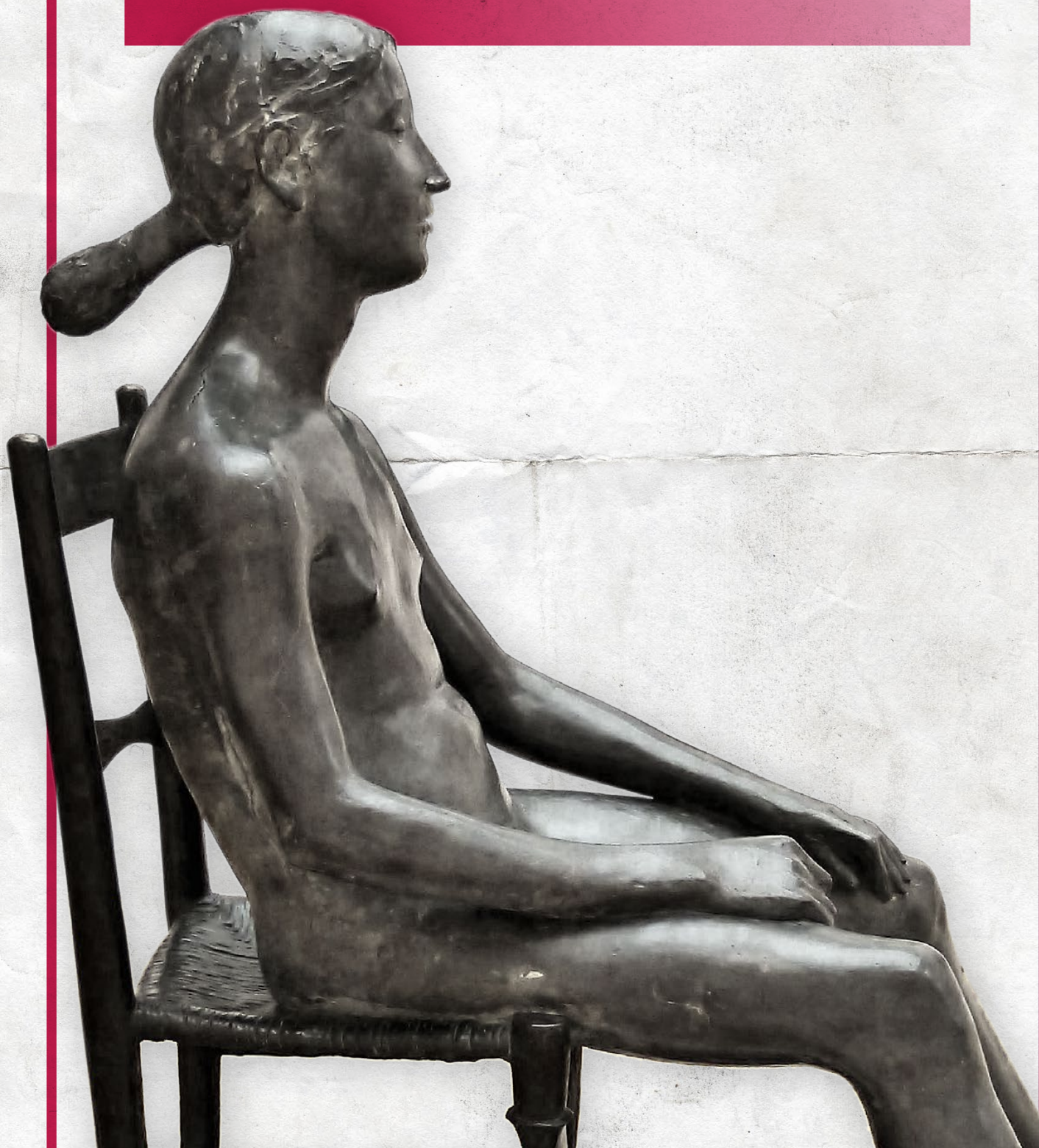




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXXVI • n. 1 • gennaio – giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Responsabile Comunicazione Digitale:
Federico Grasso (Lodi)

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

- 4** La difesa del diritto alla cura per i soggetti affetti da patologia psichiatrica di Cerveri G.
- 9** Proposta di programma per la Salute Mentale in Regione Lombardia Documento Congiunto CPPL-SIPLO-SIP
- 11** "Uscire dal convento" per andare verso una psichiatria postnormale di Toscano M.
- 14** Chi pensa alla salute mentale oggi? di Vender S.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 21** La sperimentazione del Budget di salute dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano di Ferrario S., Grecchi A., Alaia M., Bordonaro V., Caccia A., Pisciotto G., Raguso V., Miragoli P.
- 26** Gli Interventi Assiſiti con gli Animali nei contesti psichiatrici di Guarisco C., Paganini M.A., Suter R.
- 34** "Piacere di conoscerti" Progetto pilota di Intervento Assiſito dall'Animale in contesto grupale dedicato agli utenti dei CPS afferenti al Progetto Giovani di Luchetta G.A., Collodello S., Carnevali S., Durbano F.
- 43** Emergenza Chemsex Mpdv, sessualità e rischio psicopatologico di Pinamonti H., Clerici M.
- 61** Percorsi intensivi territoriali di riabilitazione psicosociale con la metodologia del Budget di Salute: il Piano Urbano 2022-2024 di Polizzi M., Massarotto F., D'Avanzo B., Perillo A., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 68** Dai "percorsi di cura integrati per i minori autistici e le loro famiglie" alla visione inclusiva e continuativa dell'autismo del progetto "per.V.In.C.A" di Resi C., Quintini T., Contini R., Chiominto I., Cerveri G.

PSICHIATRIA FORENSE

- 74** L'attualità: ragione e sentimento in materia di esecuzione penale dei pazienti autori di reato. di Amatulli A.
- 81** Prospettive e limiti della gestione del paziente forense tra "territorio" e "giustizia" di Provenzi M., Lagazzi M., Di Forti C.L., Affaticati L., Carrara G., Crespi G., Viganò D., Clerici M.
- 86** La detenzione domiciliare a persona affetta da gravi problematiche psichiatriche di Mantovani R. e Mantovani L.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 88** CONTRIBUTO AITERP – ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)
The world forgetting, by the world forgot
Un passo indietro...tre in avanti.
Una riflessione riabilitativa sulla condizione di Abelardo ed Eloisa di Fossati E.M., Racioppi L., Scagliarini V.
- 92** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
IPronto soccorso psichiatrico ad accesso diretto in psichiatria: evoluzione o involuzione? Uno studio qualitativo di De Paola T., Romano F., Elsa V.

ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 104** La vita del mondo che verrà di Giannelli A.
- 110** Sindrome della rassegnazione: uno sguardo alla complessità di Pantalone A.
- 115** Rosalba Terranova Cecchini
Una vita per la psichiatria e la transcultura di Aliverti M.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Emergenza Chemsex

MPDV, sessualità e rischio psicopatologico

Henry Pinamonti* e Massimo Clerici°

Recenti fatti di cronaca in tema di tossicodipendenza — l'ultimo dei quali risalente a gennaio 2023 — riportano decessi del tutto inaspettati: nell'ultimo caso, la morte di un uomo in seguito ad un lungo festino sessuale a base di MDPV — un giovane gay di 27 anni — fa emergere (almeno dall'intervista all'ex compagno nell'ambito di una relazione breve della durata di pochi mesi) come il giovane desiderasse smettere (senza riuscirci) e mostrasse un rapido calo di peso perlopiù riconducibile alla costante privazione di cibo indotta dal continuo uso della sostanza. Nell'articolo, la condizione di dipendenza viene adottata ad una sostanza, appunto l'MDPV, il cui nome gergale è "droga degli zombie". Se la prima ipotesi clinica può essere quella di un suicidio mascherato, è però necessario considerare, come elemento centrale di questo episodio e di eventi simili, soprattutto la potenza di aggancio e di induzione della dipendenza ad opera di questa sostanza. Ovviamente non è nota la situazione psicologica e psicopatologica della vittima: se esistesse, ad esempio, una condizione precedente di disturbo mentale o di comorbilità derivante dall'abuso attuale, ma nell'intervista all'ex compagno traspare come il giovane deceduto vivesse da un po' in evidente stato di "disagio".

Chi lavora nel settore delle dipendenze patologiche ha sviluppato, ormai da anni, un modello di spiegazione dei fenomeni che mette in relazione la dipendenza da sostanze (o comportamentale) al disturbo mentale e che comprende, nella stragrande maggioranza dei casi, il tentativo di autocura come strettamente legato ai comportamenti di *addiction*; d'altra parte, è necessario non sottovalutare neppure il contemporaneo disagio psicologico indotto dalla pervasività stessa della condizione di dipendenza.

Rimane sempre aperto alle riflessioni, quindi, il complesso tema delle interazioni tra disagio psichico vissuto nella propria irripetibile soggettività e la specificità — più o meno tossicomaniaca — della sostanza (in questo caso il MDPV).

In sintesi, sarà diverso l'esito sull'equilibrio psicofisico se per fare fronte, ad esempio, alla tipica angoscia di separazione con vissuti di solitudine ed abbandono una persona usa cocaina piuttosto che MDPV in ambito sessuale (solo per citare due sostanze dall'effetto stimolante spesso usate in questo contesto)? Nei soggetti che utilizzano MDPV, indipendentemente dal profilo di personalità e dalla psicopatologia, si assiste ad uno sviluppo molto rapido di una forte e pervasiva dipendenza con danni, altrettanto veloci, all'omeostasi psico-fisica: inoltre, nella maggioranza dei consumatori — sempre a seguito di un uso significativo di MDPV — vengono riferite alterazioni delle funzioni percettiva e ideativa a carattere persecutorio anche in assenza di struttura psicotica mentre si assiste in poco tempo, sul piano organico, ad un preoccupante dimagrimento derivante dall'importante inibizione dello stimolo della fame. La potenza e la pericolosità del MDPV rendono quindi questa sostanza, in primo luogo, fortemente "agganciante" sul breve periodo e decisamente destabilizzante in relazione all'equilibrio psicofisico dell'utilizzatore e, secondariamente, un induttore di psicosi transitorie in soggetti non psicotici che vanno ben oltre la durata di emivita¹ del farmaco stesso. Al confronto, l'uso di cocaina o di altri stimolanti in ambito sessuale non produce gli stessi effetti e gli stessi danni sull'equilibrio psicofisico complessivo del soggetto.

CHE COSA È IL MDPV?

La sostanza psicotropa metilendioossipirovalerone — denominata con la sigla MDPV — è un catinone sintetico: i

1. L'emivita del MDPV è di 3-4 ore

catinoni sono una classe di sostanze (cui fa parte anche il più popolare mefedrone – methylmethcathinon) utilizzate in ambito chemsex, ovvero in concomitanza ad un evento sessuale che può essere individuale, di coppia o di gruppo, come si vedrà meglio in seguito. I catinoni sintetici sono analoghi strutturali di un alcaloide di origine naturale presente nelle foglie della pianta *Catha Edulis* (Khat) e sono strettamente legati alla famiglia delle fenetilamine, cui appartiene il MDMA. Gli effetti stimolanti sono noti da secoli e la pratica della masticazione delle foglie di Khat è ancora oggi popolare nei paesi dell'Africa orientale e della penisola arabica. Alla famiglia dei catinoni appartengono anche alcuni farmaci commercializzati quali il pirovalerone, studiato come agente antifatica negli anni sessanta; sebbene sia un farmaco approvato negli USA, è raramente prescritto. Il bupropione è un analogo del catinone che fu inizialmente proposto come antidepressivo negli anni settanta e successivamente approvato per uso clinico come farmaco per smettere di fumare nel 1997. Il MDPV o il mefedrone, generalmente reperiti nel dark web, sono anche abilmente commercializzati sui siti web come "sali da bagno" o "fertilizzanti" e presentati come prodotti non adatti al consumo umano per aggirare i divieti legali.

Il Sistema di Allarme Precoce sulle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) ha segnalato un aumento esponenziale ed allarmante della diffusione di catinoni sintetici². Il motivo risiede nella facile reperibilità sul web e nel fatto che vengono prodotti in laboratori casalinghi — detti *kitchen laboratories* — soprattutto in Scandinavia e in Inghilterra da dove vengono esportati facilmente e con costi bassi: anche per questo motivo si è assistito ad

un notevole aumento del consumo di queste sostanze durante il periodo della pandemia³. L'analisi di 1166 siringhe utilizzate, raccolte dalla rete ESCAPE in sette città europee nel 2020, ha rilevato catinoni sintetici in oltre la metà di tutte le siringhe analizzate a Budapest e Parigi⁴. Tra gli studenti, peraltro, l'indagine ESPAD del 2019⁵ ha stimato come il consumo di NSP variasse dallo 0,9% al 6,6% mentre il consumo di catinoni sintetici era compreso tra lo 0,2% e il 2,5%.

Per quanto riguarda la popolazione gay, è noto che questa sia tre volte maggiormente predisposta all'uso di sostanze e, nello specifico, che l'incidenza del chemsex vari dal 3% al 29%⁶. Non sono disponibili, attualmente, dati sull'incidenza del MDPV in ambito chemsex in Italia, anche se pazienti seguiti a Milano presso il CAD hanno riferito come, verso la fine del 2022, «questa sostanza sia dilagata nel nostro paese negli ultimi due anni ed ora sia reperibile ovunque, anche nelle località più piccole e periferiche». A partire dal 2012 si è assistito ad una marcata diffusione, nella popolazione gay, del chemsex: durante la pandemia la diffusione è aumentata, in particolare con MDPV, per la maggiore facilità di approvvigionamento di questa sostanza al posto della cocaina. Lo confermano le anamnesi tossicologiche raccolte dai pazienti seguiti presso il CAD di Milano perché la maggior parte di costoro risulta aver fatto, in ambito chemsex, un passaggio dalla cocaina (spesso basata) al MDPV proprio all'inizio della pandemia. Il cambio di sostanza è stato favorito non solo dagli aspetti legati al cambiamento dell'offerta illegale ma anche dalle ripercussioni psicologiche della pandemia su una popolazione fragile come quella dei tossicodipendenti. Molti di loro, senza lavoro e parti-

2. Istituto Superiore Sanità, 2022.

3. Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, 2021 (dati 2020).

4. EMCDDA, 2022.

5. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, 2019.

6. Dato riferito da Nimbi, 2020.

colarmente isolati socialmente a causa del lockdown o del telelavoro, sembrano aver reagito alla situazione con un incremento delle valenze narcisistiche già presenti in queste persone, tanto più se sovra-esposte ad angosce di separazione e solitudine correlate. L'osservazione clinica evidenzia, infatti, come in molti di questi casi il MDPV sia stato impiegato in chiave autocurativa proprio per contrastare tali angosce ma, in realtà, spesso rafforzandole paradossalmente attraverso un isolamento sociale causato da "chiusure difensive" in attività masturbatorie potenziate. I dati epidemiologici sono praticamente inesistenti ma quelli derivanti dall'osservazione clinica fanno emergere come l'uso di MDPV sembri attualmente un fenomeno perlopiù italiano e maggiormente diffuso nelle grandi città come Milano e Roma. Anche se non vi sono conferme al riguardo si può ipotizzare che vi siano anche in territorio italiano *kitchen laboratories* che lo producono; l'ipotesi sarebbe avvalorata dagli arresti di consumatori di queste sostanze che vengono inviati al CAD per terapia, dalle testimonianze di persone legate al mondo dello spaccio in ambito milanese e dalle numerose dichiarazioni dei consumatori stessi⁷; inoltre, diverse associazioni gay — allarmate per la diffusione di questa sostanza — si stanno mobilitando per diffondere una corretta informazione, in particolare sui rischi legati all'uso di MDPV⁸. Nel resto dell'Europa chi si dedica al chemsex utilizza mefedrone come catinone sintetico, una sostanza apparentemente meno pericolosa perché meno potente e tendenzialmente non in grado di indurre così rapidamente disturbi psicotici.

EFFETTI DEL MDPV

Questa sostanza, chiamata in gergo "PV" o "super coke" perché inibisce la ricaptazione della noradrenalina e

della dopamina provocando effetti stimolanti simili alla cocaina ma molto più potenti, è capace di indurre ingenti modifiche delle funzioni percettive. A livello fisico, invece, il consumo di MDPV provoca un aumento della frequenza cardiaca, della pressione sanguigna e importanti episodi di tachicardia. Il consumo di dosi elevate non aumenta le sensopercezioni alterate ma solo gli effetti collaterali, anche gravi. A livello psichico aumenta la lucidità e sopprime la stanchezza così come il bisogno di mangiare e di dormire. Il consumo regolare di dosi elevate provoca psicosi transitorie ma anche persistenti, facilitate dalla mancanza di sonno⁹. Presso il CAD sono state osservate reazioni drammatiche di persone che avevano assunto compulsivamente MDPV nell'arco di 3-4 giorni, con assenza di sonno, quasi senza nutrirsi e con perdite di peso fino a 20-25 kg nel giro di poco tempo, legate all'uso continuativo. L'osservazione delle reazioni psicotiche indotte mette in evidenza come queste siano prevalentemente di tipo paranoide, di lunga durata (fino a 10 giorni) e con attacchi di panico associati; si sono osservati anche esordi di scompenso psicotico in persone vulnerabili probabilmente predisposte o con tratti di personalità pre-morbosa. Alla riduzione degli effetti (discesa), il desiderio di consumarne ancora è molto intenso per l'elevato craving. Gli effetti del consumo di MDPV a lungo termine non sono ancora stati studiati in modo approfondito e le informazioni attualmente disponibili, essendo il fenomeno recente, sono purtroppo limitate. Meritano un approfondimento clinico e studi specifici, oggi non ancora esistenti, le particolari manifestazioni psicotiche che sono state osservate: allo SMI-CAD, ad esempio, una situazione clinica in cui una persona con dipendenza grave da cocaina basata ha slatentizzato una forma psicotica paranoide dopo una sola assunzione di

7. Dati SMI-CAD, 2022.

8. È recente l'iniziativa di incontri mensili a Milano aperti alla cittadinanza sui rischi dell'uso di MDPV, promossa da Checkpoint, Servizio di screening per le malattie sessualmente trasmesse.

9. Ripreso dal sito svizzero: www.danno.ch.

MDPV. Dall'anamnesi psicopatologica sono emersi nuclei psicotici pre-esistenti in personalità con tratti narcisistici, borderline e schizotipici. Nelle altre situazioni cliniche osservate, dove non vi è una struttura psicotica di personalità, è interessante osservare come — a distanza di giorni — i pazienti descrivano in modo lucido le percezioni irrazionali vissute mantenendo un grado variabile di criticità verso di esse. Emerge in costoro un range che va dall'atteggiamento più distaccato — dove l'ideazione psicotica è trattata come un corpo estraneo — a vissuti in cui, pur riconoscendone la natura indotta, vi è una parziale adesione a contenuti come, ad esempio, quelli di essere spiato e controllato da qualcuno, a volte nemici, a volte familiari diventati ostili. Durante il consumo prolungato, fino all'intossicazione, tutti i soggetti osservati riferiscono piena adesione e identificazione con le percezioni psicotiche con conseguenti comportamenti decisamente pericolosi per sé e per gli altri.

IL CONTESTO DEL CHEMSEX LEGATO ALL'USO DI MDPV

Questa sostanza sembra essere utilizzata quasi esclusivamente in ambito chemsex¹⁰, cioè all'interno di un'attività sessuale, con finalità di potenziamento, prolungamento ed intensificazione dell'esperienza sessuale secondo uno specifico pattern. L'uso di sostanze, abbinato alla sessualità per facilitarla o amplificarla, non è nuovo nella popolazione generale e spesso i consumatori di qualsiasi orientamento sessuale utilizzano, di volta in volta, cocaina, altri stimolanti amfetamino-simili, cannabis, alcool o nitrito di amile¹¹ a questo scopo. Ciò che risulta nuovo invece, e definisce il chemsex come fenomeno drammaticamente

emergente, sembra legato a tre fattori caratteristici: (1) la diffusione nettamente prevalente tra la popolazione gay; (2) l'utilizzo di specifiche sostanze, tra cui il MDPV; (3) la modalità di consumo.

1. Il chemsex è un fenomeno quasi esclusivo della popolazione gay maschile¹² (o MSM, uomini che fanno sesso con altri uomini). Il motivo sembra collegato a questi aspetti:

1.1. L'importanza data alla sessualità come veicolo di identità per la popolazione gay; in nome della sessualità non omologata sono nati, infatti, movimenti per l'emancipazione e le lotte contro lo stigma. Tuttavia, stigma e discriminazioni esistono ancora a livello sociale, sia pure con minore diffusione ed intensità e, talvolta, anche tra professionisti della salute. Molti gay mantengono una parte del Sé, spesso poco consapevolmente, in cui la propria sessualità è vissuta come sporca e disdicevole, soprattutto se sono attive componenti o fantasie cosiddette "perverse" verso le quali prevale un atteggiamento interiore non accettante¹³. Il rapporto tra sessualità, componenti perverse ed accettazione delle stesse condiziona fortemente i vissuti che una persona può manifestare al riguardo, mentre è ben noto che l'uso di sostanze in ambito sessuale esprime spesso la ricerca di una forma di liberazione da pregiudizi internalizzati che causano disagio e sofferenza. D'altra parte, il consumo di sostanze stupefacenti è significativamente maggiore all'interno della popolazione gay, in parte per lo stesso motivo legato allo stigma verso la ses-

10. "chemsex" è un termine coniato nel 2001 dal ricercatore David Stuart, vedi il sito davidstuart.org.

11. Nitrito di amile detto anche "Popper".

12. Vi possono essere situazioni di uomini eterosessuali che fanno chemsex con MDPV, MDMA o cocaina ma difficilmente questo tipo di impiego sembra essere in condizioni di "dipendenza", come documentato dal CAD.

13. Il tema della cosiddetta perversione in ambito sessuale meriterebbe un'ampia trattazione che va oltre gli scopi di questo scritto. Si veda a proposito F. Morgenthaler, 1976; Masud Khan M, 1979; Stoller, 1991.

sualità. Quando lo stigma è stato appreso nel corso dello sviluppo psico-emotivo, a contatto con l'ambiente familiare e sociale, diviene una parte del sentimento di sé e si può parlare di "omofobia interiorizzata"¹⁴.

1.2. Lo stigma riguarda anche il secondo fattore in gioco, quello rivolto verso le persone sieropositive. Fa riflettere un dato significativo, osservato nelle situazioni di chemsex, cioè che molti dei frequentatori sono sieropositivi. Dalla ricostruzione anamnestica emerge spesso come un approdo al chemsex sia successivo e non precedente all'infezione, come più facilmente si potrebbe supporre. Una situazione di disagio psichico emerge dunque quando una persona si trova a convivere con la diagnosi di sieropositività e ciò malgrado l'introduzione, ormai consolidata nel tempo, di farmaci che permettono una vita normale e che hanno praticamente cancellato il rischio di mortalità. L'aspetto paradossale è che una certa quota di gay cerchi attivamente l'infezione da HIV per dare una specie di concretezza ad angosce che, in questo modo, diventano tangibili e circoscritte al problema per poi dover fare i conti, anche in questo caso, con l'interiorizzazione di uno stigma che riguarda le malattie a trasmissione sessuale.

1.3. Il terzo aspetto riguarda la diffusione delle applicazioni di incontri per uomini gay, prima tra tutte Grindr. Il fenomeno riguarda, in generale, questo tipo di applicazioni ma l'ampio utilizzo e la diffusione di Grindr, in particolare, fa sì che la maggior parte delle persone che vogliono trovare uno o più partner per chemsex utilizzino principalmente questa. L'esistenza di Grindr ha quindi facilitato l'ampia diffusione tra i gay del chemsex, malgrado i gestori abbiano fatto

tentativi (poco fruttuosi) per limitare questo fenomeno durante l'utilizzo.

2. Il secondo fattore del pattern riguarda l'utilizzo di specifiche sostanze. Oltre ai catinoni sintetici, MDPV o mefedrone, la pratica del chemsex prevede l'utilizzo di metamfetamina (N-metilalfametilfenilettilammina), detta anche Crystal, e GHB (gamma-idrossibutirrato) o il suo precursore GBL (gammabutirrolattone) detti G. A questa associazione caratteristica di sostanze si aggiunge — nel menù — quasi sempre la cocaina basata, la sostanza che veniva maggiormente utilizzata in ambito sessuale prima dell'avvento di queste nuove sostanze psicoattive. Poiché le sostanze eccitanti sono tali sul sistema nervoso centrale (SNC) ma hanno un effetto inibente sull'erezione, di norma in ambito chemsex vengono utilizzati in aggiunta anche farmaci come sildenafil e tadalafil che permettono il funzionamento erettile. Mix di dosaggi elevati di questi ultimi farmaci con metamfetamina, GHB o cocaina possono essere molto pericolosi e l'associazione con nitrito di amile (Popper) può essere fatale. Generalmente tra la popolazione non clinica dei gay la frequenza del chemsex è di circa una volta al mese o anche meno; la popolazione clinica che arriva al CAD riferisce di chiedere aiuto per un uso regolare almeno settimanale di cocaina basata e MDPV in ambito chemsex. Le sessioni di chemsex con l'uso di MDPV e altre sostanze possono durare fino a 4-5 giorni consecutivi con gravi conseguenze, come già detto, sul versante psicofisico. Gli effetti specifici di tali sessioni sulle sensopercezioni ed il comportamento del soggetto sono l'estrema amplificazione ed intensificazione delle sensazioni tattili e di piacere sessuale, l'abbassamento della soglia del dolore (collegato a pratiche sadomaso), l'inibizione dell'erezione e la disinibizione sessuale con messa

14. Weinberg ha coniato questo termine nel 1969.

in atto di fantasie proibite o normalmente inaccessibili, l'inibizione di sonno e fame, l'ottundimento della consapevolezza con assunzione di rischi legati ad overdose e malattie sessualmente trasmesse, la perdita del senso del tempo e, almeno parzialmente, del senso della realtà. A seguire, come già rimarcato, vi è quasi sempre una comparsa di sintomi di tipo psicotico paranoideo o allucinatorio che possono durare anche una settimana dopo la sessione od essere persistenti e regredire solo dopo somministrazione di neurolettici a basso dosaggio¹⁵.

3. Il terzo fattore caratteristico del pattern chemsex riguarda la modalità di consumo che avviene nella maggior parte dei casi in contesti privati tra gay con un partner o, più frequentemente, in un contesto di sesso di gruppo. In questo caso il chemsex avviene all'interno di uno specifico rituale¹⁶ ma alcuni utenti riferiscono un ritiro verso l'uso solitario per la difficoltà di gestire le sindromi paranoidee, proprie e degli altri, durante le sessioni di gruppo con MDPV. Spesso la preparazione delle sessioni si avvale dell'applicazione Grindr per il reclutamento dei partecipanti, ciascuno dei quali deve mettere una quota (colletta) per l'acquisto degli stupefacenti; durante la sessione vi è una stanza dedicata al sesso dove non possono mancare proiezioni di video porno e musica mentre un'altra stanza separata è dedicata alla presentazione e consumo delle varie sostanze.

CONSIDERAZIONI CLINICHE RELATIVE AL CHEMSEX, ALLA DIPENDENZA PATOLOGICA E ALL'ULTRAPOTENZA SESSUALE¹⁷

Il chemsex, come finora descritto, solleva varie questioni: pone il clinico e l'equipe curante, siano essi della salute mentale o delle dipendenze, di fronte a comportamenti non sempre noti e a dilemmi diagnostici relativi alle produzioni psicotiche e implica la comprensione del rapporto tra la sessualità di chi ne fa uso e l'impiego di queste sostanze. Chi si dedica regolarmente al chemsex non manifesta solo una dipendenza dalle sostanze ma presenta anche una problematica sessuale che sfocia spesso in una co-dipendenza da sesso¹⁸ e droghe o da cybersex e droghe. L'osservazione clinica e l'anamnesi dei pazienti valutati presso il CAD che praticano chemsex hanno mostrato come, nella maggior parte dei casi, la problematica relativa alla sessualità preceda l'incontro con il chemsex; inoltre, i problemi di natura sessuale non sono mai scollegati da altri problemi e conflitti di natura affettiva e relazionale. Molto spesso dall'anamnesi emerge un sovrainvestimento della dimensione sensoriale della sessualità attraverso comportamenti compulsivi che prefigurano anche una dipendenza comportamentale (da sesso), il cui correlato psichico è uno stato sessuato della mente decisamente generalizzato. In questa situazione la sessualità è consumata come se gli altri partner fossero oggetti di consumo, oppure è agita su internet attraverso specifiche applicazioni per sesso virtuale e video porno.

15. Un paziente è riuscito a tacitare una voce interna costantemente presente, anche a grande distanza dall'ultima dose di MDPV che aveva prodotto la percezione di telecamere che lo spiavano in casa, solo dopo assunzione a basso dosaggio di aripiprazolo.

16. Interessante, a questo proposito, la lettura di "Ragazzi chimici – confessioni di chemsex" a cura di Infante e Mauri, (2020).

17. Neologismo derivato pensando alla dimensione compensatoria dell'ipersessualità spesso osservata nella popolazione gay e la cui origine sembra derivare da una forma di difesa verso sentimenti di inadeguatezza del sé. Con questo neologismo si vuole significare una dimensione ulteriormente esasperata della sessualità amplificata da sostanze come MDPV, mefedrone o metamfetamina.

18. La dipendenza sessuale, benché sia un concetto largamente usato in psicopatologia, è in realtà controverso dal punto di vista diagnostico (come il concetto di "ipersessualità"). Nelle ultime versioni del DSM, fino al 5-TR (2022) è stata rifiutata la sua introduzione perché non vi sarebbero sufficienti dati empirici a sostegno di questo costrutto. In questo scritto si utilizza il concetto di "dipendenza sessuale" quando l'agire sessuale è sintomatico ed ha una caratteristica compulsiva; nel caso del chemsex la dipendenza sessuale è sostenuta ed amplificata dalla dipendenza da sostanze e relativa compulsività indotta.

Nella popolazione clinica osservata emerge, come dato costante, la fragilità narcisistica comune a tutte le forme di dipendenza patologica: questa porta a vissuti di inadeguatezza, inferiorità, insicurezza correlati a profondo sentimento di vergogna di sé; tali vissuti sono spesso rinforzati dalla componente omofobica interiorizzata, già evidenziata in precedenza, che amplifica ulteriormente il sentimento di vergogna. Le osservazioni cliniche fatte su persone gravemente compromesse per la dipendenza da chemsex confermano il dato che alla base delle più importanti fragilità narcisistiche, correlate con ogni forma di dipendenza patologica, vi sia una relazione con traumi infantili ed evolutivi di natura interpersonale ad opera di una o più figure affettive di riferimento¹⁹. Spesso questi traumi evolutivi²⁰ sfociano in una qualche forma di disturbo della personalità. Nei casi osservati presso il CAD vi è una predominanza di disturbo narcisistico di tipo covert²¹, o situazioni di tipo francamente depressivo come esito di un crollo narcisistico in cui precedentemente vi era un franco disturbo narcisistico di personalità, rilevabile nella ricostruzione anamnestica. L'incontro di queste fragilità narcisistiche con una sostanza come il MDPV — che esalta al massimo livello la sensazione ed il piacere sessuale — lo prolunga a dismisura e permette l'accesso ad un vissuto compensatorio di onnipotenza, proietta l'utilizzatore in una dimensione di ultrapotenza sessuale che annulla l'imbarazzo, la vergogna ed il profondo dolore incistato e collegato al trauma evolutivo, creando

così un legame immediato e fortemente agganciante tra l'effetto della droga e la fragilità narcisistica. Si instaura molto rapidamente, allora, la dipendenza da chemsex. La risultante di questa forma di dipendenza esaspera quelle fragilità narcisistiche che il soggetto vorrebbe invece contenere perché esalta al massimo la sensorialità mentre fa sprofondare la struttura personologica in una dimensione in cui è presente solo il principio di piacere a scapito del principio di realtà²². In questo complesso scenario psichico e comportamentale di piacere mortifero a farne le spese è la dimensione relazionale ed affettiva. I consumatori di chemsex, già portatori di problematiche relazionali e dell'attaccamento²³ che provocano difficoltà nel legame con l'altro e vissuti di solitudine e abbandono, di origine traumatica, finiscono per essere ancora più isolati socialmente ed affettivamente, a scapito del numero, a volte impressionante, di persone con cui scambiano rapporti sessuali. Chi fa chemsex è spesso alla ricerca di un sollievo verso l'angoscia acuta di separazione, i vissuti di mancanza affettiva collegati a disistima e i sentimenti di profonda noia esistenziale e sperimenta, in un primo momento, come la droga funzioni molto bene a tal fine perché favorisce apparentemente il legame con l'altro e "riempie" il soggetto con l'eccitazione massima. Successivamente, però, i vissuti spiacevoli si ripresentano inevitabilmente: a questo punto sono notevolmente amplificati ed affiorano sotto forma di profonda angoscia esistenziale e senso di abbandono che portano anche ad

19. Vedi Mucci, 2018.

20. I traumi, grossolanamente, possono distinguersi in tre livelli. Il primo è associato alla carenza/mancanza di sintonizzazione affettiva tra la madre ed il bambino; Il secondo deriva dalla violenza esplicita, fisica, verbale o sessuale; il terzo è legato alle conseguenze delle catastrofi naturali. Il trauma può essere singolo, come nel caso delle catastrofi o della morte improvvisa di un genitore, o evolutivo se l'ambiente di crescita è fortemente sfavorevole al bambino (Schore, 2001; Mucci, 2018).

21. Il disturbo narcisistico di tipo covert descritto da Wink (1991) non è presente nel Sistema diagnostico DSM e si può confondere, per alcuni tratti comuni, con il disturbo evitante di personalità.

22. S. Freud, 1911; 1920

23. I ricercatori e teorici dell'attaccamento hanno messo in evidenza l'origine traumatica delle forme di attaccamento insicuro e disorganizzato, particolarmente correlato con popolazioni cliniche caratterizzate da dipendenza patologica (vedi Albasi, 2006; ma anche Kohut, 1977; Kernberg, 1987).

un accentuato sentimento di perdita del senso della vita. L'aspetto positivo sembra essere, per fortuna, che in questa angosciante situazione psichica la dipendenza inizia a diventare egodistonica agevolando, con ciò, la possibilità per il soggetto di formulare una domanda di aiuto.

LA DOMANDA DI AIUTO

L'associazione tra nuove sostanze stupefacenti, come il MDPV, e sessualità interessa in modo specifico — come detto — la fascia di popolazione gay. Fino a poco tempo fa questa popolazione era, in genere, scarsamente presente nei Servizi per le Dipendenze (SerT e SMI), anche se il consumo di sostanze tra i gay risulta significativamente maggiore rispetto al resto della popolazione omogenea per età e fascia sociale. Le ragioni di ciò sono una diffidenza di ordine culturale nel rivolgersi ai Servizi dedicati alle sostanze per timore dello stigma. Purtroppo, questo timore è spesso fondato e va a confermare l'omofobia interiorizzata per la percezione di un ambiente poco accogliente e tollerante. Esistono correnti ideologiche, oggi bandite in Italia ed Europa (ma non in tutte le nazioni del mondo), che teorizzano e mettono in pratica la conversione dell'orientamento sessuale ai danni del paziente: inoltre, in molte nazioni anche europee (Italia compresa), la popolazione LGBTQ+ non gode degli stessi diritti di fronte al matrimonio ed ai figli²⁴. Nimbi afferma che i Servizi per le dipendenze «non sembrano essere in grado di affrontare questa emergenza [il chemsex] a causa della mancanza di conoscenze, di strategie efficaci di intervento e di atteggiamenti negativi nei confronti della popolazione LGBTQ+»²⁵. Attualmente questa tendenza, specialmente in Italia e nelle grandi città, sta cambiando ed è quindi necessario dare una risposta qualificata ad una domanda di aiuto complessa, come

quella portata da chi è affetto da dipendenza da chemsex e vorrebbe rivolgersi ai Servizi per la gravità della stessa.

L'APPROCCIO CLINICO ED I PROBLEMI CORRELATI

L'approccio clinico a persone con dipendenza da chemsex con MDPV (o altre sostanze) non può prescindere da un approccio multidisciplinare integrato che solo un ambulatorio altamente specializzato nelle dipendenze patologiche può offrire²⁶, in un contesto di rete con i servizi ambulatoriali ed ospedalieri psichiatrici. È infatti necessario trattare tutti gli aspetti correlati a questa forma di co-dipendenza: non solo quelli psicologici e sessuologici, ma anche medico-tossicologici ed internistici, psichiatrici, sociali ed educativi. Il lavoro psicoterapico e psicologico-sessuale si inserisce dunque in un contesto allargato senza il quale gli obiettivi dati possono diventare una sfida pericolosa per il singolo curante ed il paziente. L'inizio della presa in cura prevede, secondo questa impostazione multifocale, una valutazione diagnostica multidisciplinare per determinare la gravità della situazione tossicologica, definire una diagnosi psicopatologica che non trascuri risorse e qualità delle relazioni affettive del paziente, ne valuti gli aspetti internistici correlati all'uso e quelli eminentemente psicopatologici. La condivisione ragionata dell'esito della valutazione, nonché degli obiettivi di cura con il paziente, sono l'occasione per favorirne l'aggancio al trattamento e sostenerne la motivazione. Uno degli aspetti salienti legati a questa fase è la condivisione dell'obiettivo, primario e specifico, riguardante la dipendenza. Poiché il trattamento riguarda una co-dipendenza da sostanze e da sesso è necessario definire con chiarezza, insieme al paziente, tali obiettivi e quali siano effettivamente percorribili.

24. Questo nell'ambito dei paesi democratici; è noto, purtroppo, come nei paesi autoritari vi siano tuttora in corso esecuzioni da pena di morte rivolte anche a adolescenti e giovani omosessuali.

25. Nimbi, 2020.

26. Pinamonti, 2004

Puntare fin da subito all'astensione "completa" rischia di essere un obiettivo irrealistico e destinato perlopiù al fallimento. L'esperienza clinica insegna come nelle situazioni di dipendenza semplice, non complicate da altre sostanze o da disturbo di personalità grave, purché con alta motivazione al trattamento ed ottimale frattura interiore²⁷, sia plausibile definire un obiettivo di piena astensione, raggiungibile nel corso della presa in carico.

Nelle situazioni di chemsex il clinico si trova di fronte ad una dipendenza da sostanze che si appoggia alla pulsione sessuale e questo rende molto più difficilmente gestibile il craving perché l'eliminazione dello stesso va a toccare il principale trigger endogeno²⁸ che è costituito dal desiderio sessuale. È quindi buona norma definire con prudenza gli obiettivi iniziali costruendo un'alleanza terapeutica basata sul contenimento dell'uso piuttosto che sull'astensione "completa": ciò perché appare prevedibile un decorso con un discreto numero di ricadute. Per quanto riguarda la componente di dipendenza sessuale, generalmente è meglio accettato un obiettivo riguardante la possibilità di aprirsi, senza tabù e vergogna, sulle questioni più intime al fine di raggiungere una gestione più sana della sessualità che non escluda la relazionalità. È tuttavia necessario procedere in modo gerarchico e consequenziale rispetto al focus degli interventi messi in atto ed è bene che il focus prevalente sull'aspetto sessuale sia trattato successivamente a quello, ben più urgente, della dipendenza da sostanze, con i suoi correlati psicopatologici e gli effetti autodistruttivi, ovvero dopo una sufficiente stabilizzazione del quadro clinico primario. Le persone con problema di chemsex (che arrivano in un Servizio per le dipendenze come il CAD) esprimono sempre una domanda di aiuto centrata sulla dipendenza dalla sostanza, diventata egodistonica, e non sono generalmente consapevoli della loro dipendenza

sessuale; questo lavoro è perciò funzionale al rispetto dell'organizzazione psichica del paziente, ulteriormente fragilizzata dalla dipendenza chimica: focalizzarsi sulle tematiche e la dipendenza sessuale successivamente al raggiungimento di un sufficiente contenimento di quella chimica diventa allora prioritario. Solo a terapia avanzata, e se il paziente è disponibile e ne ha le risorse, il focus verterà sul tema delle relazioni affettive. È un aspetto molto importante quando si tratta di problemi correlati alla dipendenza comportamentale, che assume ulteriore pregnanza nel contesto di chemsex perché si assiste ad un sovrainvestimento patologico della dimensione sensoriale (permessa dall'effetto del MDPV), mentre si aggrava la chiusura legata alle massicce difese relazionali verso il legame affettivo. L'altro viene infatti ridotto a puro oggetto di consumo in una dimensione di complicità, mentre il rapporto con il proprio corpo ne risulta alterato. Il corpo non assolve più alla funzione comunicativa di essere veicolo delle emozioni ma viene utilizzato per ottenere il massimo soddisfacimento a livello del piacere, un piacere che definiremmo "primitivo"; si può dire che il corpo del soggetto, durante il chemsex, viene sfruttato al massimo e, quindi, brutalizzato allo scopo di ottenere l'estremo godimento (si ricordino, a tal proposito, i danni legati all'inibizione della fame durante le sessioni che durano anche giorni ed il forte rischio di trasmissione di malattie sessualmente trasmesse). Si rinforza così nel soggetto la scissione tra corpo e mente, espressione di frequenti traumi evolutivi e, molto spesso, alla base dello sviluppo delle forme gravi di dipendenza; ne deriva che uno degli obiettivi finali legati al percorso terapeutico sia proprio quello di ricomporre questa scissione e permettere che il corpo ritorni ad essere abitato dalle inevitabili emozioni (gioia/dolore) legate alla vita ed alle relazioni affettive. È evidente che un obiettivo così complesso non può essere

27. Si definisce frattura interiore il vissuto del soggetto di non essere più in sintonia con l'uso di sostanze (Di Clemente e Prochaska, 1981).

28. Si definisce trigger lo stimolo condizionato che fa sorgere il craving o desiderio per la sostanza; può essere esterno e situazionale o interno e riguardare uno stimolo biologico come la fame o il sesso o un conflitto come l'incapacità a gestire le emozioni.

formulato al paziente all'inizio del trattamento e che la sua raggiungibilità debba essere valutata attentamente in relazione alle risorse psicologiche esistenti. È però utile che il razionale che supporta il lavoro dello psicoterapeuta siano i tre focus sequenziali: la dipendenza da sostanze, la dipendenza sessuale e la dipendenza o contro-dipendenza affettiva. È importante, infine, sottolineare come nella relazione terapeutica tale enunciazione non sia sufficiente proprio per la sensibilità del soggetto sofferente: tale sensibilità nel captare un eventuale imbarazzo o pregiudizio di fronte a certi temi, come quelli delicati di natura sessuale (soprattutto se si è in presenza di contenuti non convenzionali²⁹), deve essere maneggiata con cura ed è necessario che il paziente possa percepire *effettivamente* che chi si trova di fronte a lui sia degno di fiducia per poter consentire una relazione terapeutica all'insegna di una reale apertura ed alleanza terapeutica³⁰.

Un aspetto fondamentale della fase iniziale della presa in carico multidisciplinare è il "contenimento" psicofarmacologico degli elementi psicotici correlati e lo sviluppo/potenziamento nel paziente di un atteggiamento critico verso di essi. L'assunzione di neurolettici, eventualmente associati a trattamento breve con benzodiazepine (per il potenziamento della lisi dell'ansia o il sonno disturbato) e a stabilizzatori dell'umore, rimane l'intervento prioritario. L'utilizzo di antidepressivi deve invece essere valutato attentamente per l'effetto di attivazione in grado di favorire il craving o, in alcuni casi, il peggioramento dei sintomi psicotici o, addirittura, lo scompenso psicotico in senso stretto³¹. In relazione agli stati psicotici indotti, l'approccio psicoterapeutico risulta fondamentale per sostenere le valenze di auto-esame della situazione, da parte del paziente, e rinforzare la motivazione alla cura. Si è visto

che la maggior parte dei pazienti che usano MDPV mantiene un atteggiamento critico verso di essi, conservando dunque un sostanziale esame di realtà. È fondamentale, allora, rinforzare e potenziare la consapevolezza inibendo, il più possibile, quelle senso-percezioni di natura psicotica che si attivano come esito dell'assunzione di MDPV. Il parlare apertamente di produzioni psicotiche collegate all'assunzione, durante il lavoro psicologico, permette di preservare la "parte sana" della personalità e contenere il rischio di una progressiva identificazione con le produzioni deliranti paranoidee; oltre a ciò, rinforza la compliance ed il contenimento dell'uso autodistruttivo poiché enfatizza l'effetto dannoso percepito a livello psichico.

Per quanto riguarda una possibile evoluzione di questo modello di intervento, i casi di chemsex seguiti presso il CAD di Milano mostrano una prevalenza di situazioni gravi nella fase diagnostica ed iniziale della presa in carico mentre, a distanza di soli 6 mesi, si vede l'inizio di una significativa evoluzione nei termini di un contenimento della frequenza degli episodi di chemsex; oltre a ciò sembra emergere anche una percezione maggiormente critica degli agiti sessuali che puntualmente rimandano ad interrogativi soggettivi relativi alla gestione dei bisogni affettivi. Non è questa la sede per trattare in modo approfondito l'evoluzione del trattamento, anche perché l'osservazione clinica attuale di pazienti che fanno chemsex con MDPV è in fase ancora iniziale: tuttavia si può affermare, a distanza di 1 anno dall'incremento di domande di aiuto presso il Servizio, che in diversi casi trattati avviene una valida attivazione delle risorse individuali e, quindi, un contenimento degli agiti con discreto ripristino della stabilità psichica e di quella relazionale, più rapidamente che in altre forme di dipendenza da sostanze.

29. A volte anche in assenza di pregiudizio da parte dello psicoterapeuta, il fattore genere ed orientamento sessuale può fungere da facilitatore o, viceversa, da inibitore della libera espressione di alcune fantasie o comportamenti sessuali.

30. Sull'importanza della figura dello psicoterapeuta nella relazione di cura si veda Mitchell, 1993; Bruni, 2022.

31. Come accaduto al paziente del primo esempio clinico sotto riportato — ricoverato in psichiatria — a cui è stato sospeso l'antidepressivo nella fase acuta dello scompenso psicotico perché questo non si interrompeva.

In termini diagnostici e (forse) prognostici sarebbe interessante differenziare le persone che chiedono aiuto per chemsex in due sottogruppi: quelli dipendenti principalmente da sostanze potenti (MDPV, metamfetamina o cocaina basata), da coloro che le hanno solo assaggiate e poi abbandonate, perché ne hanno percepito la pericolosità ed il forte potere destabilizzante. Sembra importante approfondire questo aspetto con la finalità di verificare l'ipotesi — derivata dall'osservazione clinica di alcuni pazienti — che il potere fortemente seducente ed agganciante delle sostanze più potenti possa essere correlato ad un aspetto maggiormente autodistruttivo della personalità correlato ad un danno nella capacità di prendersi cura di sé, forse scarsamente interiorizzata nella relazione con la figura materna³².

CONCLUSIONI

In sintesi, con queste riflessioni abbiamo voluto portare a conoscenza della comunità degli psichiatri, degli psicoterapeuti e degli operatori della salute mentale un fenomeno che sta crescendo giorno dopo giorno e che, nella descrizione presentata, mette in evidenza almeno due aspetti. Il primo riguarda il progressivo scivolamento del mercato delle sostanze verso le NPS e la trasformazione progressiva che da questa ne deriva: ciò deve indurre, nei nostri Servizi, una radicale e rapida trasformazione oggi richiesta perché da troppo tempo ormai “congelati” nella gestione più tradizionale dei disturbi correlati a sostanze e nella perpetuazione di un circolo — seppur virtuoso — di trattamenti che sono stati pensati negli anni ottanta e novanta. La cosiddetta “doppia diagnosi” si è particolarmente evoluta in questi anni e richiede un'attenzione particolare alla dimensione di quella “terza malattia” che si sviluppa repentinamente superando i limiti intrinseci nella lettura degli effetti diretti ma limitati delle sostanze e delle loro ricadute “ordinarie” sulla psicopatologia individuale. Sempre più questa “terza malattia” è invece

l'effetto di una profonda disorganizzazione nosografica e clinica che colpisce chi se ne occupa, ne periferizza le conoscenze passate in tempi rapidissimi e rischia di mettere in grave difficoltà il sistema di trattamento “tradizionale”. Chi si occupa di questi problemi oggi, sia sul versante della Psichiatria in senso stretto che dei Servizi per le Tossicodipendenze, deve acquisire una specificità di secondo/terzo livello che sappia leggere fenomeni in costante e rapida evoluzione e, nello stesso tempo, ne misuri il cambiamento per potersi ad esso adattare. Questo cambiamento si riflette infatti su tutti gli ambiti del nostro intervento e maschera, spesso, la sua tipizzazione “da manuale” con aspetti nuovi, dirompenti e forieri di gravissime conseguenze sull'utenza. Abbiamo imparato molto dal trentennio caratteristico della storia delle dipendenze (dagli anni settanta al duemila) ... molta acqua è passata sotto i ponti delle nuove sostanze e delle dipendenze comportamentali, ma tale percorso non ha trovato ancora sbocchi definiti.

Il secondo elemento che abbiamo voluto sottolineare in questo contributo — dedicato al chemsex — è la stretta associazione che qui, più che altrove, vediamo con aspetti rilevanti della vita relazionale e della patologia dell'impulsività. Avremo tempo per capirli meglio ... ci servono strumenti di comprensione che gli attuali manuali diagnostici non ci offrono ancora ma, soprattutto, necessitiamo di una piattaforma culturale e clinica comune che possa rimettere insieme — in un puzzle unitario — quelle parti che la nozione di “doppia diagnosi” ha prima unificato e poi, di nuovo, scomposto e separato. L'osservazione attenta dei nostri pazienti ci farà da guida verso questo obiettivo e saprà riorientarci positivamente — ne siamo sicuri — per identificare bisogni oggi sconosciuti ed erogare risposte sempre più valide nel prossimo futuro.

32. Khantzian, 1978

APPENDICE. ALCUNI ESEMPI CLINICI

Si riportano in appendice tre esempi clinici³³ attraverso una breve e riassuntiva rielaborazione delle sedute e relativo commento.

1. Il **primo paziente**, quarantenne, presenta una dipendenza pervasiva da cocaina basata associata ad uso meno regolare di MDPV in ambito chemsex, iniziato durante la pandemia. È in fase iniziale di trattamento. Si è scompenso pochi mesi prima dopo una sola dose di questa sostanza ed è stato ricoverato d'urgenza in un reparto di psichiatria poco prima di accedere al CAD di Milano su invio dei medici del SPDC. Il soggetto aveva in atto un trattamento con antidepressivo proposto da uno psichiatra prima del ricovero; all'inizio della degenza è stato aggiunto un antipsicotico (nel caso specifico risperidone) per controllare lo stato di scompenso, ma nei primi giorni del ricovero il paziente si è ulteriormente aggravato, con produzioni deliranti ed agitazione psicomotoria, per cui l'antidepressivo è stato sospeso in quanto considerato eccessivamente attivante. In anamnesi remota emergono le seguenti vicende infantili: portatore, da piccolo, di un forte legame di identificazione simbiotica con la madre che si esprimeva in forti quote d'ansia e di preoccupazione per ogni evento della vita materna. La nonna era affetta da rilevante patologia mentale: una forma di depressione psicotica con aspetti persecutori e paranoidi. Il paziente riferisce che da bambino era estremamente vivace e richiedente per cui, probabilmente, era in grado di stancare la madre: di lei ricorda i frustranti silenzi di quando le chiedeva qualcosa e veniva ignorato. Dopo protratta caduta depressiva della madre il paziente, da bambino e da adolescente, si vergognava di lei perché la considerava "anormale"; era anche molto arrabbiato per la fragilità materna. Durante le sedute di psicoterapia,

a distanza di pochi mesi dall'inizio del trattamento, si osservano nel paziente le conseguenze di una grave ricaduta con assunzione di cocaina basata e MDPV, della durata di 2 giorni: il tono dell'umore è marcatamente deflesso e l'autostima compromessa da ideazione di fallimento e convinzione di non riuscire a smettere; riferisce inoltre di scompensi paranoidei durante l'uso. Dalla ricostruzione dei fattori che hanno portato all'agito tossicomane emerge la messa in atto di un comportamento sintomatico ripetitivo, espressione di angoscia "nucleare": ogniqualvolta il paziente si trova a dover affrontare un incontro significativo utilizza, poco prima, cocaina basata, favorendo un successivo craving per MDPV. Questo era avvenuto poco prima di tutti gli incontri iniziali di valutazione e diagnosi al CAD, compreso quello psicologico, con una riproposizione dello schema — nel periodo iniziale — anche prima di ogni seduta psicoterapica. Viene riportato lo stesso comportamento anche poco prima di un incontro con un partner che era venuto a trovarlo (e poco dopo la sua partenza). Altrettanto alcuni giorni prima di un appuntamento significativo per un ultimo colloquio di lavoro, con relativa proposta di contratto: all'inizio della seduta il soggetto non riesce a ricordare i vissuti relativi a quel colloquio ma poi riesce ad accedervi attraverso una ricostruzione immaginativa³⁴; riferisce quindi di avere pensato, in primis, che la selezionatrice gli avrebbe comunicato il rifiuto della sua candidatura e successivamente che, anche se tutto fosse andato bene, non avrebbe poi retto il lavoro, come già accaduto in precedenza a causa della dipendenza da chemsex. In conseguenza di questi pensieri di fallimento, poco prima del colloquio, viene esperito un craving così intenso da non riuscire a trattenersi dall'usare cocaina basata, per cui il colloquio è sostenuto in stato di intos-

33. I casi presentati sono seguiti da Henry Pinamonti, presso il servizio SMI-CAD di Milano, con regolari sedute di psicoterapia all'interno di una presa in carico multidisciplinare integrata.

34. Per attivare il ricordo dell'evento, presumibilmente rimosso, si è chiesto al paziente di immaginare cosa potrebbe aver provato poco prima del colloquio di lavoro e questo stratagemma ha fatto riaffiorare il ricordo.

sicazione ed alterazione, riuscendo però a mascherarlo. A candidatura accettata, il paziente racconta di aver continuato ad assumere cocaina basata. Ha poi invitato un uomo a casa per chemsex sapendo di avere a disposizione MDPV. In conseguenza dell'uso sviluppa di nuovo intensa ideazione paranoide (di essere spiato attraverso il cellulare), per cui chiama la polizia che non interviene ma lo trattiene al telefono; successivamente chiama anche i genitori credendo, a quel punto, che fossero loro i persecutori che lo stavano spiando. Di fatto mette i genitori in uno stato di grande agitazione ed in seguito, in preda ad un craving sempre più marcato, dà appuntamento ad un altro uomo con la speranza di avere altro MDPV. Costui in realtà mette in atto una truffa, sfociata poi in un tentativo di rapina e in aggressione fisica. Si sottolinea l'importanza della ricostruzione puntuale, in seduta, di ciò che ha portato alla grave ricaduta. In questo contesto, il mantenimento del focus sul riconoscimento delle ansie legate alla relazione permette al paziente di essere man mano maggiormente consapevole della dinamica relazionale e dei meccanismi di attivazione del craving. Attraverso la ricostruzione degli eventi si è insistito, come già fatto nelle sedute precedenti, sull'interpretazione della relazione tra l'attivazione di antichi vissuti di rifiuto e fallimento, legati ad un mancato riconoscimento attribuito in quel momento alla relazione stessa, e l'insorgere del craving. L'atto conclusivo della seduta, data la situazione critica ma sufficientemente contenuta a livello di proiezioni psicotiche, è consistito nel proporre al paziente di incontrare lo psichiatra del Servizio, in compresenza con lo psicoterapeuta — il giorno successivo — per una revisione e modifica della terapia ed una valutazione congiunta sul da farsi per mettere il paziente in sicurezza. Nell'incontro congiunto è stato valutato di ripristinare l'antidepressivo per lo stato di estrema prostrazione del paziente, mentre la posizione di sicurezza è consistita — in modo concorde — nel raggiungere i propri genitori fuori Milano per due settimane, avendo scartato un secondo ricovero a distanza di poco tempo e mantenendo

il contatto da remoto con il Servizio. Nella seduta di psicoterapia successiva al rientro, emerge quando segue: il paziente riferisce di avere utilizzato in forma massiccia cocaina basata (12 "palline") nell'arco di due giorni, dopo l'astensione di 17 giorni a casa dei suoi familiari. Il craving riferito al momento della seduta è moderato (2/10 scala VAS) mentre la sera prima era elevato (7/10 scala VAS). Quello che causa le ricadute è il profondo ed angosciante sentimento di pervasiva solitudine che il paziente vive da sempre e che, inizialmente subito dopo il ritorno a casa propria, ha cercato di affrontare con una condotta compulsiva di ricerca di compagnia attraverso una applicazione di incontri. La scelta è stata diversa dall'impiego consueto dell'applicazione Grindr perché avrebbe comportato il rischio di usare di nuovo MDPV come fattore di rinforzo. Verso il fine settimana il paziente riferisce di essersi sentito "con l'acqua alla gola" e, pur avendo cancellato i numeri degli spacciatori, è riuscito lo stesso a recuperarli. Per far fronte all'angoscia ha iniziato con un uso di cocaina basata in ambito chemsex con un uomo che, anche questa volta, ha tentato di estorcergli soldi. In seguito al consumo massiccio di cocaina basata si attivano gli stessi deliri psicotici paranoidei di riferimento già sperimentati con MDPV, come sentirsi spiato attraverso alcuni oggetti. Quello che il paziente ricava dall'assunzione della sostanza, malgrado i devastanti effetti negativi, è vivere una sensazione di eccitamento che in qualche modo assomiglia — in forma surrogata — al calore umano. In seduta riferisce di sentirsi attualmente a rischio di ulteriore ricaduta ma preferisce non cancellare di nuovo i numeri degli spacciatori perché sarebbe più pericoloso fare chemsex con MDPV aprendo l'applicazione Grindr. In relazione a questa drammatica situazione ed alla frequenza delle ricadute, ma anche al tentativo di contenere la distruttività, si suggerisce al paziente — in una ottica di riduzione del danno — di provare con la cocaina inalata e non fumata qualora non riuscisse a contenere il craving. Il focus della seduta è centrato sulla dipendenza ma verte, in particolare, sul sentimento

pervasivo di solitudine, di vuoto e fallimento e sulla conseguente profonda caduta del tono dell'umore. Risulta utile anche la ricostruzione dello svolgersi degli eventi psichici passati, partendo dall'innescò della dipendenza, per portare alla luce pure i tratti disfunzionali della personalità. Dal racconto che si sviluppa si ricostruisce come, appena arrivato a Milano nel 2020, il paziente fosse stato licenziato dopo solo 1 mese di lavoro per via della messa in atto di condotte ed atteggiamenti arroganti verso gli altri, legati a presumibile tratto di disturbo narcisistico di personalità correlato ad una posizione mentale di tipo onnipotente³⁵: fare "tutto" da solo, vivendo come minaccia gli altri con cui avrebbe dovuto collaborare. All'epoca non usava cocaina ma solo cannabis. Poco dopo il primo licenziamento lavora in una seconda azienda con l'obiettivo, condiviso inizialmente, di poter svolgere un ruolo fondamentale: mette però in atto lo stesso comportamento precedente, disfunzionale, arrogante ed onnipotente, creando problemi di gestione con la direzione ed i colleghi e, di conseguenza, viene progressivamente marginalizzato. Nel frattempo — a cavallo tra 2020 e 2022 — il Covid lo isola per 4 mesi, a causa del lockdown, a parte una sola occasione di incontro sessuale. Il paziente all'epoca fumava ancora cannabis ma con frequenza aumentata a tutti i giorni e in quantità maggiori. Al rientro in azienda, dopo il primo lockdown, gli viene comunicato che un'altra persona era stata nominata al suo posto nell'ambita posizione. Questo evento provoca un crollo narcisistico da cui, per contrastare la depressione ed il sentimento di svalutazione conseguenti, inizia ad utilizzare cocaina basata e MDPV, con esordio psicotico al primo utilizzo. La relazione tra angoscia di separazione e fallimenti lavorativi rivela un sovrainvestimento del lavoro come forma di riconoscimento e di compensazione affettiva, rispetto al vissuto profondo di non essere stato mai "visto" dalle figure genitoriali.

2. **Paziente di 45 anni**, esempio di chemsex senza uso di MDPV, i cui meccanismi psicologici sottostanti il craving sono collegati con l'ansia di separazione, ma senza complicazioni ideative paranoidee. Il paziente è in fase avanzata di trattamento da circa 4 anni per dipendenza da cocaina basata in ambito chemsex ed è pienamente inserito nel lavoro: da circa 1 anno ha una relazione affettiva significativa con un uomo con cui convive. Si dedica ormai saltuariamente al chemsex con cocaina basata che consiste nell'incontro con uno o più partner esclusivamente in uno scenario masturbatorio davanti a video porno. In anamnesi si riportano i seguenti elementi significativi: madre descritta come persona "disturbata" che ha avuto in passato un episodio di "esaurimento" per cui è tutt'ora in cura con antidepressivi triciclici. Quando era bambino il soggetto ricorda che la madre si poneva costantemente come vittima delle sue sorelle e del marito con cui aveva una interazione passivo-aggressiva. L'immagine che lei dava al figlio era che le zie stessero bene tra di loro mentre la loro famiglia era emarginata. Riferisce inoltre che la madre avrebbe voluto una figlia femmina e che, in quanto maschio, lui sarebbe stato trascurato: questo dal riferito delle zie materne che, invece, si sono prese cura del bambino e facevano notare alla madre come lei trascurasse il figlio. Rispetto al padre, il paziente viene giudicato di scarso valore: era ciò che il padre gli diceva apertamente perché alle elementari il bambino aveva dei problemi di concentrazione. Il padre ha cercato per un breve periodo di fare studiare il figlio ma, vedendo scarse performances, è arrivato a picchiarlo prima di affiancargli una persona di supporto per fare i compiti. Durante la seduta di psicoterapia viene riferito consumo di cocaina durante assenza temporanea per lavoro di pochi giorni del proprio compagno. Diversamente dall'andamento recente di utilizzo molto diradato, l'ultimo agito accade

35. Il paziente, oltre ai tratti di un Sé grandioso, tipico del disturbo narcisistico di personalità, presenta anche tratti borderline, come ansia di separazione, e tratti schizotipici legati a credenze irrazionali.

a poca distanza da un episodio precedente che ha creato una discreta frattura, ancora aperta, nella relazione. Il compagno era rimasto molto turbato, poco tempo prima, quando — rientrato a casa dal lavoro prima del previsto — lo aveva trovato alla fine di una sessione masturbatoria di chemsex con altri due uomini. Il paziente riferisce di avere provato in quel momento una forte paura di essere abbandonato. La differenza tra questo e l'ultimo episodio riferito è che il paziente non ha poi più voluto usare cocaina basata ma l'ha assunta per via nasale³⁶. Durante la seduta di psicoterapia si ricostruisce lo scenario interno in relazione all'evento trigger di separazione temporanea dal compagno. Emerge come il paziente abbia messo in atto lo scenario ripetitivo dell'antico trauma di non essere stato riconosciuto nella relazione di accudimento dai genitori e quindi abbia iniziato a sentirsi "sbagliato" e "svalutato" perché rimasto solo. Ha quindi invertito i ruoli tramite l'identificazione con l'aggressore³⁷ per cui ha svalutato il compagno e attaccato la sua relazione ("se io non valgo anche chi sta con me non vale"), pur sapendo bene, a livello conscio, che la relazione è buona ed ha per lui un importante valore affettivo. L'attacco e la svalutazione interna hanno creato un profondo senso di vuoto interiore e di abbandono, vissuto come effettivo e reale, che ha stimolato il craving e la funzione di "riempimento" della sostanza, sostenuta dall'eccitamento sessuale. Il paziente, infatti, per svalutare la relazione, produce la fantasia eccitatoria di una relazione perfetta con un uomo ideale maschile ed accudente. Il soggetto è attratto ed eccitato sessualmente dai padri che vede per strada quando accudiscono i loro bambini piccoli e si identifica con il bambino, investendo la figura maschile del desiderio riparatorio di accudimento legato alla

funzione materna. L'effetto eccitatorio della sostanza permette di rinforzare l'accesso alla fantasia erotizzata di una relazione buona con un genitore ideale. In questo esempio si vede all'opera la scissione alla base del trauma nella configurazione riattualizzata: relazione attuale svalutata e cattiva (a causa del sentimento di abbandono) vs relazione ideale buona e in grado di colmare fantasmaticamente il sentimento di vuoto e solitudine, compensando la relazione cattiva interiorizzata. Altrettanto significativa è la modalità di accesso alla sessualità con chemsex tramite la masturbazione: durante la seduta si interpreta lo scenario della messa in atto come tentativo di riparazione ottenuto attraverso l'atto autoerotico; ciò avendo in mente la funzione autoerotica primaria del bambino di richiamare la presenza gratificante della madre, in sua assenza, attraverso il piacere sessuale, prima orale e poi genitale³⁸.

3. **L'ultimo caso clinico** illustra l'aspetto della gerarchia degli interventi trattandosi di un paziente (di 35 anni) che ha raggiunto un controllo sufficiente sulla dipendenza da MDPV. La madre viene descritta come persona dura e rigida, il padre come assente, ma rispetto agli ultimi sviluppi del paziente, come un po' meno giudicante. Nella seduta si affrontano gli aspetti di dipendenza sessuale e di contro-dipendenza affettiva legati alla difesa da ipersessualizzazione. Il soggetto giunge al CAD avendo già acquisito un buon controllo della dipendenza da chemsex con MDPV dopo una presa in carico, prima presso un Sert e successivamente in una comunità terapeutica, per due anni. Il focus dell'intervento psicoterapico non verte più sul controllo della dipendenza dalla sostanza (nei confronti della quale permane il monitoraggio tossico-

36. È interessante notare che per effetto della psicoterapia in atto, pur basando il paziente la cocaina, non ne ricava più una sensazione soddisfacente in quanto risulta apparentemente "bloccata", a livello tracheale, la possibilità di permettere al fumo di scendere fino ai polmoni. Questa insoddisfazione e la "nostalgia dell'effetto flash" ha però provocato isolate ricadute.

37. Mucci, 2018.

38. Mahler, 1978

logico), ma ruota intorno alle tematiche relazionali ed affettive correlate alla dipendenza sessuale. Il paziente fa molti incontri sessuali da quando ha acquistato maggiore fiducia in sé stesso ed è cessata una disfunzione sessuale di origine organica³⁹: è però ripetitivamente spaventato tutte le volte che si profilano possibili implicazioni affettive. Nella seduta rivela che, parallelamente ai diversi incontri sessuali, frequenta da poco anche un uomo che, diversamente dagli altri, attira maggiormente la sua attenzione perché sembra più maturo ed equilibrato. Nella relazione iniziale non manca la soddisfazione sessuale, tranne che per anorgasmia. Emerge come questa condizione si ripeta in tutte le relazioni sessuali, anche occasionali, e sia strettamente correlata all'unica condizione che gli permette di accedere al piacere finale: riesce infatti a raggiungere l'orgasmo unicamente con la masturbazione agita davanti a video porno eterosessuali. Emerge anche come questa pratica sia strettamente collegata all'assunzione passata di MDPV, prima con sesso di gruppo e successivamente isolato nella pratica masturbatoria compulsiva. Attualmente la prosecuzione di questa pratica senza sostanze non procura craving e, piuttosto, impedisce il pieno godimento negli incontri reali. Il paziente riferisce che non si è mai masturbato senza video porno e che ha iniziato con quelli eterosessuali fin da adolescente perché erano quelli che guardavano i due fratelli maggiori. In seduta si inizia ad affrontare questo argomento spiegando i meccanismi di mantenimento della dipendenza sessuale, simili a quelli da sostanze, per cui è necessario scindere il condizionamento legato al piacere con video porno per appropriarsi di una sessualità più libera e relazionale. In questo primo approccio al problema ci si astiene dall'addentrarsi in significati inconsci e simbolici legati al comportamento mentre si propone,

in un'ottica sessuologica, di provare a sperimentare una diversa modalità con un significato esplorativo. Si chiede dunque inizialmente al paziente di provare a vedere cosa succede utilizzando la masturbazione con video gay. La richiesta vuole introdurre una variazione nella coazione a ripetere senza chiedere un cambiamento eccessivo; inoltre, si collega con quanto accadeva all'inizio dello svelamento ed all'accettazione del suo orientamento sessuale, ovvero l'abbandono di video porno etero e l'utilizzo di video gay, modalità poi accantonata con chemsex e MDPV a favore dei video porno etero. Lo stadio successivo sarà quello di provare a vedere cosa succede mettendo in atto una masturbazione senza video porno. Il paziente è sovrappeso e non ha un buon rapporto con la propria fisicità: in questo caso la richiesta assume il significato di iniziare a prendere confidenza con il proprio corpo, esplorandone le sensazioni collegate, per discuterle nei successivi incontri. Nel colloquio successivo il paziente riferisce di un uso, circoscritto in ambito sociale, di polvere MDMA assunta attraverso la mucosa orale (in passato già usata in forma fumata) durante una serata in un locale con un altro uomo che sta frequentando e da cui si sente molto attratto: rientrato a casa, il paziente gli propone di proseguire l'uso di MDMA per fare chemsex, cosa che il partner non aveva mai sperimentato. Il comportamento di chemsex (senza MDPV) accade dopo oltre due anni e mezzo di astensione mentre la frequentazione di quest'altro uomo si sta sviluppando; la sessualità con questo partner fornisce soddisfazione al paziente senza uso di droghe ma con la persistenza di anorgasmia. Con l'uomo di cui aveva parlato nella seduta precedente di psicoterapia il paziente racconta di avere invece messo in atto una fuga appena terminata una cena al ristorante, trattenendo a stento l'impulso di fuggire a metà serata

39. Il paziente soffre di una occlusione parziale arteriosa al pene che lo ha portato fino a poco tempo fa a priapismo, tenuto sotto controllo con Androcur. L'aspetto interessante, dal punto di vista andrologico e psicologico, è che il paziente ha avuto una recente remissione completa del sintomo, trattato in psicoterapia per l'aspetto di sofferenza che gli causava. In passato aveva provato a sospendere momentaneamente il farmaco ma il priapismo si ripresentava regolarmente, salvo nell'ultimo periodo in cui il funzionamento erettivo ha ripreso ad essere normale.

perché si sentiva preso in trappola nella relazione. È significativo che poco prima di incontrarlo (e di fuggire) avesse prodotto fantasie romantiche di matrimonio⁴⁰. Il paziente riferisce poi di aver provato a mettere in atto i suggerimenti di masturbazione — prima con film porno gay e poi senza film — ma con quest'ultima modalità dice di non aver avuto nessuno stimolo. Nella prova fatta con video porno gay il corpo maschile gli è sembrato essere fuori luogo e poco attraente mentre vengono preferiti i porno etero perché l'uomo che fa sesso con una donna determina vissuti di perversione. Dopo aver condiviso questi contenuti, in seduta si procede per mettere in evidenza un primo significato inconscio riferito all'anorgasmia: una probabile difesa verso il “lasciarsi andare fino in fondo” legato al piacere finale. Non si accenna invece al legame affettivo con i fratelli richiamato dalla condivisione di video porno etero quando era adolescente. Si rimanda al paziente che, per ora, si può concedere di godere fisicamente e mentalmente a livello sessuale ma che non si fida a sufficienza per potersi lasciare andare del tutto con l'attuale partner, condizione necessaria per arrivare all'orgasmo. Si interpreta inoltre che costui si può concedere di frequentare l'uomo da cui si sente così attratto anche perché si percepisce in una zona di sicurezza dato che il partner è un “poliamoroso” dichiarato. La zona di sicurezza consiste quindi nel proteggere sé stesso (ma anche l'altro) dall'attaccamento possessivo, che risulta difensivo verso l'attaccamento insicuro: quest'ultimo prodotto dalla scarsa sintonizzazione affettiva delle figure genitoriali. Il dilemma attuale del paziente è sapere che non potrà avere il partner tutto per sé ma che, al contempo, può continuare a sentirsi rassicurato da questa situazione. Di fronte ad una proposta di passare più tempo insieme, riferisce di sentirsi felice perché riconosciuto ed accettato ma allo stesso tempo di esserne anche spaventato perché percepisce che potrebbe sentirsi di nuovo in trappola (ovvero soffocato dalla sua stessa possessività proiettata).

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Psicologo psicoterapeuta, Coordinatore Clinico Equipe SMI-CAD – Servizio Multidisciplinare Integrato CAD – Servizio per le dipendenze patologiche, via Wildt 27, Milano (02.715960-61); Docente a contratto presso Scuole di Specializzazione in psicoterapia*

° *Professore Ordinario di Psichiatria, Università degli Studi Milano Bicocca; Presidente Sip-Dip, Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze, sezione speciale della Società Italiana di Psichiatria (SIP), Direttore DSMD IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza*

40. Si può notare l'espressione di un tratto borderline di personalità nel repentino cambiamento di posizione mentale.

BIBLIOGRAFIA

1. Albasi C., *Attaccamenti traumatici*. UTET Torino, 2006.
2. Bruni F. (a cura di), *La relazione che cura. L'unità della psicoterapia*. Lombardo, Milano, 2022.
3. Di Clemente C.C., Prochaska J.O. *Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance*. *Addictive Behaviour* 1981; 7:133-42
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Report 2022.
5. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Report 2019.
6. Freud S., *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico* (trad. it.). Boringhieri Torino (1985), 1911.
7. Freud S., *Al di là del principio di piacere* (trad. it.). Boringhieri Torino (1985), 1920.
8. Infante A., Mauri M., Nimbi F., *Ragazzi Chimici. Confessioni di chemsex*. Edizioni Ensemble Roma
9. Istituto Superiore Sanità (ISS). Report 2022, 2020.
10. Khantzian E.J., *The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications*. *Harvard Review of Psychiatry* 1997; 4(5):231-44
11. Kernberg O.F., *Disturbi gravi della personalità* (trad. it.). Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
12. Kohut H., *Narcisismo e analisi del Sé* (trad. it.). Bollati Boringhieri, Torino, 1977.
13. Mahler M., *La nascita psicologica del bambino* (trad. it.). Boringhieri, Torino, 1978.
14. Masud Khan M., *Le figure della perversione* (trad. it.). Bollati Boringhieri, Torino, 1979.
15. Mitchell S.A., *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi per un modello integrato* (trad. it.). Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
16. Morgenthaler F., *La posizione delle perversioni nella metapsicologia e nella tecnica*. *Psicoter. Sc. Umane* 1976; 4
17. Mucci C., *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina, Milano, 2020.
18. Nimbi F.M., Tripodi F., Rossi R., Navarro-Cremades F., Simonelli C., *Male Sexual Desire: an Overview of Biological, Psychological, Sexual, Relational, and Cultural Factors Influencing Desire*. *Sexual Medicine Reviews*. Online published, 2019.
19. Pinamonti H., Rossin M.R., *L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva interdisciplinare di clinica integrata*. Franco Angeli, Milano, 2004.
20. Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Report 2021 (dati 2020).
21. Shore A., *Advances in Neuropsychoanalysis, Attachment Theory, and Trauma Research: Implications for Self Psychology*. *Psychoanalytic Inquiry* 2002; 22(3):433-484
22. Stuart D. davidstuart.org. Si vedano le interessanti testimonianze nella sezione film e "Online interactive Chemsex Care Plan" nella sezione chemsex. Online published
23. Stoller R., *Observing the Erotic Imagination*. Yale University Press, New Haven, 1985.
24. Weinberg G., *Society and the Healthy Homosexual*. New York, St. Martin's Press, 1972.
25. Wink P., *Two Faces of Narcissism*. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991; 61(4):590-597.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.

Presidente:

Mauro Percudani, Milano

Presidente Eletto

Massimo Clerici, Monza

Segretario:

Giovanni Migliarese, Vigevano

Vice-Segretario:

Matteo Porcellana, Milano

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli, Treviglio

Consiglieri eletti:

Antonio Amatulli
Luisa Aroasio
Stefano Barlati
Scilla Beraldo
Giorgio Bianconi
Debora Bussolotti
Paolo Cacciani
Camilla Callegari
Simone Cavallotti
Federico Durbano
Gian Marco Giobbio
Alessandro Grecchi
Carlo Fraticelli
Carla Morganti
Silvia Paletta
Nicola Poloni
Paolo Risaro
Matteo Rocchetti
Marco Toscano
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni
Claudio Mencacci