

UNIVERSITÀ PONTIFICIA SALESIANA – ROMA

IUSVE ISTITUTO UNIVERSITARIO SALESIANO VENEZIA

Aggregato alla Facoltà di Scienze dell'Educazione – UPS



**TESI DI LICENZA IN
PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITÀ**

**DRUGS-ADDICTED: carnefice e/o vittima?
Aspetti criminologici e vittimologici della tossicodipendenza**

Relatore: Prof. Marco Monzani

Correlatrice: Dott.ssa Miriam Lazzaretto

Candidata: Glenda Lucato
Matricola: MPSA10414

Anno Accademico: 2020/2021

UNIVERSITÀ PONTIFICIA SALESIANA - ROMA

IUSVE ISTITUTO UNIVERSITARIO SALESIANO
VENEZIA

Aggregato alla Facoltà di Scienze dell'Educazione – UPS



**TESI DI LICENZA IN
PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITÀ**

**DRUGS-ADDICTED: carnefice e/o vittima?
Aspetti criminologici e vittimologici della tossicodipendenza**

Relatore: Prof. Marco Monzani

Correlatrice: Dott.ssa Miriam Lazzaretto

Candidata: Glenda Lucato
Matricola: MPSA10414

Anno Accademico: 2020/2021

INDICE

Abstract.....	3
Abstract (english version).....	4
Introduzione.....	5
PARTE I	
Inquadramento dell'addiction e dei disturbi psichici da uso di sostanze.....	9
CAPITOLO 1 - La dipendenza.....9	
1.1 Introduzione: definizione di dipendenza.....	9
1.2 Dipendenza fisiologica e dipendenza patologica.....	12
CAPITOLO 2 - Lo stato di tossicodipendenza.....17	
2.1 La dipendenza da sostanze.....	17
2.2. Il disturbo da uso di sostanze.....	20
2.3 Neurobiologia delle dipendenze.....	28
CAPITOLO 3 - Aspetti bio-psico-sociali connessi alla dipendenza da sostanze.....38	
3.1 Temperamento, carattere e personalità nella dipendenza da sostanze.....	38
3.2 Percezione del rischio e disponibilità delle sostanze.....	42
3.3 Il contesto socio-culturale.....	43
3.4 I profili degli users.....	45
CAPITOLO 4 - Sostanze psicoattive, NPS e Smartdrugs.....50	
4.1 Manifestazioni psicopatologiche acute da uso di sostanze.....	50
4.2 Sostanze psicoattive.....	51
4.3 Nuove Sostanze Psicoattive (NPS).....	66
4.4 Smart drugs.....	80
4.5 Il poliabuso.....	81
4.6 La questione della doppia diagnosi: tra tossicodipendenza e psicopatologia.....	82
4.7 Mortalità correlata al consumo di sostanze.....	90
PARTE II	
Dipendenza da sostanze e reati connessi.....	93
CAPITOLO 5 - Criminalità, criminologia, vittimologia e tossicodipendenza.....93	
5.1 Droga e criminalità agita.....	94
5.2 Tossicodipendenza e devianza.....	99
5.3 Stupefacenti e devianza minorile.....	100
5.4 I reati in materia di sostanze stupefacenti previsti dal d.P.R. n. 309/1990, <i>Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti</i>	102

5.5 L'imputabilità del tossicodipendente: capacità di intendere e di volere, affidamento in prova, reato continuato.....	116
5.6 Dispositivo dell'art. 95 Codice Penale.....	122
5.7 Massime relative all'art. 95 Codice Penale - Cass. pen. n. 35872/2007.....	122
5.8 Sospensione dell'esecuzione pena per tossicodipendenti (art. 90 D.P.R. 309/90).....	123
5.9 Il tossicodipendente in carcere.....	124
5.10 Il trattamento penitenziario del tossicodipendente.....	126
5.11 Il tossicodipendente come vittima di reati.....	146
Conclusioni.....	149
Bibliografia.....	151
Sitografia.....	159

Abstract

Il presente elaborato si propone di delineare il fenomeno della tossicodipendenza, dal punto di vista clinico, giuridico, criminologico e vittimologico.

Si vedrà come l'uso e l'abuso di sostanze possa contribuire al comportamento criminale, o addirittura esserne l'elemento scatenante. Ma si vedrà anche ciò che sta dietro al fenomeno della dipendenza, ciò che la determina e che la qualifica come malattia.

La disamina inizia considerando il contesto sociale e culturale entro cui si inserisce il fenomeno oggetto di analisi. Nella prima parte della trattazione, intitolata "Inquadramento dell'*addiction* e dei disturbi psichici da uso di sostanze", e in particolare nel primo capitolo, analizzerò il fenomeno della dipendenza (*addiction*), differenziando quella di tipo fisiologico da quella di tipo patologico.

Nel secondo capitolo ci si addenterà nello specifico fenomeno della dipendenza da sostanze stupefacenti. Si proporrà dunque un'analisi generale delle principali sostanze coinvolte nel meccanismo di dipendenza e si analizzeranno gli aspetti bio-psico-sociali connessi alla dipendenza da sostanze adottando un approccio multidisciplinare.

Segue una trattazione dei disturbi psichici indotti da sostanze, con particolare attenzione alla questione della doppia diagnosi, ossia della comorbilità tra tossicodipendenza e disturbo psichico.

Nella seconda parte della trattazione, denominata "Dipendenza da sostanze e reati connessi", si analizzerà la relazione che sussiste tra uso di droga e criminalità.

Si elencheranno i principali reati in materia di sostanze stupefacenti, in riferimento al D.P.R. n. 309 del 1990 Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Si analizzerà dunque la concezione del tossicodipendente come deviante, facendo riferimento anche alla tematica dell'imputabilità e della pericolosità sociale.

A tale concezione si contrapporrà, in ultima analisi, una visione alternativa, quella del tossicodipendente come vittima, di reati e soprattutto della sua stessa dipendenza.

Abstract (english version)

This thesis outlines the drug addiction phenomenon from a clinical, juridical, criminological and victimological point of view.

It explains how the substance use and misuse can contribute to criminal behaviour, or even trigger it.

It also analyzes what is behind the drug addiction phenomenon, what determines it and why it is considered a disease.

The following examination starts by considering the social and cultural context of the drug addiction phenomenon.

The first part of the dissertation is called "Overview of drug addiction and the consequent mental disorder". It analyzes the phenomenon of addiction, in particular in the first chapter, and it underlines the difference between physiological and pathological addiction.

The second chapter specifically centres on drug addiction.

Firstly it examines the main drugs and investigates the biopsychosocial aspects of drug addiction with a multidisciplinary approach.

Secondly it analyzes the mental disorders caused by drugs, focusing on dual diagnosis, i.e. the comorbidity between substance use disorder and mental illness.

The second part of the dissertation is called "Drug addiction and related crimes" and it examines the correlation between the use of drugs and crimes.

Therefore, the thesis lists the main crimes related to psychotropic drugs, with reference to the Italian law "Decreto del Presidente della Repubblica no. 309 of 9th October 1990 - Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" (the above-mentioned law concerns the discipline of psychotropic drugs and the drug prevention, treatment and rehabilitation).

Then, it examines the deviant concept of the drug addict and his/her being chargeable and socially dangerous.

The study ends by considering the drug addict from an alternative point of view: he/she is the victim of crimes and, especially, of his/her own addiction.

Introduzione

Oggi la cosiddetta “società liquida” è caratterizzata da rapidità dei cambiamenti, immediatezza della comunicazione tecnologica e mutazione ultrarapida dell'individuo. Nascono così nuovi e mutevoli stili di vita, di tendenza, talvolta con un potenziale patogeno. La dipendenza, che esiste in partenza come meccanismo fisiologico, viene spinta al limite del patologico. Tutti i comportamenti che mirano a poter cambiare rapidamente gli stati d'animo rinforzano le dipendenze.

Il consumo di droghe rappresenta un grave problema per gli individui, le famiglie e le comunità in tutto il mondo. L'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti porta con sé diverse implicazioni negative per la salute e la società.

Ad oggi in Italia abbiamo una popolazione carceraria di circa 58.000 detenuti¹, di cui oltre la metà ha una storia pregressa o attuale di uso di alcol/sostanze (prevalentemente cocaina, crack, altri stimolanti, alcol ed eroina). Una quota di questa popolazione ha commesso i reati che hanno determinato la carcerazione per motivi correlati all'uso di sostanze psicoattive e alle sequele psicopatologiche di tale assunzione.

Questi numeri portano il senso comune ad applicare a priori al tossicodipendente l'etichetta del delinquente. Ma il tossicodipendente è prima di tutto un individuo malato di dipendenza, vittima della sua dipendenza. La relazione tra tossicodipendenza e criminalità è secondaria. Approfondire la prima questione per chiarire il suo rapporto con la seconda è un passaggio necessario per una visione completa del problema.

Quella che intendo proporre è una prassi criminologica svincolata dalla stretta aderenza ai principi popolari. Un intervento criminologico rivolto al tossicodipendente, centrato su un elemento ben preciso: permettergli di porsi in una posizione attiva rispetto a quanto gli sta accadendo, di interessarsi alla propria condotta tossicomane, così come alle sue conseguenze sociali e giudiziarie. Una visione all'interno della quale il soggetto possa finalmente pensare la tossicodipendenza e sperimentarsi come interprete del proprio comportamento di assunzione di droga.

¹ *Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, 2017.*

Non intendo eliminare la concezione del tossicodipendente come deviante. La tossicodipendenza rappresenta certamente uno dei terreni più fecondi per i processi psicosociali di formazione della devianza.

Propongo però di affiancare a questa concezione quella del tossicodipendente come vittima, non tanto di altri reati, quanto della sua stessa dipendenza.

Oggetto di questo lavoro sono i rapporti tra uso/abuso di sostanze stupefacenti e criminalità; più in particolare, come l'assunzione di droga possa indurre stili di vita criminogeni o vittimogeni.

Chi è il tossicodipendente?

Cercare una risposta a questa domanda è forse la più gravosa sfida culturale dei nostri tempi, della nostra epoca. Un'epoca che possiamo definire delle "passioni tristi"². La crisi sociale e il disagio del nostro tempo, oramai globalizzati, premono sempre più l'individuo verso un allentamento della fiducia nel futuro. Il passaggio da una rappresentazione del futuro come promessa a una percezione del futuro come minaccia, unito ad un affievolirsi del contatto con la realtà a favore della percezione di un presente vissuto in modo onnipotente e ipomaniacale, determinano inevitabilmente una caduta del principio di autorità e un dominio del *no-limits*. Il presente non contiene più il seme di un futuro carico di aspettative. Il futuro oggi è sempre più percepito come la minaccia di un tempo incalzante, di fallimento, di sciagura e di stagnazione. Osserviamo dunque una distorsione nella prospettiva temporale, caratterizzata dalla fuga maniacale in un'eternalizzazione del presente, come luogo del trionfo, del successo, del godimento³. È questa alterazione della prospettiva temporale il primo indizio di una crisi profonda. In circostanze normali, infatti, la percezione soggettiva della prospettiva temporale dovrebbe caratterizzarsi per una più positiva ed equilibrata visione di passato, presente e futuro. Dovrebbe essere permeata da un solido e buon rapporto con il passato, come luogo di cui servare memoria, con il giusto senso di separatezza ma anche di riconoscenza, e da una sostanziale fiducia del futuro, come terra di promessa e di realizzazione di istanze di progresso. Assistiamo invece ad una deformazione di questo

² M. Benasayag, G. Schmit, *L'epoca delle passioni tristi*, Milano, Feltrinelli, 2003.

³ M. Recalcati, *L'uomo senza inconscio. Figure della nuova clinica psicoanalitica*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2010.

rapporto. Il passato è disprezzato o reso insignificante, come dimenticato. Il presente è dilatato nella rappresentazione maniacale di una corsa verso il traguardo del successo. Il futuro è appiattito dall'aspettativa della vittoria, ma anche oscurato dall'angoscia e dal senso di minaccia.

Si mettono allora in atto comportamenti irresponsabili, privi di ogni controllo, di ogni limite, in virtù di una sconsiderazione del rischio e del danno che potrebbe svilupparsi in quel futuro rimosso.

Un altro carattere attraverso cui si sostanzia la crisi di oggi è una grave deformazione dell'adolescenza come età del ciclo vitale. Essa è divenuta una fase della vita dalla quale non si esce più per tempo, sia perché la crisi dell'età adolescenziale viene a interagire e a scontrarsi drammaticamente con la crisi collettiva, sia perché mancano quei presupposti nell'età adulta di emancipazione sociale, di autonomia dalla famiglia, di raggiungimento di un'occupazione lavorativa che rendono virtualmente possibile entrare a pieno titolo nell'età adulta.

Nelle culture tradizionali, in molte tribù, l'adolescenza è condotta per mano, dall'infanzia all'età adulta, da potentissimi vincoli sociali che la fanno durare anche solo una settimana, dunque il cosiddetto processo del "diventare grande" è completamente diretto dalla società. Diventare grande in queste culture è poco complicato e molto repentino. Si transita dalla condizione di bambino a quella di adulto e la posizione/ruolo che la persona occuperà da adulta non si può scegliere, in quanto è completamente predeterminata dalla comunità. È richiesta poca originalità, poca individualità.

Nelle culture occidentali questo non avviene. L'adolescenza, infatti, è un'invenzione della tarda modernità. La durata dell'adolescenza recentemente si è espansa e ha confini poco definiti. È chiaro che esiste un'infanzia e tutti ne conosciamo bene le caratteristiche.

È invece poco chiaro che cosa ci sia dalla parte dell'adulto, le caratteristiche che definiscono la condizione di adulto, le sue fattezze. Mentre fino a poco tempo fa era definito dal trinomio casa-lavoro-famiglia, l'adulto è oggi poco riconoscibile. Non sappiamo esattamente che cosa lo definisce.

L'adolescenza è un periodo di cambiamento? Di transizione? Di sospensione tra due stati? Di crisi? Si abbandona l'infanzia, certo, ma l'adolescenza finisce per non concludersi mai.

Si assiste ad un perpetuo tentativo di formalizzare tale fase, ma alcuni elementi finiscono per ripresentarsi costantemente, per cui possiamo vedere l'adolescenza come una grande festa che inizia alla fine dell'infanzia e che finisce in un periodo indefinito, con la costante presenza degli elementi della festa.

Uno dei modi per cercare di dare significato al consumo di droghe può essere quello di concepire la persona in questo passaggio tipico dell'adolescenza. Questo passaggio è spesso sostenuto dal consumo di stupefacenti. In ogni rituale è presente un aspetto di alterazione della coscienza. L'elemento "droga" viene incapsulato tra gli elementi della festa ma dovrebbe durare soltanto nel momento della festa. Questo elemento così tipico della festa iniziatica può però continuare ad essere presente nella vita dell'individuo, grazie al sollievo del passaggio della crisi tipico di quel momento. Può essere quindi che la modalità attraverso cui è stato gestito il rituale rimanga costante nella vita dell'individuo. L'elemento della festa è percepito come elemento in grado di governare il vuoto, l'assenza di ordine, il *caos*. Può dunque essere ripreso ed utilizzato dalla persona in modo costante. Da qui la dipendenza a quell'elemento.

All'interno di questa crisi si innescano allora quei meccanismi che sottostanno al fenomeno della dipendenza, intesa qui come mancanza di autonomia, per cui l'oggetto della dipendenza rappresenta il sostituto di quell'autonomia mancante.

PARTE I

Inquadramento dell'addiction e dei disturbi psichici da uso di sostanze

CAPITOLO 1

La dipendenza

1.1 Introduzione: definizione di dipendenza

Con il termine dipendenza si intende una condizione in cui l'organismo ha bisogno di un determinato elemento, chimico o meno, per funzionare.

La dipendenza è una malattia cronica e ricorrente del cervello, che si basa sulla ricerca di sollievo attraverso il consumo o l'uso di sostanze o altri comportamenti simili.

Lo sviluppo di questo comportamento implica per la persona dipendente l'incapacità di controllarlo, la difficoltà di astenersi, il desiderio di consumo, il ridotto riconoscimento dei problemi derivanti dalla dipendenza e dalle relazioni interpersonali, nonché una risposta emotiva disfunzionale. Tutto ciò crea problemi nella persona dipendente, pregiudicandone la qualità di vita.

Spesso il termine *addiction* è usato come sinonimo di dipendenza. Tuttavia, il termine *addiction* denota la dipendenza che spinge l'individuo alla ricerca dell'oggetto di dipendenza, senza il quale la sua esistenza diventa priva di significato. È dunque un coinvolgimento crescente e persistente della persona, al punto che l'oggetto di dipendenza pervade i suoi pensieri ed il suo comportamento⁴.

Gli elementi fondamentali che caratterizzano le dipendenze patologiche e, nello specifico, l'*addiction*, sono due:

1. non poter fare a meno di qualcosa o non poter rinunciare ad un comportamento senza sperimentare disagio;
2. la centralità che assume il prodotto o comportamento nell'esistenza dell'individuo, la quale non ha più senso senza l'oggetto di dipendenza.

⁴ C. Del Miglio, A. Couyoumdjian, *Psicologia generale*, Roma, Borla, 2007.

Le dipendenze patologiche si dividono in due macrocategorie: le dipendenze da sostanze e le dipendenze comportamentali, di cui fanno parte le *new addictions*.

Gli elementi comuni riscontrati in tutti i tipi di dipendenze patologiche sono i seguenti⁵:

- piacere e sollievo, sensazioni gradevoli ma limitate ai periodi iniziali dell'uso della sostanza o della messa in atto del comportamento, fase denominata "luna di miele";
- dominanza o idea prevalente riferita alla sostanza o al comportamento, per cui vi è l'impossibilità di resistere all'impulso di assunzione o pratica, vissuta con modalità compulsiva;
- craving, sensazione crescente di tensione e desiderio che precede l'assunzione della sostanza o la pratica del comportamento;
- instabilità dell'umore;
- tolleranza, la progressiva necessità di incrementare la quantità di sostanza o tempo dedicato al comportamento per ottenere l'effetto piacevole, il quale tenderebbe altrimenti ad esaurirsi;
- discontrollo, la progressiva sensazione di perdita di controllo sull'assunzione della sostanza o esecuzione del comportamento;
- astinenza, il profondo disagio fisico e psichico conseguente all'interruzione o alla ridotta assunzione della sostanza o alla riduzione del tempo dedicato alla messa in atto del comportamento;
- conflitto e persistenza, dovuti all'incapacità di porre fine all'assunzione di una sostanza o alla pratica di un comportamento nonostante le evidenti conseguenze sulla vita dell'individuo;
- ricadute, la tendenza a riavvicinarsi alla sostanza o ad attuare il comportamento dopo un periodo di interruzione;
- poliabuso, la tendenza ad assumere più sostanze o praticare più comportamenti, e cross-dipendenza, la tendenza a passare da una dipendenza all'altra nell'arco della storia di vita;

⁵ D. Marazziti, M. Presta, L. Picchetti, L. Dell'Osso, *Behavioral addiction: clinical and therapeutic aspects*, *Journal of Psychopathology*, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa, 21, 2015, pp. 72-84.

- fattori di rischio comuni, quali *sensation seeking*, impulsività, difficoltà nella regolazione emotiva, inadeguato ambiente di sviluppo genitoriale, attaccamento insicuro e presenza di traumi.

A prescindere dalla tipologia, le dipendenze patologiche presentano dunque un insieme di comportamenti caratteristici che possiamo riassumere nei seguenti criteri:

1) Ridotte capacità di controllo sull'uso della sostanza:

- la persona ne fa un uso eccessivo o la assume per periodi di tempo più lunghi del previsto;
- è presente il desiderio di smettere o ridurre l'uso, associati a tentativi che non riscuotono successo;
- la persona impiega molto tempo nel cercare di reperire la sostanza, nel farne uso o nel riprendersi dai suoi effetti;
- è presente *craving*, ovvero un intenso desiderio della sostanza che può manifestarsi in qualunque momento, ma è più probabile avvenga in presenza di stimoli associati alla stessa.

2) Compromissione del funzionamento sociale:

- incapacità di portare a termine i compiti a casa, a scuola o sul lavoro;
- uso continuativo della sostanza nonostante ciò provochi o aggravi ricorrenti problemi sociali o interpersonali;
- la persona riduce o interrompe importanti attività sociali o ricreative;
- la persona si ritira dalla vita familiare o ricreativa per fare uso della sostanza.

3) Utilizzo rischioso della sostanza:

- la persona ne fa uso in situazioni fisicamente rischiose, ad esempio alla guida;
- il consumo non viene interrotto nonostante provochi o aggravi ricorrenti problemi fisici o psicologici;
- l'elemento chiave di questa classe di sintomi non è dato dalla presenza di un problema fisico o psicologico in sé, ma dall'incapacità del soggetto di astenersi nonostante le difficoltà che il consumo genera.

4) Aspetti farmacologici:

- tolleranza: la stessa quantità di sostanza non produce più gli effetti desiderati, che possono essere raggiunti solamente con aumento della dose. Il grado di tolleranza varia marcatamente da persona a persona e tra i diversi tipi di sostanze;
- astinenza: si presenta al decrescere della quantità di sostanza presente nel sangue o nei tessuti. I sintomi variano marcatamente a seconda del tipo di sostanza. Sono particolarmente intensi e comuni per alcool, oppioidi, sedativi, ipnotici e ansiolitici; possono essere meno intensi per psicostimolanti, tabacco e cannabis; non sempre si verificano con allucinogeni e inalanti, tanto che questo criterio non viene inserito nella diagnosi per questo genere di droghe.

1.2 Dipendenza fisiologica e dipendenza patologica

La dipendenza non è un comportamento aprioristicamente patologico. Essa non costituisce in sé una condizione qualitativamente patologica, anzi rispecchia i bisogni primari dell'essere umano e costituisce pertanto una condizione fisiologica, ossia rappresenta un elemento strutturale di tutti gli esseri umani, con il quale confrontarci anche nella pratica clinica.

La quantità di informazioni necessarie al soggetto per destreggiarsi nel mondo non è completamente contenuta nel suo DNA, ma viene fornita prevalentemente da soggetti, situazioni e contesti del mondo esterno. Senza adattamento culturale, con la sola predisposizione genetica, le persone avrebbero molte difficoltà nell'adattamento a vari tipi di ambiente. In ciò ritroviamo l'apologia della dipendenza: è la dipendenza sana, ovvia. Siamo tutti primariamente esperti di dipendenza; esperti nel senso che la esperiamo.

Questa apologia della dipendenza mette al centro un punto saldo del nostro discorso: come si può sviluppare una dipendenza di tipo patologico a partire da una dipendenza di tipo sano? Ciò presuppone ovviamente che vi siano due tipologie di dipendenza, una dipendenza sana e una dipendenza non sana.

Altro punto centrale è: qual è il contrario della dipendenza?

Da un punto di vista clinico, l'opposto della dipendenza è l'astinenza. Ma l'opposto della dipendenza, in realtà, non è l'astinenza, bensì l'autonomia. La guarigione dalla dipendenza

patologica è sempre un percorso di attivazione di risorse del soggetto che va a sviluppare una maggiore autonomia, e non un maggiore controllo del comportamento dipendente.

Nell'infanzia, gli oggetti di quella dipendenza che potremmo definire fisiologica sono i caregiver. Gli adulti sostengono e sorreggono il bambino di fronte agli squilibri e alle instabilità, determinate da fattori e flussi esterni ed interni.

In adolescenza, i caregiver non garantiscono più totalmente la funzione di sostegno. Subentrano scuola, sport, pari. Si possono stabilire relazioni di dipendenza con persone che vanno a sostituire il ruolo dei genitori. Dunque, a partire dalla relazione di dipendenza con i genitori, relazione primaria di dipendenza, l'individuo può svilupparsi, esplorando nuovi ambienti ed individuando in questi ambienti quelle risorse che gli garantiscono l'equilibrio. Queste risorse possono essere persone, ma anche cose: sigarette, alcool, droghe, internet, videogame, sesso, potere, e così via.

È nell'adolescenza che la curva gaussiana ha il suo massimo sviluppo: dai 13 ai 20 anni c'è il massimo sviluppo/innesco di attività di dipendenza, con la possibilità che queste dipendenze vengano mantenute per tutto il corso dell'esistenza. In questo periodo c'è una grande esplosione di spazio e di novità nella vita delle persone, grande quantità di attività che vengono svolte al di fuori dell'ambito domestico e non più con i genitori. Aumentano dunque gli *stressors*, quei fattori stressanti che possono creare le condizioni affinché il soggetto ricerchi un sostegno nella sostanza.

I compiti evolutivi dell'adolescente sono individuazione, separazione e differenziazione.

Tali compiti vengono assolti attraverso atti di esistenza e di autorealizzazione. Ogni atto di esistenza si realizza assolvendo un circuito composto da:

- percezione della sensazione o dell'emozione che caratterizza il bisogno;
- consapevolezza di tale sensazione, che si traduce così in pensiero;
- esplorazione dell'ambiente per individuare le risorse che possono soddisfare il bisogno;
- realizzazione del bisogno.

L'atto di esistenza conclude dunque un ciclo che va dalla percezione del bisogno alla sua soddisfazione. La capacità di portare a termine questo ciclo genera soddisfazione ed equilibrio.