, 2005).

Questi cambiamenti portano a effetti a livello comportamentale, come le continue ricadute e *craving* (desiderio intenso della sostanza) in caso di stimoli condizionati che ricordano la sostanza e il suo uso (APA, 2013). Per questo, è necessario un trattamento a lungo termine (APA, 2013).

Vi sono ovviamente anche altri oggetti per questi disturbi, come il gioco d'azzardo e i giochi online (dipendenze comportamentali), che riescono ad attivare il circolo di ricompensa come le sostanze d'abuso e anche comportamenti simili ai disturbi da uso di sostanze (APA, 2013).

I disturbi correlati a sostanze sono suddivisi nel DSM-5 in due categorie: disturbi da uso di sostanze e disturbi indotti da sostanze (APA, 2013). I disturbi indotti da sostanze sono diversi, dall'intossicazione, all'astinenza e altri disturbi mentali (come disturbi psicotici, depressivi, bipolare, d'ansia, del sonno, sessuali, ossessivo-compulsivo, neurocognitivi, delirium) (APA, 2013).

L'elemento principale dei disturbi da uso di sostanze è la copresenza di sintomi cognitivi, comportamentali e fisici che indicano che la persona continua a utilizzare la sostanza nonostante la presenza di problemi legati a essa (APA, 2013).

La diagnosi è basata su diversi criteri, classificabili in 4 gruppi: controllo compromesso, compromissione sociale, uso rischioso e criteri farmacologici (APA, 2013).

Ogni gruppo contiene dei criteri, sempre descritti nel DSM-5 dall'APA (2013):

- Controllo compromesso:
 - 1: utilizzo della sostanza in quantità o tempi superiori alle intenzioni iniziali.
 - 2: la persona esprime un persistente desiderio di smettere o di regolare l'assunzione della sostanza, con molteplici insuccessi.
 - 3: la persona spende un tempo considerevole in ciò che è la ricerca, l'utilizzo e la ripresa dagli effetti della sostanza.
 - 4: vi è *craving*, quindi il desiderio intenso e urgente della sostanza, tale da non riuscire a pensare ad altro. Può presentarsi in qualsiasi momento, ma solitamente si presenta maggiormente in circostanze in cui la sostanza veniva ottenuta o utilizzata (stimoli condizionati).
- Compromissione sociale:
 - 5: l'utilizzo ricorrente della sostanza portano a un fallimento nel ricoprire i propri ruoli lavorativi, scolastici e familiari.
 - 6: la persona continua a utilizzare la sostanza nonostante la presenza di problemi sociali e interpersonali causati dall'esacerbazione degli effetti della sostanza.
 - 7: attività importanti sociali, occupazionali e relazionali per la persona, vengono abbandonate o ridotte per l'uso della sostanza.
- Uso rischioso:
 - 8: uso ricorrente della sostanza anche in situazioni fisicamente pericolose.
 - 9: la persona continua a utilizzare la sostanza nonostante sappia di avere persistenti o ricorrenti problemi fisici o psicologici causati o esacerbati da essa.
- Criteri farmacologici:
 - 10: presenza di *tolerance*, quindi il bisogno di dosi sempre maggiori per ottenere l'effetto desiderato o la riduzione degli effetti con la dose usuale consumata.
 - 11: presenza di sindrome di astinenza, che si presenta quando la concentrazione della sostanza nel sangue e nei tessuti decresce in una persona che ha mantenuto per un periodo prolungato l'utilizzo di questa. Quando si presenta la crisi d'astinenza, la persona tende a utilizzare la sostanza per alleviare i sintomi. L'importanza dei sintomi della sindrome d'astinenza, variano da sostanza a sostanza

In base al numero dei criteri presentati, il disturbo da uso di sostanze può essere classificato come lieve (2-3 criteri), moderato (4-5 criteri) e severo (da 6 criteri) (APA, 2013).

Vi sono diversi fattori che possono rappresentare dei determinanti o fattori di rischio per lo sviluppo di una dipendenza da sostanze attive e i medici Pier Paolo Pani e Alessandro Agus (2013) ne descrivono alcune: età adolescenziale, disponibilità della sostanza stessa, stress, condizionamento, pressione sociale e dei pari, vulnerabilità psicologica e genetica (citato in Amato & Pani, 2013). Reynaud (2005) afferma che nella vulnerabilità psicologica rientrano diversi aspetti: tratti di personalità (poca stima di sé, timidezza, reazioni emozionali eccessive, difficoltà a far fronte agli eventi e a stabilire relazioni stabili), temperamento, disturbi del comportamento. Inoltre, anche comorbidità psichiatriche (ADHD, disturbi di personalità, disturbi ansiosi, disturbi dell'umore, ...) possono aumentare il rischio di dipendenza (Reynaud, 2005). Esistono anche fattori di

rischio prettamente sociali, come la povertà familiare, la disoccupazione, vivere in una comunità socialmente svantaggiata con un tasso elevato di criminalità dove circolano numerose sostanze psicoattive, perdita del lavoro, ecc. (Reynaud, 2005). Vi si può aggiungere anche il fattore familiare: presenza di qualcuno con problemi di alcolismo e/o tossicomania, uso di psicotropi da parte di un familiare, ambiente familiare deleterio, conflitti familiari, attitudini dei genitori incoerenti o ingiuste, permissività, violenza intrafamiliare (Reynaud, 2005).

In certe circostanze, descritte in precedenza (difficoltà a far fronte agli eventi, disturbi ansiosi, disoccupazione, ecc.), l'utilizzo di sostanze rappresenta una specie di consumazione autoterapica, perché vi è un effetto di ansiolisi, riducendo sul momento le fobie sociali e la sensazione di malessere (Reynaud, 2005). Ovviamente non è l'unico motivo per cui si può iniziare a utilizzare le sostanze, ve ne sono plurime (ricerca di un effetto anestetico, di difesa, di farsi del male, ecc.) (Reynaud, 2005).

Invece, secondo Pani e Agus (2013), le condizioni stressanti maggiormente studiate nella partecipazione nell'utilizzo di droghe sono spesso rappresentate da stressor negativi, come depressione, lutto, dolore, rabbia, ecc. (citato in Amato & Pani, 2013). Vi sono tuttavia anche stressor positivi che possono rappresentare una concausa all'utilizzo, come il matrimonio, successo scolastico/professionale, ecc (citato in Amato & Pani, 2013). È stato inoltre evidenziato da Pani e Agus (2013), come alcune situazioni, eventi, emozioni, richiamino la droga e il comportamento di tossicomania (stimoli condizionati) e quindi si manifesta il desiderio di farne uso e avviene la ricaduta (citato in Amato & Pani, 2013).

Amato e Davoli (2013) affermano che la dipendenza da sostanze assume anche un importante onere economico, dai costi sanitari, ai bilanci di spesa. Infatti, essa ha effetti sulla disoccupazione, assenteismo e morti premature (citato in Amato & Pani, 2013). Le aspettative di vita di una persona che abusa di esse è più bassa della popolazione generale e vi è un tasso di mortalità molto elevato nei giovani adulti (Amato & Pani, 2013).

4.3 Epidemiologia

Vista l'illegalità del consumo di queste sostanze, risulta difficile ottenere dati che rispecchiano effettivamente la realtà della nostra società attuale (Andreoli, 2008). Inoltre, è difficile effettuare un'inchiesta sulle sostanze soprattutto illegali, perché il più delle volte i consumatori non possono rispondere al telefono (perché sono poco in casa) e perché vi è proprio un rifiuto a partecipare all'inchiesta (Monitoraggio svizzero delle dipendenze, 2013). Quindi, sembra si possa affermare che la prevalenza di consumazione di sostanze stabilita attraverso sondaggi sulla popolazione, è decisamente inferiore a quella reale (Monitoraggio svizzero delle dipendenze, 2013).

Continua inoltre ad aumentare il numero di sostanze psicoattive nel mercato delle droghe (Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze [EMCDDA], 2015). Solo nel 2014, sono state individuate 101 nuove sostanze psicoattive (EMCDDA, 2015).

Secondo la Relazione europea sulla droga dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2015), il 5.7% (19.3 milioni di persone) della popolazione europea adulta tra i 15 e i 64 anni ha consumato cannabis nell'ultimo anno, l'1% cocaina (3.4 milioni), il 0.6% ecstasy (2.1 milioni) e il 0.5% amfetamine (1.6 milioni). Se si osservano invece solamente i giovani adulti (15-34 anni), le percentuali aumentano: 11.7% dei giovani adulti hanno fatto uso di cannabis (14.6 milioni), 1.9% cocaina (2.3 milioni), 1,4% ecstasy (1.8 milioni) e 1% amfetamine (1.3 milioni) (EMCDDA, 2015). Oltre a ciò, nel 2014 il 41% delle richieste di trattamento di adulti tra i 15 e i 64 anni (1.3 milioni) nell'Unione Europea, arriva da consumatori problematici di oppiacei (EMCDDA, 2015).

L'EMCDDA (2015) stima che 80 milioni, quindi un quarto della popolazione dell'UE, ha consumato almeno una volta nella vita una sostanza illegale.

Sempre secondo l'EMCDDA (2015), nel 2014 il 3.4% di tutti i decessi in Europa di persone di 15-39 anni, sono state causate da overdose da stupefacenti (di cui il 66% causato da oppiacei).

In Europa, sempre nel 2014, la cannabis risulta essere la sostanza maggiormente segnalata come motivo per cui ci si sottopone al primo trattamento per dipendenze (EMCDDA, 2015).

Per quel che riguarda la Svizzera, secondo il monitoraggio svizzero delle dipendenze (2013), nel 2012 il 30% dei residenti svizzeri dai 15 anni ha consumato cannabis almeno una volta nella vita. Sempre almeno una volta nella vita, il 3.5% ha consumato cocaina, il 0.9% eroina, il 0.5% LSD e il 0.2% ecstasy (Monitoraggio svizzero delle dipendenze, 2013). Il 6.3% ha consumato cannabis almeno una volta durante il 2012 e il 0.4% cocaina (Monitoraggio svizzero delle dipendenze, 2013).

Se si considera la fascia d'età tra i 15 e i 24 anni in Svizzera, si nota che il 20% di essi ha consumato cannabis almeno una volta nel 2012 (Monitoraggio svizzero delle dipendenze, 2013). Non vi sono dati per questa fascia d'età per altre sostanze all'interno del documento del Monitoraggio svizzero delle dipendenze del 2013.

4.4 Dipendenza/addiction e adolescenza

L'adolescenza è caratterizzata da cambiamenti biologici, psicologici e comportamentali ed è per questo considerata "fragile", presentando maggiormente una sensibilità motivazionale all'uso di sostanze (Amato & Pani, 2013). Infatti, come citato nei capitoli precedenti, in adolescenza sono presenti diversi fattori predisponenti (pressione sociale, vulnerabilità psicologica, curiosità, ricerca di esperienze e sensazioni nuove, propensione per il rischio, ecc.).

Oltretutto, come osservato da Pani e Agus (2013), vi è ancora una certa "plasticità neuronale", che consiste in produzione/eliminazione di sinapsi, mielinizzazione delle fibre nervose, variazione dei recettori neuronali e un cambiamento di numero e caratteristiche dei neuromediatrici (citato in Amato & Pani, 2013). Quindi le aree importanti per il comportamento impulsivo e la valutazione di scelte e azioni (aree corticali prefrontali) sono ancora in fase di sviluppo (Amato & Pani, 2013). Potrebbe perciò essere un ulteriore motivo per cui le resistenze alle droghe in adolescenza siano generalmente più basse. (Amato & Pani, 2013)

Inoltre, l'adolescenza in quanto tale e il periodo puberale, rappresentano un periodo molto sensibile per il mantenimento prolungato di una determinata dipendenza (Reynaud, 2005).

Gli adolescenti, oltre che essere maggiormente a rischio di incontrare nel loro percorso di vita le droghe, come evidenziato da Pani e Agus, hanno anche un maggior rischio di ripercussioni psichiche (citato in Amato & Pani, 2013). Infatti, le droghe interferiscono con lo sviluppo di neurorecettori, la concentrazione di neuromediatrici e lo sviluppo di sinapsi (Amato & Pani, 2013). Per di più, la precocità dell'inizio della consumazione di sostanze psicoattive, risulta essere uno dei fattori maggiormente predittivi per quel che è l'uso nocivo di sostanze alla fine dell'adolescenza e ci comportamenti antisociali, indipendentemente dalla presenza di problematiche associate (Liddle et al., 2004; Reynaud, 2005).

Bisogna inoltre parlare dei sintomi esternalizzanti e internalizzanti, che possono essere presenti negli adolescenti durante lo sviluppo, come manifestazioni delle modificazioni dell'autocontrollo e del comportamento (Englund & Siebenbruner, 2012). Per sintomi

internalizzanti si intende ansia, depressione e distress, mentre con sintomi esternalizzanti si definiscono comportamenti distruttivi e aggressività, che possono sfociare anche in comportamenti delinquenti (Englund & Siebenbruner, 2012). Costello (2007), Hawkins, Catalano e Miller (1992) affermano che questi sintomi sono identificati come fattori di rischio per l'uso di sostanze nell'adolescenza, come alcool, marijuana, *binge drinking*, intossicazioni frequenti (citato in Englund & Siebenbruner, 2012). Sarà quindi necessario agire anche su questi aspetti in un adolescente (e non solo).

4.5 Trattamento

Viste le diverse caratteristiche della persona con *addiction*, i diversi fattori di rischio e le diverse concause, vi sono ovviamente tante strategie terapeutiche e individuali da poter utilizzare, oltre a quelle specifiche farmacologiche (Reynaud, 2005). Come affermato da Reynaud (2005), ciò che è fondamentale è la prevenzione e la presa a carico precoce. Nonostante i progressi della ricerca, attualmente non è ancora esistente un farmaco che riesca a placare il *craving*, perciò il rischio di ricaduta rimane alto (Amato & Pani, 2013). Carboni e Pani (2013), descrivono come il trattamento ovviamente sia variabile a dipendenza del grado di compromissione fisica, psichica e sociale (citato in Amato & Pani, 2013).

I trattamenti possono essere dell'astinenza, dell'intossicazione e della dipendenza (Amato & Pani 2013).

Tra le diverse modalità di trattamento oltre a quelle farmacologiche specifiche, vi è quella psicodinamica (Galanter & Kleber, 2006). Con la psicoanalisi individuale, è possibile una conoscenza psicoanalitica della dipendenza e può rendere più profondo il lavoro con i pazienti (Frances, Mack, Borg & Franklin, 2006). Essa consiste nel lavoro sui fenomeni dell'inconscio, sulla relazione tra Es, Io e Super-Io, le difese messe in atto, il conflitto, l'interpretazione, ecc. (Frances et al., 2006). È indicata nel caso in cui una persona abbia bisogno principalmente di introspezione (Frances et al., 2006). Questa può poi essere associata ad altri approcci, come quello di gruppo, familiare, psico-farmacologico, ecc. (Frances et al., 2006).

Vi è anche la possibilità di svolgere una terapia di rete (*network therapy*), un approccio in cui i familiari e gli amici vengono coinvolti nel sostenere e assistere la persona affetta da disturbi da uso di sostanze, con lo scopo di all'astinenza completa (Galanter, 2006). Come affermato da Marc Galanter (2006), professore di psichiatria al *New York University Medical Center*, in questa terapia, i membri della rete non hanno obiettivi personali, come il miglioramento di disagi o l'autorealizzazione, in modo da non influenzare l'obiettivo principale. Inoltre, il terapeuta non si concentra sulla storia familiare, non coinvolgendo i conflitti esistenti (Galanter, 2006).

Un ulteriore approccio è dato dalle terapie cognitive, comportamentale e motivazionale (Carrol, Ball & Martino, 2006). Tutte e tre si basano su fondamenti teorici del comportamento umano: psicologia cognitiva e teoria dell'apprendimento sociale per la terapia cognitivo-comportamentale; principi del condizionamento operativo e classico per quella comportamentale; psicologia motivazionale e modelli delle fasi di cambiamento per la terapia motivazionale (Carrol et al., 2006).

Esiste inoltre la possibilità di psicoterapia individuale e *counselling*, che spesso è l'unico trattamento messo in atto in caso di disturbo da uso di sostanze (Mercer, Woody & Luborsky, 2006). La psicoterapia consiste in un intervento psicologico volto a capire la correlazione tra pensieri, sentimenti e comportamenti e la dipendenza, per poi portare a delle modificazioni di essi (Mercer et al., 2006). Attraverso il *counselling* invece, ci si focalizza nella gestione dei problemi correlati all'uso di sostanze e delle conseguenze del consumo (Mercer et al., 2006).

Vi è anche l'eventualità di partecipare a terapie di gruppo, come associazioni di auto-aiuto, terapie basate su modelli psico-educativi e cognitivo-comportamentali e le terapie psicodinamiche di gruppo (Khantzian, Golden-Schulman & McAuliffe, 2006).

Oltre a queste modalità di trattamento, esiste la terapia familiare (Kaufman & Brook, 2006). In questo caso, i terapeuti devono comprendere quanto è necessario influire sui processi familiari e sui conflitti che possono condurre a una problematica di uso di sostanze, considerando fattori di rischio e fattori protettivi all'interno della famiglia (Kaufman & Brook, 2006). Esistono diverse terapie familiari, tra cui la Terapia Multidimensionale Familiare (MDFT), descritta in un prossimo capitolo.

Esiste anche la possibilità di un trattamento ospedaliero anziché ambulatoriale, che può comprendere la disintossicazione, la riabilitazione, una combinazione di questi o uno in successione all'altro (Weiss & Sharpe Potter, 2006). Può essere svolto in un ambiente medico o di psichiatria generale, in un reparto specializzato per il trattamento della dipendenza chimica in un ospedale generale, in un ospedale psichiatrico o comunque in un'altra struttura specifica per la dipendenza chimica (Weiss & Sharpe Potter, 2006).

4.6 La presa a carico familiare nelle *addiction*

I disturbi da uso di sostanze e i possibili problemi di condotta che possono nascere, influenzano direttamente l'organizzazione familiare, trasformando profondamente le espressioni dei legami personali e dell'intimità (Miermont, 2005). Queste modificazioni familiari sono legate a più aspetti: gli effetti della sostanza (o su altri prodotti, come il gioco, il lavoro, il sesso, la televisione, ecc.), l'età della persona con *addiction*, eventuali patologie mentali e comportamentali associate (Miermont, 2005).

In caso si tratti di un adolescente, i genitori sono confrontati con un conflitto importante tra la tendenza a lasciar fare e la tendenza a intervenire a tutti i costi (Miermont, 2005). Lo psichiatra Miermont (2005), afferma che il rapporto tra organizzazione relazionale della famiglia e del comportamento familiare non può essere considerato con una linearità causa-effetto.

Un trattamento che comprende anche un percorso familiare è importante, in quanto si è a conoscenza dell'importanza dell'ambiente familiare (supporto, pratica genitoriale, relazione tra genitore e figlio) sia per la costruzione di un problema di uso di sostanze, sia per il successo del trattamento di questo problema in adolescenza (Liddle et al., 2001).

5. Terapia Multidimensionale Familiare (MDFT)

La Terapia Multidimensionale Familiare (*Multidimensional Family Therapy*, MDFT) è un approccio terapeutico ambulatoriale studiato per adolescenti con problemi di abuso di sostanze (Marotti, 2006). È un metodo che vede il disturbo da uso di sostanze come parte di uno stile di vita deleterio, come un processo complesso e per questo la terapia non dev'essere incentrata solamente sull'uso della sostanza ma sulla molteplicità di problemi (INCANT, n.d.). Essa, come descritto dalla psicologa Alessandra Marotti (2006), nasce nel 1985 dagli studi di Howard Liddle, professore di epidemiologia e salute pubblica e direttore del *Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse* all'*University of Miami Miller School of Medicine*, e del suo gruppo di ricerca. Con la MDFT si tenta di unire elementi di terapia familiare tradizionale a elementi di psicologia dello sviluppo e interventi *evidence-based* (Marotti, 2006). Si basa quindi, secondo Marotti (2006), sulla ricerca e per questi motivi ha ricevuto numerosi riconoscimenti negli Stati Uniti da diverse agenzie che si occupano di ricerca sulla tossicodipendenza, come il *Center for Substance Abuse Treatment* (CSAT), il *National Institute of Drug Abuse* (NIDA) ed è stato certificato come programma modello dal *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) (Marotti, 2006). La MDFT trae le sue basi principalmente dalla terapia familiare sistemica (Bonnaire et al., 2014). È risultata essere il trattamento per adolescenti maggiormente supportato dalla letteratura e vi sono diverse evidenze di efficacia e efficienza negli Stati Uniti (INCANT, n.d.).

Inoltre, la *Multidimensional Family Therapy* è attualmente introdotta anche in Europa, dal 2003, in 5 paesi che fanno parte dell'*International Cannabis Need of Treatment Project* (Marotti, 2006). Questo progetto, definito anche con l'acronimo INCANT, è adottato dai rappresentanti del ministero della salute di Belgio, Francia, Germania, Paesi Bassi e Svizzera (INCANT, n.d.). In Svizzera, questo sta avvenendo alla fondazione Phenix di Ginevra, specializzata nei trattamenti ambulatoriali delle dipendenze, che siano con o senza sostanza, nello specifico al centro Phénix Mail (Fondation Phenix, n.d.). INCANT sta eseguendo un trial randomizzato transnazionale multi-sito per testare gli *outcome* della MDFT in giovani pazienti con abuso di cannabis, rispetto al trattamento tradizionale. Questo trial serve anche a definire se la Terapia Multidimensionale Familiare sia adattabile al contesto europeo (INCANT, n.d.). Per ora, sempre secondo INCANT (n.d.), si può affermare che questo è possibile, non senza sforzi e cambiamenti di routine.

Liddle e i suoi colleghi (Rodriguez, Dakof, Kanzki e Marvel), nel 2005 hanno individuato dieci principi che indirizzano la mente del terapeuta verso la promozione del cambiamento, su cui poi hanno avuto modo di costruire i diversi interventi (citato in Marotti, 2006):

1. L'abuso di sostanze in età adolescenziale è un fenomeno multidimensionale, il risultato di fattori intrapersonali, interpersonali e dell'interazione dei diversi sistemi. Intervento e ricerca vanno quindi guidati da prospettive ecologiche e di sviluppo.
2. Ulteriori informazioni e opportunità sono date da situazioni problematiche. Ogni sintomo di adolescenti e familiari e ogni crisi risultano essere quindi elementi critici.
3. Il cambiamento può essere definito come un processo complesso. Per ottenere un vero cambiamento durante il percorso terapeutico, è necessario agire su diversi livelli.
4. Non bisogna considerare la motivazione al trattamento come un elemento che deve essere presente fin dall'inizio nell'adolescente e nella sua famiglia. Anzi, i comportamenti di resistenza al trattamento sono elementi utili per identificare gli ostacoli al trattamento e per integrarli al percorso.

5. Risulta fondamentale per il terapeuta instaurare relazioni terapeutiche con i membri della famiglia e le figure di riferimento principali per il supporto di essa, discutendo dei principali compiti evolutivi della famiglia e dell'individuo in quelle circostanze.
6. Nonostante ci possano essere degli obiettivi comuni per ogni situazione, come la promozione di maggior competenza, ogni intervento è personalizzato e indirizzato agli individui specifici. In generale, questi interventi mirano alla riduzione dei fattori di rischio e dei comportamenti problematici, promuovendo nuovi fattori protettivi intrapersonali e interpersonali.
7. È necessaria sia pianificazione che flessibilità. Saranno necessarie continue valutazioni per modificare e indirizzare meglio gli interventi.
8. Vi sono varie fasi di trattamento. Ogni cambiamento in un'area porta all'individuazione di nuovi interventi. È importante stabilire inizialmente i contenuti tematici, che saranno considerati come punto d'inizio per il trattamento e poi mano a mano verranno sviluppati, fase dopo fase.
9. Il terapeuta promuove il coinvolgimento e il cambiamento di ogni individuo coinvolto nel percorso terapeutico.
10. È importante che il terapeuta ponga attenzione al proprio comportamento. Infatti, deve risultare alleato sia dell'adolescente che dei genitori, senza manifestare nessuna preferenza. Dovrà anche mantenere un atteggiamento di positività, creatività ed energia verso il cambiamento.

La Terapia Multidimensionale Familiare si basa su un manuale, ma mantiene comunque una certa flessibilità mantenendo degli interventi fondamentali e altri elementi invece adattabili alla situazione/circostanze (Marotti, 2006). Gli elementi fondamentali, come descritto da Marotti (2006), consistono nell'intervento in diverse aree, che sono il lavoro individuale con l'adolescente, il lavoro sui genitori, il lavoro con la famiglia e il lavoro su quello che è l'ambiente della famiglia (scuola, lavoro, salute, tempo libero, ecc.). Invece, gli elementi adattabili possono essere la durata totale dell'intervento, l'intensità dell'intervento (ore di psicoterapia settimanali), luogo dell'intervento, uso di strumenti terapeutici come lo screening delle urine, e la composizione del team terapeutico per il *case management* (Marotti, 2006).

Vi sono inoltre 3 fasi in cui si interviene su queste aree: la fase iniziale di costruzione di un sistema terapeutico, la fase intermedia di sviluppo dei temi centrali e la fase finale di chiusura (consolidazione dei cambiamenti di ogni area e preparazione di adolescente e famiglia a usare e mantenere le esperienze e capacità acquisite) (Marotti, 2006).

La psicologa Alessandra Marotti (2006) descrive come sia valutazione che intervento si basano su alcune mappe terapeutiche, con cui si possono identificare le aree di intervento attraverso l'individuazione di fattori di rischio e fattori protettivi nei 4 domini d'interesse (adolescente, famiglia, genitori e ambiente). Descrive inoltre che, per effettuare la valutazione, il terapeuta incontra l'adolescente e la famiglia singolarmente in modo da poter costruire una relazione terapeutica (Marotti, 2006).

Alessandra Marotti (2006) inoltre espone gli obiettivi dell'intervento della MDFT. Essi consistono in: riduzione dei sintomi, miglioramento di quel che sono le diverse funzioni sociali dell'adolescente, ripristino del normale sviluppo del ragazzo grazie alla promozione di diverse funzioni adattative e la riduzione dei fattori di rischio in tutti e 4 i domini elencati precedentemente (Marotti, 2006). Questi obiettivi si compongono da elementi interpersonali, come le emozioni e i pensieri, e elementi intrapersonali e contestuali, come le relazioni tra membri della famiglia e con gli elementi dell'ambiente extra familiare (Marotti, 2006).

Gli interventi, possono anch'essi essere raggruppati a seconda delle aree d'intervento: intervento con gli adolescenti, intervento con i genitori, intervento nelle interazioni familiari e intervento con il sistema extra-familiare (Marotti, 2006). Questi quattro domini vengono influenzati sinergicamente, con l'utilizzo degli interventi delle diverse aree in maniera complementare (Hogue et al., 2006).

La MDFT, come descritto da INCANT (n.d.), solitamente è costituita da 2-3 sedute settimanali per 4-6 mesi o più. Queste sedute possono aver luogo in diversi *setting* a dipendenza dei bisogni: casa, studio del terapeuta, *setting* di comunità come la scuola e comunità giovanili o al telefono (INCANT, n.d.). Il terapeuta si occupa inoltre di parlare con i coetanei e di contattare e visitare la scuola e a volte anche il tribunale per i minori (INCANT, n.d.).

Alessandra Marotti (2006) ha anch'essa eseguito una breve revisione di letteratura sulla MDFT. Da essa, emerge come, in caso di trattamento con *Multidimensional Family Therapy* di adolescenti con abuso di sostanze, l'uso diminuisca maggiormente rispetto all'utilizzo di altri approcci (Marotti, 2006). Sempre Marotti (2006), afferma che vengono ridotti anche i problemi legati all'abuso di sostanze, come i comportamenti antisociali e delinquenti, e aumenta il tasso di astinenza. Anche il ritorno a scuola è favorito e vi è un miglioramento dei risultati scolastici. Tutto questo grazie alla maggior capacità di motivare adolescenti e famiglie a continuare e completare il percorso terapeutico (Marotti, 2006). Sul piano familiare, Marotti (2006) afferma che la MDFT porta a miglioramenti considerevoli, come la diminuzione della conflittualità e un aumento della coesione familiare. Inoltre, è risultato che questa terapia è la più efficace in caso di adolescenti con problemi multipli, come i conflitti familiari, sintomi psichiatrici, comportamenti devianti, e risulta anche essere efficace come prevenzione alla tossicodipendenza (Marotti, 2006). Marotti (2006) ha voluto analizzare la terapia anche dal lato economico e afferma che il trattamento è decisamente più economico rispetto ad altri approcci.

5.1 Adolescente

Con l'adolescente, non utilizzando un atteggiamento critico e mostrando interesse, si cercherà di ottenere le informazioni principali riguardo al suo mondo, all'uso delle sostanze, al suo rapporto con i pari e con i genitori, a cosa vorrebbe cambiare nella propria vita, eccetera (Marotti, 2006). In questo modo, il terapeuta cercherà di ottenere la fiducia del paziente e proverà a fargli capire che il trattamento è un'opportunità per modificare ciò che nella sua vita non va bene (Marotti, 2006).

Nell'intervento con l'adolescente, la parte importante del lavoro consiste nelle sessioni individuali, in cui si interviene su aspetti principali specifici nell'adolescente e lo si prepara a parlare di temi rilevanti con i genitori nelle sedute familiari (Marotti, 2006). Risulta fondamentale, come descritto da Marotti (2006), la formazione in questa fase dell'alleanza terapeutica, coinvolgendo il ragazzo, definendo gli obiettivi terapeutici che per lui/lei hanno rilevanza, generando speranza e ascoltando l'adolescente e il suo punto di vista rispetto a come vorrebbe che la sua vita cambi e su com'è attualmente. In questo modo, verranno identificati i temi principali su cui attuare il trattamento (Marotti, 2006). Sarà anche rilevante, come espresso da Alessandra Marotti (2006), indagare sulle relazioni che ha l'adolescente con i genitori e i familiari, il gruppo dei pari, la scuola, il sistema giudiziario. Il terapeuta in questo modo aiuterà il ragazzo nel migliorare la comunicazione con i suoi genitori, risolvere problemi con sé stessi, migliorare quelle che sono le competenze sociali ed esaminare quale ruolo assume per il ragazzo l'utilizzo di sostanze (Marotti, 2006).

5.2 Genitori

Con la valutazione dei genitori invece, ci si pone il focus in quello che è il funzionamento dei genitori come singoli, come persone con un loro vissuto, con i loro sentimenti, in modo da identificare i punti di forza e le difficoltà nello stile genitoriale adottato, il legame con l'adolescente, le loro aspettative poste in loro stessi, come pongono limiti al proprio figlio, come lo sostengono e se sono presenti patologie psichiche o problemi di uso di sostanze nei genitori (Marotti, 2006).

Nell'intervento con il genitore, lo si considera su due piani diversi: come adulto e come genitore (Marotti, 2006). Egli, come espresso da Marotti (2006), può aver perso la speranza nella sua capacità d'influenza verso il proprio figlio. In primo luogo, si lavora con esso sulla sua vita e su ciò che vorrebbe per sé stesso in modo da poter mettere in luce l'importanza del benessere dell'adulto per l'aiuto del figlio (Marotti, 2006). In secondo luogo si attuano quelli che da Marotti (2006) vengono descritti come "Interventi di Riconnessione Genitoriale", che consistono in diversi elementi come la valorizzazione della vicinanza emotiva con il figlio adolescente (mostrare interesse per l'adolescente, iniziare conversazioni, creare nuove interazioni), i tentativi di aiuto effettuati nel tempo per l'adolescente, la difficoltà presente attualmente e quella passata e la generazione di speranza. Queste sono utili per motivare i genitori e servono come base per futuri richieste di cambiamento nelle dinamiche genitori-figlio (Marotti, 2006).

5.3 Interazioni familiari

Marotti (2006) afferma che con gli interventi nelle interazioni familiari, si mira invece a cambiare quelle interazioni che interferiscono con il sviluppo "normale" dell'adolescente. Viene utilizzata quella tecnica, che da Minuchin (1974) viene descritta come *enactment*, che prevede che il terapeuta partecipi attivamente per promuovere interazioni adolescente-genitori positive e la promozione della comunicazione senza aggressività, negatività, attribuzione di colpe e recriminazioni tra i membri della famiglia, in modo da poter risolvere problemi relazionali e conflitti (citato in Marotti, 2006).

5.4 Sistemi sociali

La MDFT agisce inoltre anche su un'altra dimensione, cioè sul modo con cui la famiglia e l'adolescente interagiscono con l'esterno, con i sistemi sociali (Marotti, 2006). Solitamente, come affermato da Marotti (2006), il modo con cui l'adolescente si relaziona con i diversi sistemi sociali, ha un'importante impatto sulla sua vita e su quella della sua famiglia. Considerando quindi questa complessità, si può dire che una collaborazione con scuola, sistema legale, servizi sociali e lavoro è fondamentale per l'instaurarsi di cambiamenti stabili (Marotti 2006). Inoltre, fa parte degli interventi della MDFT anche la discussione delle scelte di amicizie e delle conseguenze, lo stimolo ad attività extracurricolari positive, la discussione (Hogue et al., 2006). In questo modo inoltre, aumenta la fiducia dei genitori nel cambiamento, diminuendo lo stress e migliorando il funzionamento di essi come adulti e come genitori (Marotti, 2006).

FOREGROUND

6. Scelta della metodologia

Per questa ricerca, dopo un'attenta riflessione, ho deciso di procedere con una revisione di letteratura.

Essendo le professioni sanitarie sempre più cariche di responsabilità, è molto importante l'accesso a informazioni scientifiche aggiornate in maniera efficiente, in modo da poter erogare cure di maggior qualità, utilizzare in modo razionale le risorse disponibili e proteggersi a livello legale (Mosci, 2006). Per questo è fondamentale avere le conoscenze per utilizzare i diversi strumenti necessari all'informazione, come le banche dati biomediche. Non sempre questo risulta semplice vista la moltitudine di pubblicazioni che vi sono ogni anno e la qualità molto variabile di questi (Mosci, 2006). Le revisioni di letteratura risultano quindi un importante aiuto per i professionisti sanitari (Mosci, 2006). Per definizione, una "revisione della letteratura" (o rassegna) consiste nella sintesi di lavori scientifici pubblicati su un determinato argomento, con lo scopo di mettere a disposizione un aggiornamento su quest'ultimo (Saiani, Brugnolli 2010).

Le revisioni di letteratura possono essere divise in due categorie: le revisioni tradizionali e le revisioni sistematiche (Mosci 2006).

Daniela Mosci (2006), coordinatore infermieristico del Centro Studi *Evidence Based Nursing* al Policlinico di S. Orsola Malpighi, descrive le revisioni tradizionali come studi che si occupano di argomenti vasti e molto generali e rispondono a innumerevoli quesiti che riguardano il tema in tutti i suoi aspetti, avvicinandosi quindi piuttosto a un'opera bibliografica più che a uno studio scientifico vero e proprio.

D'altro canto, le revisioni sistematiche si occupano invece di un quesito scientifico ben articolato sulla base di quattro punti (PICO): popolazione osservata, intervento, intervento comparativo (questo punto non è ritenuto obbligatorio) e *outcome* (Mosci 2006).

Uno studio eseguito con una revisione sistematica di letteratura, può essere considerato propriamente scientifico, avendo una metodologia specifica e ben definita, al contrario della revisione tradizionale, che non avendo un metodo può essere condizionato dagli autori. Per questo le revisioni sistematiche vengono definite pubblicazioni secondarie, in quanto utilizzano studi primari, mentre le revisioni tradizionali appartengono alle pubblicazioni terziarie, basandosi su opinioni (Mosci 2006).

Per studi primari, si intendono articoli di ricerca che descrivono uno studio e che sono stati redatti dal ricercatore che lo ha eseguito. Le ricerche secondarie invece, consistono nella descrizione di studi e vengono quindi curate da persone diverse dal ricercatore delle singole ricerche (Boss, Williams 2014).

6.1 Domanda di ricerca

Una volta redatto il background ed eseguita la raccolta di alcuni articoli concernenti la tematica, ho deciso di concentrare la ricerca sulla Terapia Multidimensionale Familiare (MDFT), rivolta a giovani adolescenti con dipendenza da sostanze psicoattive e la loro famiglia, nello specifico i genitori. A seguito della mia esperienza di stage, posso affermare che la presa a carico di questi specifici pazienti risulta impegnativo da parte dei curanti, quindi si può immaginare che l'impegno richiesto e il carico che grava sulle spalle di un genitore, sia maggiore.

Per poter redigere la mia domanda di ricerca, ho ragionato basandomi sul PICO (descritto prima), fino ad arrivare alla forma seguente:

P = giovani adolescenti con dipendenza da sostanze

I = Multidimensional Family Therapy

C = Ø

O = riduzione dell'uso di sostanze, miglioramento della performance scolastica, riduzione dei disturbi di condotta, miglioramento del funzionamento familiare con l'acquisizione da parte della famiglia di comportamenti competenti rispetto al problema, mantenimento a lungo termine dei risultati.

In seguito a questa riflessione e alla ricerca in letteratura, ho deciso di concentrarmi sulla seguente domanda di ricerca: "L'utilizzo di un approccio familiare, come la Terapia Multidimensionale Familiare, ha un impatto sul proseguimento del progetto terapeutico, la sua riuscita, il funzionamento familiare e l'area sociale?".

6.2 Scopo della ricerca

Lo scopo della ricerca non sarà primariamente quello di definire se una terapia o un approccio siano migliori o meno di altri attualmente utilizzati. Voglio invece capire quanto questo approccio multidimensionale familiare può essere utile a un adolescente in questa difficoltà e cosa noi come infermieri possiamo integrare nella nostra pratica. Infatti, spesso quando si descrive la MDFT, gli autori menzionano principalmente i terapeuti, gli psicoterapeuti ecc. Non vi sono accenni agli infermieri. Risulta utile però capire l'utilità o meno e nello specifico cosa si potrebbe estrapolare da queste teorie per la nostra pratica professionale. Questo lavoro di tesi quindi potrebbe avere uno scopo di spunto riflessivo per il nostro agire.

6.3 Obiettivi della ricerca

Gli obiettivi su cui verte questa revisione di letteratura sono principalmente quattro:

- ❖ Ricercare e comprendere i vari aspetti riguardanti la psicologia adolescenziale e ciò che comporta la genitorialità, in maniera da provare a comprendere meglio le dinamiche che possono presentarsi.
- ❖ Approfondire il tema dei disturbi da uso di sostanze, in modo da comprendere meglio e avere un'idea dell'entità del fenomeno presente attualmente. Inoltre, capire cosa porta nello specifico un adolescente a far uso di sostanze e quali sono i trattamenti principali utilizzati per questo problema.
- ❖ Approfondire il trattamento della MDFT e le teorie su cui si basa, per poter correlare il processo ai risultati del trattamento e per poter individuare gli elementi utili da poter integrare nella professione infermieristica.
- ❖ Avere maggiormente un'idea su come e quanto è importante il coinvolgimento della famiglia (più nello specifico i genitori) nel trattamento e su cosa quindi noi come infermieri possiamo agire. Indagare quindi il ruolo infermieristico, trovando degli spunti di riflessione per eventuali strategie infermieristiche che siano in grado di favorire la partecipazione del genitore al percorso di cura del figlio.

7. Metodologia

La revisione sistematica della letteratura, per essere svolta deve seguire un protocollo di ricerca presentando principalmente 6 fasi: formulazione della domanda di ricerca, scelta della strategia di ricerca, determinazione dei criteri di inclusione e esclusione, valutazione della qualità degli studi, estrapolazione dei dati necessari e analisi di essi (Mosci 2006). Come citato precedentemente, la prima fase è costituita dalla formulazione del quesito della revisione di letteratura, in maniera specifica ed essenziale. Di solito questa viene formulata con la composizione di 4 elementi, riassunti nell'acronimo PICO: P per popolazione, I per intervento, C come trattamento di confronto e O per l'esito (*outcome*) (Mosci 2006).

Sempre secondo Mosci (2006), in questo modo viene chiarito il centro di interesse della revisione sistematica, in modo da poterla dirigere nella direzione appropriata, senza divulgarsi su questioni non riguardanti la ricerca.

Successivamente, Mosci (2006) afferma che vi è la necessità di definire la strategia di ricerca, indicando i database da utilizzare. Dopodiché, per la redazione di una revisione sistematica, la ricerca va iniziata dapprima con termini ampi per così poi conoscere e identificare i termini specifici ottimali da utilizzare.

I risultati di studi precedenti risultano essere il tipo più importante di letteratura da includere in una revisione (Polit, Beck 2010).

Una volta svolto questo procedimento, è anche importante ricercare tra le referenze degli studi trovati, lavori che possano essere utili ai fini della ricerca (Mosci, 2006). Durante questa fase vi è il rischio di bias di pubblicazione, cioè il rischio di trovare in letteratura solo studi che evidenziano la positività di un intervento riguardante il tema e di non trovare studi che invece ne dimostrano la negatività perché non pubblicati, con il pericolo di così sovrastimare un intervento (Mosci, 2006). Per questo Mosci (2006), afferma che bisognerebbe consultare sia opere pubblicate che opere non pubblicate. Ciò però risulta difficoltoso, non essendoci un registro per gli studi non pubblicati (Mosci 2006).

Si consiglia inoltre, per cercare di evitare in parte il bias di pubblicazione, di ricercare studi in diverse lingue oltre alla propria e all'inglese (Mosci 2006).

Inoltre, Mosci (2006) sottolinea, oltre all'uso di database, la necessità di consultare riviste specialistiche, tesi, libri di testo, ecc.

Per eseguire la revisione, bisogna inoltre specificare i criteri d'inclusione e d'esclusione della ricerca, in modo da poter documentare il motivo per cui sono stati preferiti alcuni studi anziché altri. Oltre ai componenti del PICO (quindi la popolazione, l'intervento e gli *outcome*), i criteri di inclusione/esclusione possono essere rappresentati anche dal tipo di studio da ricercare che si ritiene più adatto (studio di coorte, caso controllo, ecc.), esclusione di specifiche popolazioni/misure di esito (Mosci 2006).

Identificati i vari studi coerenti con il tema e i criteri d'inclusione, bisogna valutare il rigore metodologico di ognuno prima di integrarlo nella revisione sistematica di letteratura, per determinarne la validità (Mosci 2006).

Boss e Williams (2014), consigliano di procedere alla raccolta dei dati utilizzando una tabella, in modo da mettere in rilievo gli aspetti necessari e da poter valutare la pertinenza di ogni singolo studio, comparandolo con gli altri.

Infine, Mosci (2006) descrive la sintesi dei dati. In questa fase vengono riassunti i vari studi in modo da poter fornire un esito complessivo conclusivo rispetto alla domanda di ricerca.

7.1 Tappe metodologiche

La prima tappa di questa ricerca consiste nella scheda progetto. Essa rappresenta la mia idea iniziale per il lavoro di tesi. Inizialmente, il mio tema era “il ruolo dell’infermiere nei confronti dei genitori di adolescenti con un problema di dipendenza da sostanze stupefacenti, ricoverati in clinica psichiatrica”. Per poter costruire la scheda progetto, è stato necessario raccogliere degli articoli che fossero inerenti al tema e che potessero guidarmi nella realizzazione del background di ricerca. Fin da subito ho pensato di svolgere una revisione di letteratura, immaginando la difficoltà per questo argomento di svolgere uno studio sul territorio.

Mano a mano che redigevo il *background*, anche il tema è cambiato, fino ad arrivare alla Terapia Multidimensionale Familiare per adolescenti con disturbi da uso di sostanze.

Avendo finalmente trovato l’argomento del lavoro, ho potuto definire la domanda di ricerca: “L’utilizzo di un approccio familiare, come la Terapia Multidimensionale Familiare, ha un impatto sul proseguimento del progetto terapeutico, la sua riuscita, il funzionamento familiare e l’area sociale?”. Questa è stata formulata a partire dal PICO (descritto precedentemente), che di conseguenza mi ha anche permesso di definire al meglio gli obiettivi.

Una volta definito PICO, domanda di ricerca e obiettivi, ho avuto modo di raccogliere e selezionare gli articoli più adatti a questa revisione di letteratura, individuando i criteri di inclusione e di esclusione. Sono infatti stati selezionati prettamente studi primari. Questi studi primari sono tutti quantitativi, in quanto sono presenti principalmente questi nelle banche dati e personalmente non sono riuscita a trovarne di qualitativi. Ho escluso studi secondari, perché in questo modo sono stati analizzati articoli redatti dai ricercatori stessi, che il più delle volte è rappresentato dal fondatore di questo tipo di terapia; Howard Liddle. Tutti questi studi primari, sono stati svolti su una popolazione adolescente e i propri genitori, sottoposta in parte a MDFT e a volte confrontata con altre terapie. Gli *outcome* osservati dagli studi sono vari, ma principalmente consistono nella riduzione dell’uso di sostanze, riduzione dei disturbi di condotta e miglioramento del funzionamento familiare. Non sono stati posti limiti di periodo di pubblicazione e contesto geografico. Questo perché l’articolo meno recente preso in considerazione risale al 2001 e risulta essere fondamentale per la risposta alla domanda di ricerca e il raggiungimento degli obiettivi. Inoltre, per quanto riguarda il luogo di pubblicazione, si può osservare che la maggior parte degli studi sono stati svolti negli Stati Uniti, proprio in quanto il fondatore della MDFT lavora presso l’*University of Miami Miller School of Medicine* e la maggior parte degli studi sono quindi stati svolti in territorio americano.

Per quel che riguarda la lingua degli studi, non sono stati posti dei limiti particolari, in modo di cercare di ridurre il *bias* di pubblicazione. Sono infatti stati selezionati articoli in diverse lingue: inglese, francese e tedesco.

Le banche dati utilizzate per la ricerca degli articoli sono diverse: *CINHAL (EBSCO)*, *Cochrane Library*, *PubMed*, *PsychSpider*, *PsycInfo*, *Psyn dex*, *Science Direct (Elsevier)*. I termini utilizzati per la ricerca in queste banche dati sono state le seguenti: “*multidimensional family therapy*”, “*MDFT*”, “*adolescent*”, “*family*”, “*support*”, “*Incant*”, “*substance use disorder*”, “*addiction*”, “*drug abuse*”, “*family-based therapy*”.

Dopo aver raccolto diversi articoli, ho dovuto selezionare quelli più pertinenti. Per fare ciò, mi sono basata sui contenuti dell’*abstract* di ciascuno, mettendoli in relazione al PICO da me impostato.

Dopodiché, ho analizzato e sintetizzato ogni articolo in una tabella di sintesi, che mi ha permesso meglio di descrivere gli studi e di discuterli. Di conseguenza, ciò mi ha permesso di redigere un capitolo riflessivo di correlazione con la professione infermieristica e una conclusione del lavoro di tesi *Bachelor*.

8. Risultati

8.1 Descrizione degli articoli

Per svolgere questa revisione di letteratura, sono stati inclusi tredici articoli, tutti studi clinici primari, tra cui 11 randomizzati e 2 non randomizzati. Sono stati esclusi tutti gli articoli non rilevanti per questa ricerca, cioè gli studi che non rientrano nel PICO. Inoltre, non sono stati presi in considerazione studi secondari, in modo da ridurre il rischio di includere opinioni soggettive che possono essere contenute in questi studi. Gli studi sono stati sintetizzati nella tabella seguente che prende in considerazione diverse variabili: anno, autore, luogo, titolo dell'articolo, design di ricerca, campione selezionato, scopo della ricerca, risultati, conclusioni della ricerca e limiti. Questa verrà poi sintetizzata nel capitolo successivo.

Il periodo di pubblicazione degli articoli selezionati spazia dal 2001 al 2015. Sono inoltre diversi i luoghi in cui sono stati svolti gli studi. Diversi sono stati eseguiti negli Stati Uniti (8). Questo probabilmente perché è qui che la MDFT nasce. Vi sono anche diverse ricerche svolte su suolo europeo: Paesi Bassi (2), Germania (1) e alcuni svolti in contemporanea nei Paesi Bassi, Germania, Francia, Svizzera e Belgio (2). Gli studi europei sono stati svolti tutti nei paesi partecipanti al progetto INCANT.

Tutti gli studi sono stati condotti su pazienti adolescenti con un disturbo da uso di sostanze e con almeno un genitore che potesse partecipare alle valutazioni e alla terapia. L'età dei ragazzi presi in considerazione nei diversi studi varia indicativamente dagli 11 ai 18 anni. Principalmente, i ragazzi inclusi negli studi sono di sesso maschile, ma non rappresenta un criterio d'inclusione.

In 7 articoli (Dakof et al., 2015; Henderson et al., 2009; Henderson et al. 2010; Hogue et al., 2006; Liddle et al., 2001; Liddle et al., 2004; Liddle et al., 2008), la sostanza presa in considerazione non è specificata. Si trattano quindi dipendenze da sostanze illegali, alcool e altre sostanze o anche polidipendenze. In altri 6 studi (Dennis et al., 2004; Hendriks et al., 2012; Hendriks, Van Der Schee & Blanken, 2011; Rigter et al., 2012; Schaub et al., 2014; Tossman et al., 2012) invece, la sostanza utilizzata dai giovani, e quindi selezionata come criterio d'inclusione, è la cannabis.

Per diversi articoli (12), rientrano come criterio d'esclusione la presenza di problemi psicologici e/o psichiatrici acuti, come idee suicidali e psicosi in fase acuta (Dakof et al., 2015; Dennis et al., 2004; Henderson et al., 2009; Henderson et al., 2010; Hendriks et al., 2012; Hendriks, Van Der Schee & Blanken, 2011; Hogue et al., 2006; Liddle et al., 2004; Liddle et al., 2008; Rigter et al., 2012; Schaub et al., 2014; Tossmann et al., 2012). Ciò non esclude però comorbidità psichiatriche croniche, se non la psicosi in 8 studi.

Uno studio (Hogue et al., 2006) esamina le tecniche di trattamento della MDFT senza compararla ad altri trattamenti. Tutti le altre ricerche, confrontano questa terapia ad altre: Intervento Educativo Multifamiliare ([MEI]; Liddle et al., 2001); terapia di gruppo, chiamata AGT se specifica per adolescenti (Henderson et al., 2009; Liddle et al., 2001; Liddle et al., 2004); *Motivational Enhancement Therapy plus Cognitive Behavioral Therapy*, chiamata anche MET/CBT5, una terapia motivazionale unita alla terapia cognitiva-comportamentale in 5 sessioni (Dennis et al., 2004); *Adolescent Community Reinforcement Approach* ([ACRA]; Dennis et al., 2004); terapia cognitiva comportamentale chiamata anche CBT (Henderson et al., 2010; Hendriks et al., 2012; Hendriks, Van Der Schee & Blanken, 2011; Liddle et al., 2008); *Enhanced Services As Usual* (ESAU), una terapia che solitamente i giovani ricevono per problemi di uso da sostanze quando si trovano in detenzione (Henderson et al., 2010); psicoterapia individuale ([IP]; Rigter et al., 2012; Schaub et al., 2014); psicoterapia giovanile con CBT e tecniche motivazionali ([JUP]; Tossmann et al., 2012).

Anno, autori e luogo	Titolo	Desing	Campione	Scopo	Risultati	Conclusioni	Limiti
2001 Liddle et al USA	<i>Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial</i>	Quantitativo - studio clinico randomizzato controllato	152 adolescenti di 13-18 anni, 80% uomini. <u>Criteri d'inclusione:</u> abuso di sostanze e/o alcool. <u>Criteri d'esclusione:</u> ritardo mentale, disfunzioni organiche, necessità di ricovero ospedaliero, trattamenti concomitanti.	Indagare l'efficacia della MDFT nel ridurre l'uso di sostanze e problemi associati negli adolescenti (delinquenza, fallimento scolastico, funzionalità familiare maladattata) comparata a MEI e AGT.	<u>Un anno dopo con MDFT:</u> maggior riduzione dell'uso di sostanze (già durante il trattamento) e miglioramento scolastico; più efficace per il mantenimento del trattamento; acquisizione di comportamenti competenti nei famigliari.	MDFT utile per: ridurre l'abuso di sostanze, problematiche funzionali correlate, promozione di comportamenti pro-sociali, performance scolastica e funzionamento familiare. Questi effetti sono stabili e alcuni aumentano dopo.	Assenza di comorbidità. Mancanza di criteri diagnostici che possano rendere i risultati generalizzabili. I sottogruppi delle diverse etnie sono troppo piccoli per esaminare gli <i>outcome</i> rispetto a questa variabile.
2004 Dennis et al. USA	<i>The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials</i>	Quantitativo - studio clinico randomizzato	600 adolescenti, di 12-18 anni. 83% uomini. <u>Criteri d'inclusione:</u> disturbo da uso di cannabis, necessità di trattamento ambulatoriale. <u>Criteri d'esclusione:</u> utilizzo importante di	Valutare l'efficacia e il rapporto costo-efficacia di 5 interventi (MET/CBT5, MET/CBT12, FSN, ACRA, MDFT) ambulatoriali a breve termine per adolescenti	I 5 trattamenti hanno tutti dimostrato un significativo effetto dopo il trattamento per quel che riguarda l'aumento dei giorni d'astinenza. Per quel che riguarda il rapporto costo-	MET/CBT5, MET/CBT12 3 ACRA risultano migliori per il rapporto costo-efficacia, rispetto alle due terapie familiari.	Alcuni risultati ottenuti attraverso autovalutazioni. Stima dei costi in <i>setting</i> non sperimentali. Non vi è un gruppo controllo senza trattamento.

			alcool e altre droghe, problema medico/psicologico acuto, difficoltà di comprensione, problemi comportamentali rischiosi per altri.	con disturbi da uso di cannabis, attraverso 2 trial randomizzati inter-correlati.	efficacia, nel primo trial risultano migliori MET/CBT5 e MET/CBT12 e nel secondo ACRA e MET/CBT5.		
2004 Liddle et al. Miami, USA	<i>Early Intervention for Adolescent Substance Abuse: Pretreatment to Posttreatment Outcomes of a Randomized Clinical Trial Comparing Multidimensional Family Therapy and Peer Group Treatment</i>	Quantitativo - studio clinico randomizzato	80 giovani; 11-15 anni, 72.5% uomini, 77% con comorbidità (ADHD, disturbo di condotta, depressione). <u>Criteri d'inclusione:</u> indicazione a trattamento ambulatoriale, una figura genitoriale che può partecipare allo studio. <u>Criteri d'esclusione:</u> bisogno di trattamento ospedaliero, > 3 arresti a settimana, idee suicidali, psicosi, ritardo mentale.	Valutare una terapia basata sulla famiglia (MDFT) con una terapia di gruppo tra pari.	<u>Entrambi:</u> diminuzione dei sintomi internalizzanti. <u>MDFT:</u> maggior rapidità di diminuzione dell'uso di cannabis e alcol, di sintomi esternalizzati, nel miglioramento della coesione familiare e nella diminuzione della frequentazione di delinquenti; maggior efficacia nella diminuzione di comportamenti distruttivi.	Si può supporre che vi sia un'efficacia clinica e un potenziale di diffusione di questa terapia basata sulla famiglia, multisistemica e orientata allo sviluppo.	Utilizzo di auto-valutazioni per l'uso di sostanze e auto-valutazioni dei genitori per i problemi familiari. Campione prevalentemente omogeneo. Non vi è un gruppo senza nessun trattamento.

<p>2006 Hogue et al. New York</p>	<p><i>Treatment Techniques and Outcomes in Multidimensional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems</i></p>	<p>Quantitativo - studio clinico controllato</p>	<p>63 giovani; 13-17 anni, 83% uomini. 60% con problemi con la giustizia. <u>Criteri d'inclusione:</u> abuso di sostanze illegali, un caregiver in grado di partecipare allo studio. <u>Criteri d'esclusione:</u> disabilità mentale, disturbo organico, necessità di trattamento ospedaliero, idee suicidali.</p>	<p>Si esaminano le tecniche di trattamento della MDFT.</p>	<p>Non vi è diminuzione dell'uso di sostanze. MDFT a lungo termine porta: diminuzione di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti e diminuzione dei conflitti familiari a 6 mesi dopo; aumento della coesione familiare a 1 anno dopo.</p>	<p>Le tecniche focalizzate sulla famiglia predicono dei miglioramenti a lungo-termine nei sintomi dell'adolescent e e nella funzionalità familiare.</p>	<p>I terapeuti probabilmente non hanno catturato tutti gli aspetti del modello curativo. Non si prendono in considerazione alleanza terapeutica e qualità degli interventi.</p>
<p>2008 Liddle et al. USA</p>	<p><i>Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy</i></p>	<p>Quantitativo – studio clinico randomizzato</p>	<p>224 giovani di 12-17.5 anni. 81% uomini. <u>Criteri d'inclusione:</u> utilizzatori di sostanze psicoattive, vivono con almeno una figura genitoriale in grado di partecipare alla terapia.</p>	<p>Esaminare l'efficacia di due trattamenti per l'abuso di sostanze di adolescenti: CBT e MDFT.</p>	<p><u>Entrambi gli interventi:</u> significativa diminuzione del consumo di cannabis; leggera riduzione dell'uso di alcool. MDFT: 64% presenta utilizzo minimalizzato (0 o 1 usi di</p>	<p>Entrambi gli interventi sono trattamenti promettenti. Sia CBT che MDFT hanno circa lo stesso effetto per la frequenza dell'uso di cannabis durante il trattamento e dopo 6 mesi.</p>	<p>Risultati non generalizzabili viste le caratteristiche specifiche del campione. I risultati si basano su autovalutazioni perché le analisi delle urine e le valutazioni dei genitori non erano disponibili.</p>

			<p><u>Criteria d'esclusione:</u> disfunzioni organiche, necessità di disintossicazione ospedaliera, idee suicidali.</p>		<p>sostanza) dopo un anno; effetto anche dopo 1 anno; diminuzione significativa della gravità d'uso dopo 6 mesi e dopo 1 anno; maggior conservazione dei progressi. <u>CBT:</u> 44% presenta uso minimalizzato dopo un anno.</p>		<p>Lo studio non è stato adattato per più confronti statistici.</p>
<p>2009 Henderson et al. USA</p>	<p><i>Parenting Practices as Mediators of Treatment Effects in an Early-Intervention Trial of Multidimensional Family Therapy</i></p>	<p>Quantitativo – studio clinico</p>	<p>83 giovani; 11-15 anni, 73% uomini. <u>Criteria d'inclusione:</u> necessità di trattamento ambulatoriale per uso di sostanze; figura genitoriale che partecipi allo studio. <u>Criteria d'esclusione:</u> bisogno di trattamento ospedaliero, idee suicidali, sintomi psicotici, ritardo mentale.</p>	<p>Confrontare e valutare l'utilizzo di interventi specifici (MDFT e terapia di gruppo) durante l'adolescenza</p>	<p><u>Entrambe:</u> miglioramento della qualità relazionale. <u>MDFT:</u> migliora il controllo genitoriale maggiormente rispetto alla terapia di gruppo; meno giorni in cui hanno fatto uso di sostanze; aumento dell'astinenza da droghe e alcol nei 12 mesi dopo.</p>	<p>I cambiamenti con la MDFT avvengono attraverso il miglioramento delle pratiche genitoriali, migliorando il controllo parentale, maggiormente rispetto al trattamento di gruppo.</p>	<p>Focus limitato a qualità relazionale e controllo genitoriale, senza considerare altri fattori (per esempio i pari). Generalizzabile solo al campione. Uso di autovalutazioni per valutare l'uso di sostanze.</p>

<p>2010 Henderso n et al. USA</p>	<p><i>Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials.</i></p>	<p>Quantitativo - studio randomizzato controllato</p>	<p><u>Primo trial (confronto tra MDFT e CBT):</u> 224 giovani; 12-17.5 anni; 81% uomini. Criteri d'esclusione: necessità di trattamento ospedaliero o residenziale, rischio suicidale, assenza al primo appuntamento, allontanamento da casa. <u>Secondo trial (confronto tra MDFT e ESAU):</u> 154 giovani in strutture di detenzione; 13-17 anni. 82% uomini. Criteri d'inclusione: genitore che partecipi allo studio. Criteri d'esclusione: disturbo dello sviluppo mentale, psicosi, idee suicidali.</p>	<p>Esaminare l'eterogeneità delle risposte ai trattamenti, testando, in due trial randomizzati controllati, la MDFT a confronto con CBT ed ESAU.</p>	<p>In entrambi i trial, i 2 trattamenti mostrano degli effetti simili in caso di bassa gravità e frequenza di uso di sostanze. MDFT è stato più efficace rispetto alle altre terapie per gravità e frequenze più elevate di uso di sostanze e presenza di comorbidità psichiatriche.</p>	<p>Per i giovani con problemi più severi nell'uso di sostanze e più comorbidità psichiatriche, MDFT produce più <i>outcomes</i>.</p>	<p>Studi condotti prevalentemente e su un gruppo omogeneo. Uso di autovalutazioni primariamente per la valutazione dell'uso di sostanze. L'affidabilità dei conflitti familiari riferiti dai genitori non sempre è alta. I due studi sono stati svolti in tempi diversi e utilizzando interviste diagnostiche differenti. Negli studi non vi è un gruppo controllo senza trattamento.</p>
--	--	---	---	--	--	--	---

<p>2011 Hendriks, Van Der Schee & Blanken Paesi Bassi</p>	<p>Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands</p>	<p>Quantitativo – studio controllato randomizzato</p>	<p>109 giovani; 13-18 anni. 79.8% uomini. <u>Criteri d'inclusione:</u> uso di cannabis ≥ 26 giorni su 90; una figura parentale che partecipi allo studio. <u>Criteri d'esclusione:</u> psicosi, idee suicidali, ritardo mentale, bisogno di trattamento ospedaliero o sostitutivo con oppioidi, non comprensione della lingua.</p>	<p>Investigare se la MDFT è più efficace della CBT nel trattamento di adolescenti con una diagnosi di disturbo da uso di cannabis (DSM 4) nei Paesi Bassi.</p>	<p><u>Entrambi:</u> significativa riduzione di uso di cannabis e delinquenza dopo un anno; 10% dopo un anno è completamente astinente. <u>MDFT:</u> maggior adesione e mantenimento nel tempo; maggior beneficio in caso di problemi importanti di uso di sostanze.</p>	<p>Nei Paesi Bassi, MDFT e CBT sono ugualmente efficaci nella riduzione dell'uso di cannabis e dei comportamenti di delinquenza correlati.</p>	<p>Utilizzo di autovalutazioni. Pochi risultati dopo 3 e 6 mesi. Confronto tra terapie di diversa intensità e durata. Numero di giovani insufficiente secondo il calcolo della rilevanza. Mancanza di gruppo-controllo non trattato. Generalizzabile al campione. Paese permissivo.</p>
<p>2012 Hendriks et al. Paesi Bassi</p>	<p><i>Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: Treatment effect moderators in a randomized controlled trial</i></p>	<p>Quantitativo - studio controllato randomizzato</p>	<p>109 giovani; 13-18 anni. 79.8% uomini. <u>Criteri d'inclusione:</u> uso di cannabis ≥ 26 giorni su 90; una figura parentale che partecipi allo studio. <u>Criteri d'esclusione:</u> attualmente</p>	<p>Investigare quali caratteristiche e dei pazienti prima del trattamento predicono gli effetti dei trattamenti di MDFT e CBT.</p>	<p><u>Adolescenti di 17-19 anni:</u> maggior beneficio con CBT. <u>Adolescenti più giovani:</u> maggior beneficio con MDFT. <u>Adolescenti con disturbo di condotta e</u></p>	<p>Età, disturbi distruttivi e problemi internalizzanti sono moderatori degli effetti dei trattamenti nei giovani con uso di cannabis.</p>	<p>Utilizzo di autovalutazioni. Confronto tra terapie di diversa intensità e durata. Non vi è stato il confronto con un gruppo senza trattamento.</p>

			psicotici, idee suicidali, ritardo mentale, bisogno di trattamento ospedaliero o sostitutivo con oppioidi, insufficiente comprensione della lingua olandese.		<u>problemi internalizzanti:</u> migliori risultati con MDFT. <u>Adolescenti senza disturbo di condotta e problemi internalizzanti:</u> maggior beneficio con CBT.		
2012 Rigter et al. Bruxelles, Berlino, Parigi, Aia, Ginevra	Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings	Quantitativo – studio controllato randomizzato	450 giovani; 13-18 anni. 85% uomini. <u>Criteri d'inclusione:</u> disturbo da uso di cannabis, una figura genitoriale che partecipi allo studio. <u>Criteri d'esclusione:</u> disturbi mentali, psicosi, disturbi del comportamento alimentare, idee suicidali, necessità di trattamento sostitutivo, non conoscenza della lingua locale.	Valutare la possibile applicazione dell'MDFT in Europa, confrontandolo a con l'IP.	Risultati positivi sia per MDFT che per IP. <u>MDFT:</u> maggior <i>otcomes</i> positivi per il mantenimento del percorso terapeutico e la prevalenza delle dipendenze da THC; riduce maggiormente il numero di giorni di consumo di cannabis nel sottogruppo di adolescenti con una maggior frequenza d'uso della sostanza.	MDFT ha più miglioramenti rispetto all'IP nella diminuzione della dipendenza da cannabis. MDFT è applicabile nell'Europa dell'ovest in setting ambulatoriali e può mostrare un moderato maggior beneficio in caso di importante uso di sostanze.	Lo studio non include la valutazione dei comportamenti genitoriali. Il periodo di follow-up (12 mesi) è troppo breve. Non è stato fatto uno studio controllato con un gruppo di ragazzi senza trattamento.

<p>2012 Tossman et al. Berlino</p>	<p><i>Multidimensional e Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen</i></p>	<p>Quantitativo – trial controllato randomizzato</p>	<p>120 giovani; 13-18 anni. <u>Criteri d'inclusione:</u> dipendenza o abuso di cannabis; un genitore in grado di partecipare allo studio. <u>Criteri d'esclusione:</u> patologia psichiatrica acuta o grave; psicoterapia in corso, indicazioni per altro trattamento.</p>	<p>Determinare l'efficacia della MDFT su adolescenti con disturbo da uso di cannabis in Germania, a confronto con TAU (JUP in questo caso).</p>	<p><u>Entrambi i trattamenti:</u> importante riduzione dell'uso di cannabis, di problemi correlati all'uso e di problemi psicologici correlati dopo 12 mesi dal trattamento. <u>MDFT:</u> più efficace nella riduzione dell'uso di cannabis.</p>	<p>Il disturbo da uso di cannabis negli adolescenti, anche con comorbidità, in Germania può essere trattato efficacemente con MDFT, che in alcuni casi risulta essere anche più efficace di altri metodi terapeutici.</p>	<p>È stato necessario tradurre gli strumenti utilizzati dall'inglese al tedesco. Le ore spese per la TAU, sono inferiori rispetto a quelle per la MDFT. Non vi è un gruppo del campione senza trattamento.</p>
<p>2014 Schaub et al. Bruxelles, Berlino, Parigi, Aia, Ginevra</p>	<p><i>Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: Outcomes of the INCANT trial</i></p>	<p>Quantitativo – studio controllato randomizzato</p>	<p>450 giovani; 13-18 anni. <u>Criteri d'inclusione:</u> disturbo da uso di cannabis. <u>Criteri d'esclusione:</u> disturbi mentali o alimentari, psicosi, idee suicidali, trattamento sostitutivo, non padronanza della lingua.</p>	<p>Focalizzarsi sugli <i>outcomes</i> dell'MDFT dello studio di INCANT, rispetto all'IP.</p>	<p><u>Entrambi:</u> riduzione di sintomi internalizzanti; aumento della funzionalità familiare. <u>MDFT:</u> più efficace nella riduzione di sintomi esternalizzanti; maggior riduzione di conflitti famigliari.</p>	<p>Entrambi i trattamenti riducono sintomi esternalizzanti e internalizzanti e migliorano il funzionamento familiare. MDFT è un trattamento efficace specialmente se con sintomi esternalizzanti.</p>	<p>Non sono state incluse misurazioni del comportamento genitoriale.</p>

<p>2015 Dakof et al. USA</p>	<p><i>A Randomized Clinical Trial of Family Therapy in Juvenile Drug Court</i></p>	<p>Quantitativo – studio clinico randomizzato</p>	<p>112 giovani; 13-18 anni. 88% uomini <u>Criteri d'inclusione:</u> abuso o dipendenza da sostanze, volontariamente iscritti alla terapia di recupero. <u>Criteri d'esclusione:</u> pensieri suicidali, sintomi psicotici, disturbo dello sviluppo mentale, accusa di vendita di droga, armi, reati violenti, stupro.</p>	<p>Esaminare l'efficacia di due trattamenti differenti utilizzati come terapia di recupero in alternativa alla carcerazione (MDFT e AGT).</p>	<p><u>Durante la terapia:</u> in entrambi i casi vi è significativa riduzione di delinquenza, sintomi esternalizzanti, nuovi arresti e uso di sostanze. <u>24 mesi dopo la terapia:</u> MDFT ha un miglior mantenimento dei risultati per sintomi esternalizzanti, crimini gravi e arresti e miglior mantenimento del trattamento.</p>	<p>I risultati indicano che la MDFT migliora gli <i>outcomes</i> nei trattamenti di recupero giovanili, specialmente nella riduzione dei comportamenti criminali e degli arresti.</p>	<p>Non vi è un confronto con un gruppo senza trattamento. Lo studio si focalizza in una singola comunità. Campione quasi omogeneo. Il campione di studio è piccolo per questo tipo di studio. I terapeuti familiari e quelli di gruppo possono aver influenzato i risultati.</p>
---	--	---	---	---	--	---	--

8.2 Sintesi dei risultati

Svolgendo questa revisione di letteratura, sono state individuate principalmente 6 aree in cui si ottengono degli *outcomes*: uso di sostanze, sintomi internalizzanti e esternalizzanti, funzionalità familiare, performance scolastica, mantenimento del trattamento, conservazione dei progressi. Come ultimo “risultato” sono state anche aggiunte come capitolo le condizioni in cui vi siano conflitti familiari, comorbidità psichiatriche o una gravità più elevata di disturbo da uso di sostanze.

8.2.1 Uso di sostanze

Come citato in precedenza, la MDFT è una terapia nata appositamente per problematiche di utilizzo di sostanze in età adolescenziale. Sono ancora in corso studi e ricerche per provare l'effettiva efficacia di questo trattamento su quest'aspetto.

Tra gli articoli selezionati, diversi evidenziano una riduzione dell'uso di sostanze, già durante il trattamento (Dakof et al., 2015; Dennis et al., 2004; Henderson et al., 2009; Henderson et al., 2010; Hendriks et al., 2011; Hendriks et al., 2012; Liddle et al., 2001; Liddle et al., 2004; Liddle et al., 2008; Rigter et al., 2012; Tossmann et al., 2012). In alcuni casi, questa riduzione risulta anche essere più rapida o più efficace se viene utilizzata la MDFT rispetto ad altri trattamenti, come si può notare negli studi di Liddle et al. (2001; 2004; 2008), Henderson et al. (2009; 2010), Rigter et al. (2012), Tossmann et al. (2012). Lo studio di Hendriks, Van Der Schee e Blanken (2011), mostra inoltre come sia in caso di trattamento con MDFT che trattamento con CBT, il 10% dei giovani trattati dopo un anno dal trattamento diventa completamente astinente.

Lo studio di Dennis et al. (2004) e quello di Henderson et al. (2009), mostrano un aumento significativo dei giorni d'astinenza dopo il trattamento con MDFT. Nello studio di Liddle et al. (2008), viene evidenziato una maggior presenza di utilizzo minimalizzato delle sostanze (0 o 1 occasione di utilizzo della sostanza) a un anno dalla fine del trattamento, rispetto alla terapia cognitivo-comportamentale (CBT). Anche lo studio di Henderson et al. (2009), ha indicato una diminuzione dei giorni in cui viene utilizzata la/le sostanze nei 12 mesi successivi alla fine del trattamento.

Lo studio di Hogue et al. (2006) conclude però che non vi è una diminuzione dell'uso di sostanze né durante il trattamento né a un anno dal termine del trattamento.

8.2.2 Sintomi internalizzanti, sintomi esternalizzanti e comportamenti delinquenti

Può essere normale negli adolescenti, presentare sintomi/problemi internalizzanti (ansia, depressione, distress) e/o sintomi/problemi esternalizzanti (comportamenti distruttivi, aggressività), come esposto nei capitoli precedenti. Come già presentato, queste problematiche possono favorire o essere favorite dai disturbi da uso di sostanze. La terapia multidimensionale familiare, sembra agire anche su di essi, soprattutto sui sintomi esternalizzanti (Dakof et al., 2015; Hogue et al., 2006; Liddle et al., 2004; Schaub et al., 2014; Tossmann et al., 2012). Questo, come emerso dalle diverse ricerche citate, non avviene sempre per ogni trattamento o in egual modo come la MDFT.

In caso di comportamenti delinquenti, che possono essere correlati a sintomi internalizzanti ed esternalizzanti o ai disturbi da uso di sostanze, diversi studi ne mostrano una diminuzione (Hendriks, Van Der Schee & Blanken, 2011; Liddle et al., 2004). Lo studio di Liddle et al. (2004), evidenzia inoltre una diminuzione nella frequentazione di coetanei delinquenti.

Lo studio clinico randomizzato di Dakof et al. (2015), evidenzia inoltre una diminuzione maggiore di crimini e arresti rispetto all'AGT.

8.2.3 Funzionalità familiare

Quando si parla di *outcome* di funzionalità familiare, negli studi selezionati si intende: coesione familiare, conflittualità, competenze familiari, ecc.

Essendo questa una terapia familiare che agisce attivamente anche sulla famiglia, ha quindi secondo gli studi e i corrispettivi risultati, diversi *outcomes*.

Lo studio di Liddle et al. (2001), evidenzia come la famiglia, a un anno dal termine della terapia con MDFT, presenta dei comportamenti competenti nuovi riguardo il problema del giovane.

Le ricerche svolte da Liddle et al. nel 2004 e da Hogue et al. nel 2006, mostrano inoltre un aumento della coesione familiare a un anno dalla fine del trattamento, con il lavoro incentrato anche su quelle che sono le dinamiche familiari. Invece, Hogue et al. (2006) e Schaub et al. (2014) con le loro ricerche, hanno potuto far risaltare anche una diminuzione di quelli che sono i conflitti familiari riferiti dai genitori e dagli adolescenti, a 6 mesi dalla fine del trattamento. Schaub et al. (2014) notano questa riduzione in maniera più efficace con la MDFT rispetto alla IP.

Henderson et al. (2009), hanno mostrato con il loro studio un miglioramento di quella che è la qualità relazionale, soprattutto tra i membri della cerchia familiare. Inoltre, in questa ricerca si nota un maggior miglioramento del controllo genitoriale, inteso come la definizione di regole e il rispetto di esse e il controllo di ciò che il proprio figlio fa, rispetto alle terapie di gruppo.

8.2.4 Performance scolastica

Diversi studi presi in considerazione, mostrano anche un miglioramento della performance scolastica. Secondo lo studio di Liddle et al. svolto nel 2001, i giovani sotto questo trattamento presentano un maggior miglioramento dei risultati scolastici rispetto a MEI e AGT. Se si considera un ulteriore studio di Liddle et al. (2004), la *Multidimensional Family Therapy* ha un effetto positivo anche circa la diminuzione di comportamenti distruttivi scolastici, con efficacia maggiore rispetto alle terapie di gruppo.

8.2.5 Mantenimento del trattamento e conservazione dei progressi

Lo studio di Liddle et al. del 2001, mostra una maggior efficacia di quello che è l'adesione e il mantenimento del trattamento, quindi la diminuzione del rischio di *drop-out* (Dakof et al., 2015; Hendriks, Van Der Schee & Blanken, 2011; Rigter et al., 2012).

MDFT risulta inoltre essere una terapia con diversi effetti che si presentano nel lungo termine e che vengono mantenuti nel tempo (Dakof et al., 2015; Liddle et al., 2008). Per esempio, vi è una diminuzione dei sintomi internalizzanti ed esternalizzanti e una diminuzione dei conflitti familiari nei 6 mesi dopo il trattamento (Hogue et al., 2006). Un anno dopo il trattamento, si può osservare anche un aumento della coesione familiare (Hogue et al., 2006). Dopo un anno, secondo lo studio di Liddle et al. (2008), come citato precedentemente, il 64% dei giovani presentano un utilizzo minimalizzato di sostanze. Evidenziano anche una diminuzione significativo dell'uso di sostanze anche a sei mesi dopo il trattamento e a un anno dopo (Liddle et al., 2008).

8.2.6 Comorbidità psichiatriche o gravità più elevate di uso di sostanze

In alcuni studi tra quelli selezionati per questo lavoro di tesi Bachelor, sono emersi effetti diversi della terapia multidimensionale familiare su determinate caratteristiche: conflitti familiari, comorbidità psichiatriche, gravità elevate di uso di sostanze.

Infatti, nello studio randomizzato controllato di Henderson et al. (2010), MDFT risulta essere maggiormente efficace rispetto a CBT e ESAU in caso di giovani con gravità e

frequenze più elevate di uso di sostanze e in caso di comorbidità psichiatriche. Anche secondo lo studio di Hendriks, Van Der Schee e Blanken (2011) e quello di Rigter et al. (2012), il beneficio risulta essere maggiore rispetto alla CBT e IP in caso di problemi importanti di uso di sostanze o maggior frequenza d'uso.

9. Discussione della revisione

9.1 Discussione dei risultati

La *Multidimensional Family Therapy* è una terapia che primariamente punta alla riduzione dell'uso di sostanze negli adolescenti con un problema di uso di essi (Marotti, 2006). Gli studi selezionati e i rispettivi risultati, indicano degli *outcomes* in linea con gli obiettivi prefissati della MDFT. Si può notare come una terapia come questa sia davvero multidimensionale, andando a influenzare diversi aspetti della vita di un ragazzo, dalla famiglia, alla scuola, alle relazioni sociali, al proprio benessere. Si nota come non si ottiene mai solamente una tipologia di *outcome*, ma come un approccio del genere vada a influenzare diversi ambiti, quindi tutto ciò che circonda il giovane in queste situazioni.

Si può ipotizzare che il coinvolgimento diretto dei genitori e il lavoro su e con loro, vada ad agire positivamente sull'adolescente. Infatti, vi sono miglioramenti sia a livello di dipendenza e sintomi internalizzanti ed esternalizzanti, ma anche di coesione familiare. Probabilmente, lavorare anche sugli aspetti familiari, influenza i fattori che hanno portato e portano l'adolescente a utilizzare sostanze. Si colgono verosimilmente più aspetti che ruotano attorno a questo problema, forse più di quelli che il giovane riferisce.

Verosimilmente, il miglioramento del clima familiare e la diminuzione di utilizzo di sostanze e sintomi internalizzanti ed esternalizzanti, facilita anche quelle che sono le relazioni sociali, la performance scolastica, ecc.

Un'altra ipotesi che può nascere alla visione dei risultati dei diversi studi, può essere che i terapeuti, ricevendo una formazione specifica, abbiano una visione diversa della problematica e di ciò che può influenzare e che quindi abbiano un modo di approcciarsi differente rispetto ad altri.

Si nota dai risultati, come i diversi effetti della terapia siano mantenuti nel tempo. Si può ipotizzare che questo avvenga grazie al miglioramento relazionale familiare, l'acquisizione di competenze rispetto al problema sia di figlio che genitori e alla diminuzione di problemi internalizzanti ed esternalizzanti. Probabilmente, questi portano ad avere maggiormente delle condizioni favorevoli al continuo miglioramento.

I giovani risultano anche essere più inclini al mantenimento del trattamento, riducendo il rischio di *drop-out*. Verosimilmente questo avviene perché si creano dei presupposti adatti e probabilmente i ragazzi si sentono maggiormente a loro agio eseguendo questo tipo di terapia. Infatti, se si considerano le basi teoriche della MDFT e il processo terapeutico, un punto importante sembra essere la costruzione di una relazione terapeutica sicura e sull'aumento della fiducia in sé stessi sia del giovane che dei propri genitori.

Sembra che in questo modo si possa ottenere un effettivo cambiamento nell'adolescente, aumentando autostima, migliorando quelle che sono le relazioni sociali e familiari, dandogli spunti riflessivi e motivandolo al cambiamento.

9.2 Limiti degli studi

Gli studi utilizzati possiedono diversi limiti. Il principale sembrerebbe essere l'utilizzo di specifici criteri d'inclusione e/o esclusione. Infatti, questi rendono lo studio generalizzabile solamente al campione selezionato.

La maggior parte degli studi, inoltre, non comprende giovani con comorbidità psichiatriche. Questo è un ulteriore fattore che riduce la generalizzabilità dei risultati della revisione, anche se vi sono alcuni studi in cui vengono inclusi.

In diversi studi, alcuni risultati sono ottenuti attraverso delle autovalutazioni (come in diversi casi per l'utilizzo di sostanze, perché in alcune situazioni non era utilizzabile l'uso di esami specifici). Vi sono quindi dati soggettivi o il rischio di non veridicità dei dati.

Essendo la terapia presa in considerazione un trattamento fornito ovviamente da persone, che essendo tali sono tutte diverse, vi possono essere delle differenze a dipendenza del terapeuta che si occupa del giovane.

Altro limite, presente in ogni studio selezionato, è la mancanza di un gruppo-controllo non trattato. Gli autori sembrano esserne consapevoli, ma non è possibile eseguire uno studio con un gruppo-controllo del genere. Questo perché non risulta essere corretto eticamente. Infatti, come ben si sa, un approccio precoce previene diverse problematiche e non trattare volontariamente un adolescente con disturbi da uso di sostanze, comporterebbe al portarlo a diverse problematiche associate senza agire quando si potrebbe.

Per quel che riguarda i limiti di questa revisione di letteratura, se ne possono identificare diversi. Come primo limite, ho dovuto escludere articoli in lingue per me non comprensibili (come l'olandese), perché non tradotte in nessuna lingua di mia conoscenza. Questo potrebbe avermi precluso la possibilità di includere articoli magari significativi per la mia revisione di letteratura.

Sono stata limitata nell'inclusione di articoli anche per la possibilità di ottenimento di studi. Ho potuto chiedere alla biblioteca scolastica la disponibilità di articoli a me irraggiungibili attraverso le banche dati a disposizione. Purtroppo, questi articoli erano davvero numerosi e non sempre ottenibili. Vi è quindi ulteriormente il rischio di non aver potuto includere studi fondamentali alla mia ricerca.

Tra tutti gli studi selezionati, non vi è nemmeno un articolo in italiano. Questo sta a significare che ho dovuto tradurre ogni articolo e nonostante la mia discreta conoscenza di inglese, tedesco e francese, vi è il rischio di non comprensione completa di alcune parti.

9.3 Rilevanza clinica

Visti i limiti descritti nel capitolo precedente e la difficoltà di generalizzabilità, è raccomandabile una continuazione della ricerca futura, in modo da poter generalizzare queste ricerche per un campione più ampio di persone.

Nonostante ciò, questi risultati potrebbero avere comunque una validità pratica nella nostra professione. Infatti, nonostante la difficoltà di generalizzare i risultati, non si può affermare che questi non vi siano. Dei miglioramenti sono presenti in tutti i giovani sottoposti alla terapia nei diversi studi, se non nella diminuzione dell'uso di sostanze, in altri ambiti.

Avendo questo studio uno scopo di "spunto di riflessione", penso che, nonostante si parli di una terapia di competenza medica, la riflessione possa nascere in qualsiasi professionista critico.

9.4 Raccomandazioni per la ricerca futura

La ricerca per la MDFT è uno studio ancora in corso. A livello svizzero, questo sta avvenendo alla fondazione Phenix di Ginevra, un servizio ambulatoriale che si occupa del trattamento di persone soggette a varie dipendenze (Fondation Phenix, n.d.). Vi sono stati diversi studi negli Stati Uniti, ma quel che bisogna fare è provarne la funzionalità anche con una popolazione europea (come sta avvenendo attraverso lo studio INCANT). Sarebbe interessante vedere l'applicazione di questa terapia non solo in ambito ambulatoriale, ma anche in altri, come le strutture di degenza apposite, le comunità, ecc. Una terapia del genere può avere senso anche in questi ambienti?

Inoltre, visto che si tratta di una terapia specifica per adolescenti, un'altra possibilità di applicazione potrebbero essere ambienti diversi da quello dell'uso di sostanze. Infatti, a mio vedere, potrebbe essere utile un approccio del genere anche per altre problematiche che affliggono gli adolescenti della nostra società.

Sarebbe inoltre molto utile, a mio vedere, correlare le teorie di questa terapia alla professione infermieristica. Un adattamento delle basi della MDFT per la creazione di una teoria pratica infermieristica potrebbe essere l'inizio dell'applicazione di una terapia multidimensionale del genere anche alla nostra professione, con forse dei risultati ugualmente promettenti.

10. Correlazione alla professione infermieristica

Per un adolescente di età inferiore ai 18 anni, qualsiasi decisione, che sia medica, psicologica, comportamentale, viene concordata dai genitori, anche quando è la famiglia che pregiudica l'equilibrio psicologico del giovane (Nicotra & D'Ambrosio, 2010).

Come esplicitato da Nicotra e D'Ambrosio (2010), è fondamentale nella pratica professionale riconnettere i percorsi della storia individuale e dei gruppi e le relazioni mancanti. Rimettere insieme i pezzi della vita dell'adolescente, capire il percorso insieme anche alle persone più vicine a lui, può aiutare nell'identificare al meglio il senso del disagio, personale e relazionale, e individuare le risorse del giovane e del suo contesto di vita (Nicotra & D'Ambrosio, 2010).

Risulta quindi fondamentale anche per l'infermiere agire in quest'ottica, cercando di capire meglio cosa componga la vita del giovane di cui ci si occupa, considerando maggiormente la famiglia. Potrebbe essere utile quindi considerare anche le relazioni familiari nella costruzione del progetto terapeutico, in maniera interdisciplinare.

Si riuscirà in questo modo a ottenere più informazioni circa l'adolescente e il suo problema. Più informazioni, significa ottenere maggiori dati utili nell'inquadramento della situazione per cercare di comprendere al meglio cosa è meglio fare nelle circostanze attuali. Si potrà quindi comprendere al meglio i bisogni del ragazzo e ciò che sta succedendo alla sua cerchia familiare. In questo modo si può offrire un'assistenza sempre più completa e adatta ai nostri pazienti, in modo da poterli aiutare il più possibile nel loro percorso verso il benessere.

Ciascuno degli operatori coinvolti nella cura, si troverà ad affrontare svariati aspetti problematici dell'adolescente e questo può risultare difficoltoso e frustrante (Nicotra & D'Ambrosio, 2010). Perciò, in qualsiasi percorso terapeutico intrapreso, è necessario muoversi in un'ottica di gruppo, per mantenere un senso di coerenza e coesione (Nicotra & D'Ambrosio, 2010).

11. Conclusioni

11.1 Conclusioni della revisione della letteratura

Questa revisione della letteratura risulta riassumere diversi *outcomes* di studi, indicando una sua utilità per quel che riguarda la diminuzione dell'uso di sostanze, dei sintomi internalizzanti, esternalizzanti e dei comportamenti delinquenti e l'aumento della funzionalità familiare e della performance scolastica. Risulta inoltre essere una terapia con un buon mantenimento del trattamento e dei progressi. È però una terapia su cui sono necessari ulteriori studi, magari in contesti differenti, come quello che qui per noi è l'OSC o le comunità di trattamento.

Rispondere quindi alla domanda di ricerca, "l'utilizzo di un approccio familiare come la Terapia Multidimensionale Familiare, ha un impatto sul proseguimento del progetto terapeutico, la sua riuscita, il funzionamento familiare e l'area sociale?", risulta essere semplice. Infatti, con i risultati ottenuti si può affermare che questo è possibile. Bisogna però considerare i limiti degli studi e della ricerca e l'attuale non generalizzabilità dei risultati. Sarà per questo necessario attendere ulteriori studi e ricerche rispetto a questo trattamento, per poter ottenere delle conclusioni più sicure su di esso.

Risulta quindi poter essere utile comprendere e tenere in considerazione le diverse basi teoriche della MDFT nel nostro operato. Dicendo così, vuol dire che è necessario considerare l'abuso di sostanze come un fenomeno multidimensionale, causato da fattori sia intrapersonali che interpersonali e dalle relazioni tra essi. Bisogna anche pensare che la manifestazione di problematiche del genere può nascondere questioni interiori più importanti su cui si deve agire.

Si può anche affermare che per ottenere un cambiamento duraturo, è necessario agire su più livelli e in più fasi, partendo dalla costruzione di una relazione terapeutica di fiducia sia con il giovane che con la sua famiglia.

Bisogna ovviamente fare attenzione anche al proprio comportamento, in modo da non avere un atteggiamento giudicante verso nessuna delle persone coinvolte. Essendo anche noi persone, esseri umani, questo potrà essere difficile, ma l'intenzione è già un buon inizio.

Non ero personalmente a conoscenza della MDFT prima dello svolgimento di questo lavoro e devo ammettere che mi ha colpita in positivo, nonostante sia ancora in fase di studio. Penso possa essere utile l'applicazione delle teorie da cui è composta o almeno la presa in considerazione nel nostro agire quotidiano, in modo da permettere una cura di sempre maggior qualità.

11.2 Conclusioni personali

Se eticamente bisogna fare il bene del paziente, e non si prende in considerazione ogni aspetto di esso che può influire sulla sua salute (inclusa la famiglia), secondo me noi non siamo eticamente corretti.

Questo lavoro di Bachelor mi ha confermato aspetti per cui io voglio essere un'infermiera. Oltre agli atti tecnici c'è tanto che possiamo fare a livello umano. Penso che davvero l'essere un sostegno per paziente e familiare sia l'aspetto fondamentale di tutto ciò che siamo. Probabilmente sono influenzata da situazioni personali, anche situazioni di cura dove il familiare sono stata o sono io e in cui non ho avuto un sostegno esterno perché

non sono la paziente. È importante però capire che il *caregiver* influenza direttamente la persona.

Questo lavoro mi ha fatto inoltre acquisire le conoscenze sul processo metodologico con cui uno studio dev'essere svolto. Ho capito la difficoltà e la rigorosità necessarie e che non è affatto semplice ottenere una revisione in ordine come si dovrebbe.

Ho capito anche la grande difficoltà di focalizzarsi su un determinato argomento per un periodo così lungo. Infatti, spesso mi sono posta la domanda “ma chi me l'ha fatto fare?”, ma devo dire che adesso, al termine, mi sento orgogliosa di ciò che ho ottenuto.

Sono contenta di essere arrivata a questo punto, ho imparato diverse cose di me, come la necessità di un ordine, il bisogno di tranquillità e silenzio. Bisogni che non ho mai riscontrato in me, abituata a lavorare in qualsiasi ambiente.

Ho anche capito un'altra cosa di me: posso farcela. Posso riuscire a concludere un lavoro come si deve se mi ci metto d'impegno, posso ottenere quel che voglio nel limite del possibile.

Vorrei concludere questa revisione di letteratura con una frase che spesso mi ricordo, una citazione di John Norley: “Tutte le cose sono difficili prima di diventare facili”.

12. Ringraziamenti

Al termine di questo mio lavoro, vorrei ringraziare diverse persone. Ringrazio Lara Pellizzari-Bernasconi, la mia direttrice di tesi che mi ha seguita in tutto questo percorso, supportandomi e sostenendomi.

Ringrazio i miei genitori, Hajrullah e Mervete, mio fratello Dren e le mie sorelle Dafina e Rina per essere sempre stati al mio fianco, per avermi incoraggiata, creduto sempre in me e anche per avermi sopportata nei momenti di crisi, per i 3 anni e non solo. Loro sono la mia roccia, le persone di cui posso sempre contare.

Ringrazio Jessica, una mia grande amica, per essermi sempre stata vicina in ogni situazione.

Infine, ringrazio le fantastiche persone conosciute in questi 3 anni di formazione, Sara, Annia, Sascha, Gino, Marco, Mafalda, che mi hanno accompagnata in questo importante percorso, rendendo speciale ogni momento.

Non sarebbe stata la stessa cosa senza loro, non sarei arrivata dove sono ora, quindi un grazie di tutto cuore a tutti.

13. Fonti

13.1 Articoli

Bonnaire, C., Bastard, N., Couteron, J.-P., Har, A., & Phan, O. (2014). La thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT): quelles influences, quelles spécificités?. *L'Encéphale* 40(5), 408-415. doi: 10.1016/j.encep.2013.04.018.

Dakof, G., Henderson, C., Rowe, C. Boustani, M., Greenbaum, P., Wang, W., Hawes, S., Linares, C., & Liddle, H. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of Family Psychology*, 29(2), 232-241. doi: 10.1037/fam0000053.

Englund, M., & Siebenbruner, J. (2012). Developmental pathways linking externalizing symptoms, internalizing symptoms, and academic competence to adolescent substance use. *Journal of Adolescence*, 35(2012), 1123-1140. doi: 10.1016/j.adolescence.2012.03.004.

Henderson, C., Dakof, G., Greenbaum, P., & Liddle, H. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 885-897. doi: 10.1037/a0020620.

Henderson, C., Rowe, C., Dakof, G., Hawes, S., & Liddle, H. (2009). Parenting Practices as Mediators of Treatment Effects in an Early-Intervention Trial of Multidimensional Family Therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(4), 220-226. doi: 10.1080/009529909030005890.

Hendriks, V., Van der Schee, E., & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119, 64-71. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.05.021.

Hendriks, V., Van der Schee, E., & Blanken, P. (2012). Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: Treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 119-126. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.03.023.

Hendriks, V., Van der Schee, E., & Blanken, P. (2013). Multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in adolescents with a cannabis use disorder: a randomised controlled study. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55(10), 747-759.

Hogue, A., Dauber, S., Samoulis, J., & Liddle, H. (2006). Treatment Techniques and Outcomes in Multidimensional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. *Journal of family psychology*, 20(4), 535-543. doi: 10.1037/0893-3200.20.4.535.

Liddle, H., & Dakof, G. (2002). A randomized Controlled Trial of Intensive Outpatient, Family-Based Therapy vs. Residential Drug Treatment for Co-Morbid Adolescent Substance Abusers. *Drug and alcohol dependence*, 66.

Liddle, H., Dakof, G., Parker, K., Diamond, G., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), 651-688.

Liddle, H., Dakof, G., Turner, R., Henderson, C., & Greenbaum, P. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, *103*, 1660-1670. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x.

Liddle, H., Rowe, C., Dakof, G., Henderson, C., & Greenbaum, P. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(1), 12-25. doi: 10.1037/a0014160.

Liddle, H., Rowe, C., Dakof, G., Ungaro, R., & Henderson, C. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, *36*(1), 49-63. doi: 10.1080/02791072.2004.10399723.

Rigter, H., Henderson, C., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M., & Rowe, C. (2012). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, *130*, 85-93. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013.

Saiani, L. & Brugnolli, A. (2010). Come scrivere una revisione della letteratura. *Area Formazione Professioni Sanitarie, Facoltà di medicina e chirurgia, Università degli Studi di Verona*.

Schaub, M., Henderson, C., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C., & Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, *14*(26). doi: 10.1186/1471-244X-14-26.

Tossmann, P., Jonas, B., Rigter, H., & Gantner, A. (2012) Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen. *SUCHT*, *58*(3).

13.2 Bibliografia

Amato, L., & Pani, P. P. (cur.). (2013). *Tossicodipendenze: una guida alle basi razionali del trattamento*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Andreoli, V. (2008). *La testa piena di droga*. Milano: BUR Saggi.

Bertolazzi, A. (2006). Una prospettiva internazionale sulle "droghe": modelli superati, questioni emergenti. In Cipolla, C. (cur.). *Salute e società: Il consumo di sostanze psicoattive oggi* (pp. 49-51). Milano: FrancoAngeli.

Carrol, K.M., Ball, S.A. & Martino, S. (2006). Terapia cognitiva, comportamentale e motivazionale. In Galanter, M. & Kleber, H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze* (pp. 351-361), (2. ed.). Milano: Masson.

Castelli, C., & Sbattella, F. (cur.). (2008). *Psicologia del ciclo di vita*, (2. ed.). Milano: FrancoAngeli.

- Chiari, P., Mosci, D., Naldi, E., & Centro Studi EBN. (2006). *L'infermieristica basata su prove di efficacia: guida operativa per l'Evidence Based Nursing*. Milano: McGraw-Hill.
- Cipolla, C. (cur.). (2007). *Salute e società: Il consumo di sostanze psicoattive oggi*. Milano: FrancoAngeli.
- Frances, R. J., Mack, A. H., Borg, L. & Franklin, J. E. (2006). Psicodinamica. In Galanter, M. & Kleber, H. D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze* (pp. 325-338), (2. ed.). Milano: Masson.
- Francesconi, M., & Zanetti, M. A. (cur.). (2009). *Adolescenti: cultura del rischio ed etica dei limiti*. Milano: FrancoAngeli.
- Galanter, M. (2006). Terapia di rete. In Galanter, M. & Kleber, H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze* (pp. 339-349), (2. ed.). Milano: Masson.
- Galanter, M. & Kleber, H. D. (2006). *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze* (2. ed.). Milano: Masson.
- Hedges, C., & Williams, B. (2014). *Anatomy of Research for Nurses*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Kaufman, E., & Brook, D.W. (2006). Terapia familiare. In Galanter, M. & Kleber, H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze* (pp. 397-410), (2. ed.). Milano: Masson.
- Khantzian, E.J., Golden-Schulman, S.J. & McAuliffe, W.E. (2006). Terapia di gruppo. In Galanter, M. & Kleber, H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze* (pp.375-386), (2. ed.). Milano: Masson.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2006). *Canadian Essentials of Nursing Research*, (2. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Marotti, A. (2006). La terapia multidimensionale della famiglia. In Delegazione territoriale italiana di ITACA (cur.), *Le città e le politiche sulle droghe, ITACA* (pp. 97-105). Roma: ITACA.
- Mercer, D., Woody, G.E., Luborsky, L. (2006). Psicoterapia individuale. In Galanter, M. & Kleber, H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze* (pp. 363-374), (2. ed.). Milano: Masson.
- Miermont, J. (2005). Les prises en charge familiale dans les addictions. In Reynaud, M., *Addictions et psychiatrie* (pp. 268-291). Parigi: Masson.
- Nicotra, M. G., & D'Ambrosio, G. M. (cur.). (2010). *Il lavoro clinico con gli adolescenti: prevenzione, cura, conflitti e trasformazioni nelle istituzioni e nei contesti di vita*. Milano: FrancoAngeli.
- Reynaud, M. (2005). *Addictions et psychiatrie*. Parigi: Masson.
- Weiss, R.D., Sharpe Potter, J. (2006). Trattamento ospedaliero. In Galanter, M. & Kleber, H.D. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze* (pp. 423-433), (2. ed.). Milano: Masson.

13.3 Enti

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze. (2015). *Relazione europea sulla droga: tendenze e sviluppi*. Disponibile da <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2015>

Monitoraggio svizzero delle dipendenze. (2013). *Monitoring suisse des addictions: consommation de drogues illégales en Suisse en 2012*. Disponibile da http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_ni3ru8bhgp2.pdf

13.4 Sitografia

Fondation Phenix. (n.d.). Traitement ambulatoire des addictions. Disponibile da <http://www.phenix.ch/>

Fondation Phenix. (n.d.). Centre Phénix Mail. Disponibile da <http://www.phenix.ch/centre-phenix-mail/>

INCANT. (n.d.). General Information on the INCANT Main Study. Disponibile da <http://www.incant.eu/index.php?id=1,0,0,1,0,0>

Substance. (n.d.). In Oxford English Dictionary. Disponibile da <http://www.oed.com.proxy2.biblio.supsi.ch/view/Entry/193042?redirectedFrom=substance#eid>

Allegati

A. Acronimi

ACRA: Adolescent Community Reinforcement Approach

ADHD: Sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività

AGT: terapia di gruppo per adolescenti.

APA: American Psychiatric Association

CBT: terapia cognitiva comportamentale

CSAT: Center for Substance Abuse Treatment

DSM-5: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali

EMCDDA: Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze.

ESAU: Enhanced Services As Usual

INCANT: International Cannabis Need of Treatment Project

IP: Psicoterapia Individuale

JUP: psicoterapia giovanile con CBT e tecniche motivazionali

MDFT: Multidimensional Family Therapy

MEI: Intervento Educativo Multifamiliare

MET/CBT5: Motivational Enhancement Therapy plus Cognitive Behavioral Therapy

NIDA: National Institute of Drug Abuse

OSC: Organizzazione Socio-psichiatrica Cantonale

PICO: Popolazione – Intervento – Confronto – Outcome

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

TAU: Treatment As Usual

Lavoro di tesi approvato in data: