

## 34. Adolescenti e cannabis: quali trattamenti

---

Faccio Marco <sup>1</sup>, Rossi Annalisa <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona

Lo scopo del presente lavoro è quello di fare una rassegna sui trattamenti per i giovani soggetti che fanno uso di cannabis. Spesso la gestione di questi giovani pazienti costringe gli operatori a porsi domande a più livelli per vari motivi: sono utenti relativamente “nuovi” per i servizi delle dipendenze; c’è l’aspettativa come professionisti della relazione d’aiuto che un intervento precoce e tempestivo possa interrompere l’uso della sostanza e bloccare una possibile evoluzione tossicomane; ci si trova anche a dover pensare a delle scelte gestionali (tipo la scelta d’orario di accesso al servizio, il setting più adatto), proprio per dare a questi utenti uno spazio il più protetto possibile; ci si chiede quali interventi garantiscano i migliori risultati. Per rispondere in parte a questa esigenza si è sentita la necessità di approfondire questa tematica, consultando la letteratura, per capire al meglio quali terapie proporre e quali modelli possono essere più efficaci.

Va detto che in questo capitolo si intende dare alla parola trattamento un significato piuttosto ampio intendendolo come una presa in carico complessiva del soggetto che comprende quindi sia gli aspetti diagnostici che la valutazione della famiglia. Per necessità di sintesi si tratterà l’argomento per punti principali, perché data la tematica e la complessità sarebbe opportuno dedicarvi una pubblicazione a parte.

Per coloro che fanno uso di cannabis, in modo particolare per quelli che iniziano in giovane età e ne consumano in forti quantità, il trattamento è spesso necessario per far fronte ai vari problemi connessi all’uso. Essere affetti da dipendenza da cannabis significa continuare a farne uso a dispetto dei numerosi problemi che ne conseguono. Quando un individuo dipendente interrompe l’uso sono presenti comunemente sintomi da astinenza che possono comprendere: irritabilità, ansia, depressione e disturbi del sonno. Si stima che una persona su dieci che ha utilizzato cannabis nel corso della vita sviluppa dipendenza (Copeland and Swift 2009).

Per chi intraprende il trattamento, la difficoltà maggiore è il mantenimento dei

Introduzione

Dipendenza da  
cannabis



risultati raggiunti, una volta concluso il percorso terapeutico.

#### Disturbi correlati all'uso di cannabis

Il DSM-IV distingue i disturbi correlati alla cannabis in disturbi da uso di cannabis, dipendenza e abuso di cannabis e disturbi indotti da cannabis, intossicazione, intossicazione con alterazioni percettive, delirium da intossicazione, disturbo psicotico indotto da cannabis con deliri, disturbo psicotico indotto da cannabis con allucinazioni, disturbo d'ansia indotto da cannabis e disturbo indotto da cannabis non altrimenti specificato (altri disturbi) (American Psychiatric Association 2000).

Studi clinici nel corso degli ultimi dieci anni hanno prodotto evidenze circa l'esistenza di una sindrome da astinenza da cannabis. Attualmente questo disturbo non è contemplato fra le diagnosi del DSM-IV e del ICD-10 (Copeland et al. 2009).

Il consumo di cannabis può essere fra gli adolescenti parte di un ampio spettro di altri problemi da consumo di sostanze, problemi della condotta e disturbi psichiatrici (comorbidità).

C'è accordo inoltre fra i clinici circa la possibilità da parte degli adolescenti che usano cannabis di sviluppare depressione (Rey et al. 2002, Johns 2001, Gobbi 2009). Ci sono inoltre evidenze che gli individui affetti da depressione hanno più probabilità di usare la cannabis e l'assunzione di cannabis è associata ad un incremento dell'ansia, della depressione e dei tentativi di suicidio. Bisogna che i clinici facciano domande circa l'uso di cannabis negli adolescenti depressi, in quelli che fumano sigarette, bevono alcohol o manifestano problemi della condotta (Rey et al. 2002).

Non sono ad oggi approvati farmaci specifici per la cura dei disturbi da uso di cannabis.

Un altro dato sul quale molte evidenze convergono è la maggior incidenza di episodi di aggressività o comportamenti delinquenti nei soggetti che fanno uso di cannabis (Rey et al. 2002).

I disturbi indotti dalla cannabis (intossicazione, psicosi, ecc.) richiedono valutazione e assistenza medica in ambiente sanitario.

Esistono vari trattamenti psicologici che si sono dimostrati efficaci nel trattamento della dipendenza da cannabis. Fra questi sono da citare gli interventi basati sul colloquio motivazionale, la terapia cognitivo-comportamentale e interventi di trattamento condizionato ("contingency management"). La letteratura riguardante i trattamenti sulla dipendenza da cannabis sui soggetti adolescenti è piuttosto scarsa (17 studi tra il 1998 e il 2008), molto più abbondante è quella sugli adulti. Rispetto agli adolescenti uno studio randomizzato, ben curato dal punto di vista metodologico, è quello di Dennis (2004) denominato CYT (Cannabis Youth Treatment).

#### Contatti ed agganci

Gli adolescenti che usano cannabis possono essere agganciati in vari modi. Ai servizi per le dipendenze spesso arrivano quando la situazione è conclamata e/o su richiesta dei familiari preoccupati per un possibile uso o perché hanno chiari indizi di uso di sostanze.

Sono stati individuati alcuni ambienti e realtà che potrebbero in qualche modo venire in contatto con questi soggetti in una fase molto precoce. Il loro ruolo può essere sia quello di attuare un intervento informativo e preventivo, sia quello di coinvolgere l'adolescente e la sua famiglia per aiutarli nell'affrontare tale aspetto problematico o per inviarli ai servizi specialistici.

## Medicina generale e ambulatori di pediatria

Può capitare che i soggetti che consumano cannabis presentino sintomi come sbalzi d'umore, difficoltà nel ciclo sonno veglia, cali nelle performance scolastiche. E' quindi probabile che i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta vengano consultati per problematiche di questo tipo. Nella valutazione a livello di medicina di base e negli ambulatori dei pediatri è opportuno che, quando il medico si trova a valutare un soggetto adolescente, tenga presente la possibilità che i sintomi possano essere correlati ad un eventuale uso di cannabis o di altre sostanze, soprattutto quando ci sono problemi scolastici, alterazioni dell'umore e comportamenti di trasgressione come bere e fumare sigarette. A questo livello i medici dovrebbero essere preparati a fare un primo screening attuando un primo intervento per la comprensione e gestione del problema. L'invio ai servizi specialistici per una consulenza è indicato in caso di sospetto che, alla base di un quadro di disagio psichico o fisico, sia correlato un consumo di sostanze.

E' chiaro che il loro ruolo è molto delicato in quanto i pazienti, famiglie comprese, che si presentano in questo contesto, spesso non chiedono aiuto per problemi con le sostanze d'abuso. L'ambiente dei servizi sanitari di base fornisce d'altra parte un'eccellente opportunità di fare brevi interventi per affrontare le problematiche di uso di cannabis.

## Consultori familiari

Anche i consultori possono venire in contatto con giovani (e loro famiglie) con problematiche d'uso di droghe, cannabis in particolare. Spesso le giovanissime si rivolgono a questi servizi per interventi legati alla contraccezione o a screening ginecologici. Sarebbe opportuno che anche questi servizi, laddove nelle consultazioni cogliessero indizi e segnali di situazioni di uso, operassero un primo livello di intervento informativo e preventivo e un invio ai servizi specialistici.

## Le unità di urgenza

La cannabis può essere la causa di quadri di intossicazione e di altri disturbi correlati che per gravità possono giungere all'attenzione dei servizi di urgenza. D'altra parte in casi di intossicazioni da più sostanze e da alcol, la cannabis potrebbe essere presente soprattutto quando i pazienti sono giovani o adolescenti.

Anche in casi di arrivo al Pronto Soccorso di adolescenti affetti da altre patologie acute, soprattutto se con segni di alterazione dello stato mentale, l'uso di sostanze andrebbe indagato e uno screening per le sostanze sarebbe auspicabile per favorire l'attenzione sul problema sia della persona stessa che della famiglia e prevedere quindi un invio successivo ai servizi di supporto specialistico.



## Gli ambulatori dei servizi specialistici

I giovani che giungono all'attenzione specialistica delle NPI per varie forme di disagio psicologico, disturbi psichici e comportamentali o che sono già in carico per problemi neurologici e psicologici nel corso dello sviluppo sono una popolazione a rischio per l'uso di droghe. E' importante che gli operatori in questi contesti siano attenti a svolgere un completo inquadramento della persona in carico (assessment) prevedendo anche domande e interventi di screening sulle possibili sostanze d'abuso.

## Il ricovero in reparti ospedalieri

I disturbi correlati alla cannabis raramente possono essere di gravità tale da richiedere un temporaneo ricovero in ambiente ospedaliero.

L'indicazione al ricovero in ospedale va valutata sulla base della gravità del quadro e sulla presenza/assenza di rischi comportamentali di autolesionismo soprattutto nelle gravi alterazioni dell'umore, nella sindrome di astinenza o negli episodi psicotici indotti dalla cannabis. In questi casi il coordinamento tra servizi ospedalieri, per la fase acuta, e i servizi territoriali, dopo la dimissione, è di fondamentale importanza per l'aggancio con l'utente.

## Segnalazioni e controlli delle Forze dell'Ordine e Servizi Sociali dei Comuni

Da un'analisi sui soggetti minori in carico presso il Dipartimento delle Dipendenze di Verona emerge nell'ultimo anno di osservazione che circa il 20% degli invii avviene per segnalazione dei Servizi Sociali del Comune, per segnalazioni per art.75, per interventi della Magistratura. Essi rappresentano quindi un contatto non spontaneo ma indotto. La gestione di queste segnalazioni è estremamente importante perché spesso rappresentano casi particolarmente gravi, con risorse familiari spesso scarse o compromesse. Diventa importante in questi casi avere a disposizione più strumenti terapeutici così come i "controlli" (non solo sulle urine) che possono essere dei buoni deterrenti per favorire la cessazione dei comportamenti di uso.

Considerazioni  
generali sul  
trattamento degli  
adolescenti

I ragazzi che consumano cannabis in larga parte non cercano spontaneamente aiuto e un trattamento. Gli adolescenti non cercano il trattamento per motivi intrinseci alla fase dello sviluppo: si sentono onnipotenti, sono spinti dall'impulso di sperimentare, non sono in loro ancora mature le funzioni esecutive superiori. Molti inoltre non hanno ricevuto una adeguata educazione a riconoscere i rischi e le conseguenze di alcuni comportamenti.

Di quelli che si presentano per un trattamento, molti sono costretti, su invio del tribunale dei minori o sotto pressione delle famiglie o della scuola e possono essere non motivati a cambiare i loro comportamenti. Dalla letteratura non emerge però che la motivazione estrinseca possa essere un fattore che va ad incidere sull'esito della terapia, anche se sono auspiccate ricerche che vadano a monitorare l'influenza della motivazione nelle terapie (Waldron, 2008).

Dal momento che spesso non completano la terapia, gli adolescenti hanno

bisogno di ricevere una accurata informazione subito all'inizio del trattamento: la valutazione e la psico-educazione sulle strategie di protezione dai rischi dovranno avvenire durante le primissime sedute (Copeland et al. 2009).

Il coinvolgimento della famiglia nel trattamento del minore con problemi di abuso e dipendenza da droghe, oltre ad essere un obbligo di legge, rappresenta una pratica indicata sul piano clinico per le implicazioni che ha sull'esito dei trattamenti e sulle possibilità di mantenimento dei risultati terapeutici. Si può affermare che lo scopo principale del coinvolgimento dei genitori è quello: 1) di ridurre in loro sensazioni di vergogna, impotenza; 2) di riconoscere loro la centralità per l'esito del trattamento, 3) di facilitare la messa in atto di soluzioni più flessibili e facilitanti i momenti critici, 4) di proporre una riflessione congiunta per lo sviluppo di competenze e controllo sui figli facilitanti i naturali processi della separazione. Per i soggetti adolescenti inoltre sapere che i propri genitori partecipano o sono coinvolti attivamente nel percorso di cambiamento è di per sé una condizione che promuove lo sviluppo (Bleiberg, 2004).

Da una analisi della letteratura scientifica a livello internazionale non risulta ad oggi nessuna evidenza scientifica di farmacoterapie per la gestione dell'astinenza e del craving correlati all'uso di cannabis (per un approfondimento Copeland, 2009, Nordstrom 2007).

Attualmente non ci sono quindi terapie farmacologiche approvate per il trattamento della dipendenza, dell'abuso e dell'astinenza da cannabis.

Non può essere fatta, quindi, alcuna raccomandazione sull'uso di farmaci per il trattamento dei disturbi correlati alla cannabis.

Farmaci

Esistono vari trattamenti psicologici che si sono dimostrati efficaci nel trattamento della dipendenza da cannabis. Fra questi sono da citare gli interventi di counselling basato sul colloquio motivazionale, la terapia cognitivo-comportamentale e interventi di "contingency management" ossia di intervento basato sul rinforzo positivo e sugli incentivi (trattamento condizionato).

Nell'adolescente con disturbi della condotta e altri disturbi associati al consumo di cannabis in cui siano evidenti implicazioni dovute a disfunzionalità del sistema di relazioni familiari può risultare indicato l'invio della famiglia ad un programma specialistico di terapia familiare.

Per i giovani invece con comorbidità psichiatrica e problemi legati alla criminalità sono necessarie terapie molto più intensive e più lunghe da parte di personale multidisciplinare.

I programmi di gruppo-terapia e di supporto tra pari inoltre potrebbero risultare utili per i consumatori di cannabis, così come lo sono per i problemi legati all'uso di alcol ed altre droghe.

La letteratura inerente gli interventi psicologici per l'uso di cannabis riporta una serie di approcci terapeutici, in particolare gli interventi basati sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e quelli basati sull'approccio motivazionale.

Interventi  
psicologici

La terapia cognitivo-comportamentale prevede l'insegnamento e la pratica di abilità comportamentali e cognitive per gestire i fattori che possono portare ad una ricaduta (rifiuto della sostanza, gestione del craving, dei disturbi dell'umore, evitamento di ambienti ad elevato rischio d'uso, gestione delle relazioni, pratica di attività alternative, ecc.). Si focalizza essenzialmente su una migliore comprensione della correlazione tra fattori scatenanti ("trigger"), pensieri e comportamenti e sullo sviluppo di abilità per evitare tali fattori e

Terapia  
cognitivo-  
comportamentale



per minimizzare il loro impatto.

La terapia cognitivo-comportamentale è una terapia di provata efficacia che lavora sul presupposto che la conoscenza e il comportamento sono spesso legati in modo intrinseco. L'uso di sostanze è il principale meccanismo che i soggetti dipendenti mettono in atto per far fronte ad una serie di situazioni, siano esse negative (lo stress) che positive (gratificazioni). L'enfasi viene posta sull'insegnamento ai pazienti a rinunciare alle vecchie consuetudini e a sostituirle con abilità nuove, più funzionali. La terapia consente ai pazienti di sviluppare, sotto la supervisione clinica, tecniche per il cambiamento dei processi di pensiero, abilità cognitive e comportamentali di adattamento per arrivare a ridurre o ad interrompere la dipendenza dalla sostanza. Tra queste:

- tecniche per gestire le urgenze e il craving,
- riconoscimento dei fattori scatenanti l'uso di sostanze,
- strategie personali per evitare o gestire tali fattori,
- strategie per gestire i sintomi astinenziali,
- strategie per prevenire le ricadute,
- strategie per gestire le emozioni negative e lo stress,
- tecniche di rilassamento,
- abilità di comunicazione e di assertività.

#### Contingency management

Gli interventi di "contingency management" si sono dimostrati efficaci nel mantenere l'astinenza durante e dopo il trattamento. Si tratta di interventi basati su incentivi per accrescere la partecipazione alle sedute di terapia o per stimolare il conseguimento di esiti negativi delle urine. Si evidenzia che la contingency management viene attuata nel trattamento come intervento di incentivazione agli altri approcci (motivazionale e cognitivo-comportamentale). E' una pratica che non trova il consenso di molti terapeuti e non risulta facilmente applicabile in molte realtà sanitarie anche se gli aspetti di incentivazione comportamentale andrebbero presi in considerazione nei programmi di trattamento con gli adolescenti.

Questo tipo di approccio è già stato utilizzato proficuamente per promuovere l'astinenza da cocaina (Budney & Higgins, 1998) attraverso incentivi tangibili (voucher) a fronte di test negativi delle urine una o due volte la settimana.

Dei cinque studi pubblicati inerenti questo tipo di approccio applicato all'uso della cannabis, tutti riferiscono esiti positivi (Budney et al., 2006). Anche se non sono disponibili studi sperimentali di efficacia, esistono chiare evidenze in tutta la letteratura inerente l'abuso di sostanze dell'effettiva capacità di tali programmi basati sugli incentivi di determinare livelli di astinenza a breve e a medio termine.

#### Le terapie brevi

Gli interventi brevi e precoci sono indirizzati ai pazienti che hanno problemi legati all'uso di cannabis ma che non chiedono aiuto, pur essendo a rischio di dipendenza. L'obiettivo è perciò quello di ridurre i danni derivanti dall'uso della sostanza.

Se è vero che solo l'astinenza è in grado di proteggere dai possibili danni derivanti dall'uso di THC, non tutti i pazienti sono pronti e motivati a raggiungerla. Cercare, allora, di lavorare attraverso obiettivi intermedi quali la limitazione dell'uso o delle situazioni a rischio, consente ai pazienti di avere una maggiore padronanza di sé e di accrescere, di conseguenza, la loro motivazione a raggiungere obiettivi più difficili, quali appunto l'astinenza.

Gli interventi brevi, oggetto di evidenze sperimentali comprendono in genere da una a nove sessioni e prevedono (Marsh, Dale & Willis, 2007):

- distribuzione di materiale di auto-aiuto,



- una breve valutazione/screening,
- counselling e informazioni,
- una valutazione della motivazione al cambiamento,
- l'insegnamento di tecniche di problem-solving,
- di definizione degli obiettivi,
- di prevenzione delle ricadute,
- di riduzione del danno
- di assistenza nel follow-up.

Secondo Miller e Sanchez (1993), gli elementi di efficacia delle terapie brevi sono, i seguenti:

Elementi di efficacia

- il feedback dopo la valutazione clinica
- l'enfasi sulla responsabilità di un individuo rispetto al suo uso di sostanze e al suo comportamento;
- consigli chiari, pratici e materiale di auto-aiuto;
- un elenco di cose concrete da fare e di comportamenti da adottare;
- l'empatia, il supporto e l'assenza di giudizio;
- l'enfasi sul concetto di auto-efficacia rispetto alla capacità della persona di cambiare.

La relazione con la famiglia è un aspetto importante da tenere in considerazione quando si parla di trattamento per uso di sostanze, in particolare se il paziente è adolescente.

Gli interventi sulla famiglia

Innanzitutto occorre una valutazione della disponibilità e della capacità di una famiglia di intraprendere un trattamento di tipo familiare. Tale valutazione dovrebbe includere inoltre le condizioni di salute mentale dei membri della famiglia e l'uso di sostanze da parte dei genitori.

Le famiglie dovrebbero essere supportate a vari livelli e in relazione al loro grado di coinvolgimento con il consumatore di cannabis, dal supporto tramite il counselling telefonico (informazioni, problem-solving), all'inserimento nel percorso di valutazione e cura.

I gruppi di supporto possono essere utili ai membri della famiglia per diminuire il senso di isolamento e per avere informazioni e aiuto da parte di personale esperto.

Questo tipo di interventi deve essere effettuato soltanto da operatori con una formazione adeguata e con maturata esperienza di lavoro con le famiglie.

Principi di intervento con le famiglie

I presupposti che sostengono l'intervento di supporto per le famiglie sono (Patterson & Clapp, 2004):

- Il coinvolgimento delle famiglie nei servizi di trattamento può portare a migliori risultati per l'individuo;
- Le famiglie sono capaci e spesso desiderose di cambiare per supportare l'individuo durante il trattamento;
- I pazienti sono i migliori conoscitori delle loro famiglie e forniscono importanti feedback del livello di coinvolgimento che può essere richiesto alla famiglia.

Non sono disponibili studi che forniscano indicazioni su quale tipo di terapia familiare funzioni meglio. I tre modelli di terapia familiare supportati da maggiori evidenze scientifiche sono:

- la terapia familiare funzionale (Waldron et al., 2001),
- la terapia familiare multidimensionale (MDFT) (Liddle et al., 2001)
- la terapia multisistemica (Henggeler et al., 2002).



#### Terapia funzionale

La terapia familiare funzionale è risultata efficace con giovani ad elevato rischio d'uso e che mostravano di avere, o di aver avuto, problemi con la giustizia. E' un programma fortemente strutturato costituito da diverse fasi, ciascuna con obiettivi specifici e tecniche di intervento specifiche. Esso cerca dapprima di sviluppare i punti di forza dei membri della famiglia e il senso di auto-efficacia nel migliorare la situazione. Fornisce alla famiglia una base per il cambiamento e per il funzionamento successivo.

#### Terapia multi-dimensionale

E' un trattamento basato sulla famiglia sviluppato per gli adolescenti con problemi legati all'uso di sostanze e con problemi di tipo comportamentale. L'obiettivo è quello di ridurre o interrompere l'uso di sostanze da parte degli adolescenti, di risolvere altri problemi comportamentali e di migliorare il funzionamento complessivo della famiglia. E' riconosciuto a livello internazionale tra i trattamenti più efficaci per far fronte ai problemi di uso di sostanze da parte degli adolescenti (Branningan et al., 2004; Rigter, Gaggeldonk & Katelaars, 2005). La sua efficacia nel ridurre l'uso di cannabis è supportata da due studi randomizzati. Il primo confronta la terapia familiare multidimensionale con la terapia di gruppo degli adolescenti e l'intervento educativo multifamiliare (Liddle et al., 2001); il secondo mette a confronto l'efficacia della terapia familiare multidimensionale con altri interventi tra cui la terapia cognitivo-comportamentale e il sostegno motivazionale (Dennis et al., 2002). Dai primi esperimenti che hanno impiegato la terapia familiare multidimensionale sui giovani è emerso un miglioramento complessivo nettamente superiore agli altri trattamenti per quanto riguarda l'uso di cannabis, e più in generale il funzionamento psico-sociale, il funzionamento familiare e il rendimento scolastico. Tali risultati indicano che questo tipo di approccio potrebbe essere particolarmente utile per i giovani con problemi comportamentali associati a uso di sostanze.

#### Terapia multi-sistemica

La terapia multisistemica utilizza un approccio globale ai problemi degli adolescenti perché interviene sul giovane, sulla sua famiglia, sul gruppo di pari, sulla scuola e sulla comunità. Secondo questo approccio (Henggeler, 2002) l'individuo viene visto come inglobato in un sistema complesso di interconnessioni che comprendono l'individuo la famiglia e contesti extrafamiliari (gruppo pari, vicini, scuola, ecc.). Il punto cardine del trattamento è il cambiamento nei processi disfunzionali che si osservano in questi sistemi.

Gli adolescenti e gli individui con disturbi mentali correlati all'uso di cannabis richiedono trattamenti ad hoc. Essi sembrano rispondere bene ai trattamenti che associano terapie strutturate basate sulla famiglia, rinforzo motivazionale, terapia cognitivo comportamentale e, secondo studi recenti, interventi di "contingency management".

#### Adolescenti con disturbi mentali

Gli individui che presentano sia dipendenza da cannabis che problemi di salute mentale (quali ansia, depressione, o psicosi quali schizofrenia) necessitano in modo particolare di interventi integrati per il trattamento sia dei problemi legati alla salute mentale che di quelli relativi all'abuso di sostanze. Va evidenziata a questo proposito la necessità e l'importanza di una collaborazione stretta tra gli operatori deputati ai diversi trattamenti al fine di fornire al paziente un trattamento completo ed integrato finalizzato al suo recupero.

#### Relazione terapeutica con minore affetto da disturbi correlati alla cannabis e la sua famiglia

La ricerca ha dimostrato che una forte alleanza terapeutica è condizione necessaria, anche se non sufficiente, per una terapia efficace. La relazione terapeutica richiede flessibilità, sincerità, rispetto, affidabilità, calore, fiducia,



interesse e apertura mentale. Quindi l'efficacia di un trattamento dipende dalla capacità dell'operatore sanitario di stabilire una relazione terapeutica oltre che dalle sue abilità e preparazione specialistica (Copeland et Al. 2009). Ciò vale per tutti tipi di pazienti, ma vale ancora di più per gli adolescenti, i pazienti con doppia diagnosi, ecc.

La relazione terapeutica è uno strumento di esplorazione che ha la finalità non di modificare un comportamento disadattivo, né di far sì che il paziente pensi meglio, bensì di portare il paziente a conoscere meglio il suo modo di funzionare (Guidano, 2004).

In questo senso la relazione terapeutica diventa ancora più importante nella fase adolescenziale. Infatti l'adolescente, pur nella sua instabilità dell'umore, è l'unico esperto di sé stesso sebbene non ne sia consapevole e anzi percepisca il contrario. Compito del terapeuta è quindi quello di guidarlo alla scoperta di questi processi. Questo richiede un avvio rapido di una relazione ad elevata empatia per l'urgenza con cui l'adolescente tende a vivere tutte le proprie esperienze e ancora maggiormente quelle percepite come negative e quindi fonte di disagio. (Lambruschi, 2004).

Scopo principale della terapia è quello di aiutare il soggetto a diventare responsabile di sé stesso (inner agency), ossia di acquisire la sensazione di padroneggiamento della realtà, della self efficacy, ecc.

Al terapeuta spetta un compito arduo in quanto la relazione può slittare dalla "direttività" all'"amicalità", per cui se, da una parte è necessario un setting particolarmente flessibile per agganciare e mantenere in trattamento il giovane soggetto, dall'altra è necessario che il terapeuta sia particolarmente esperto.

Dalla capacità del professionista e dell'intero staff di stabilire una buona relazione interpersonale con il paziente giovane e la sua famiglia fin dai primi momenti del contatto dipende quindi gran parte della qualità e dell'esito del trattamento. E' necessario strutturare interventi terapeutici come "contesti sicuri" e altamente prevedibili.

Il modo e lo stile, dunque, in cui lo psicoterapeuta interagisce con l'utente (fattori aspecifici della terapia) risulta importante quanto gli aspetti tecnici dell'approccio teorico e clinico che usa (i cosiddetti fattori specifici).

Tra le varie opzioni di trattamento sono citate in letteratura per la dipendenza da cannabis negli adulti i gruppi di supporto tra pari, sul modello dei gruppi di auto-aiuto per altre sostanze (Alcolisti Anonimi, Narcotici Anonimi). Non sono tuttavia disponibili dati relativi ai risultati conseguiti da tali programmi.

Gruppi di supporto  
tra pari

Alla luce di quanto sopra riportato si possono trarre alcune conclusioni:

Conclusioni

1. non ci sono approcci farmacologici disponibili per il trattamento dei disturbi correlati alla cannabis negli adolescenti e le evidenze che ci sono fanno pensare che servirà ancora tempo per poterne usufruire. Considerato che si tratta di soggetti adolescenti la via farmacologica, anche nell'eventualità fosse disponibile, dovrebbe essere considerata secondaria rispetto ad altri trattamenti;
2. le psicoterapie presentate sembrano funzionare in maniera analoga. La terapia cognitivo-comportamentale, il rinforzo motivazionale, la terapia familiare in associazione con il contingency management sono le strade più indicate per ottenere buoni risultati di astensione al follow up (una buona parte delle rilevazioni fatta a 12 mesi dalla fine dell'intervento);
3. il coinvolgimento delle famiglie con terapie mirate risulta particolarmente efficace. Una buona parte degli studi sottolinea la necessità di operato-



- ri esperti per questo tipo di terapia;
4. molti degli studi presentati prevedono un trattamento manualizzato (14 su 17 interventi specifici sugli adolescenti). L'applicabilità di queste terapie manualizzate nella realtà italiana è molto discussa. Ciò che ci sembra importante sottolineare è la loro conoscenza per integrarle o prendere spunti per la pratica;
  5. la necessità della formazione degli operatori, in quanto oltre alla necessità di articolare setting multipli che prevedano l'intervento in contesti differenziati è altresì indispensabile operare con un lavoro interdisciplinare che preveda l'intervento di più figure professionali.

## Bibliografia

---

- Alcoholics Anonymous. (1976). *Alcoholics anonymous*, 3rd edn. New York: Alcoholics Anonymous World Services.
- American Psychiatric Association (APA) - DSM-IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. 2000. Washington D.C.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 37, 122–147.
- Gobbi, G., Bambico, F.R., Nguyena, N.T., Katza N.,. (2010) Chronic exposure to cannabinoids during adolescence but not during adulthood impairs emotional behaviour and monoaminergic neurotransmission *Neurobiology of Disease* Volume 37 Issue 3 March Pages 641-655
- Brannigan, R., Schackman, B.R., Falco, M., & Millman, R.B. (2004). The quality of highly regarded adolescent substance abuse treatment programs: Results of an in-depth national survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 158, 904–909.
- Budney, A.J. & Higgins, S. (1998). A community reinforcement plus vouchers approach: Treating cocaine addiction. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. Budney, A.J. & Hughes, J.R. (2006). The cannabis withdrawal syndrome. *Current Opinion in Psychiatry* 19, 233-238.
- Budney, A.J., Moore, B.A., Sigmon, S., & Higgins, S.T. (2006). Contingency-management interventions for cannabis dependence. In R. Roffman & R. Stephens (eds.), *Cannabis dependence: Its nature, consequences, and treatment*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 155–176.
- Cannabis Treatment Research Project Group. (2004) Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(3), 455–466.
- Carroll, K.M., Easton, C.J., Nich, C., Hunkele, K.A., Neavins, T.M., Sinha, R., Ford, H.L., Vitolo, S.A., Doebrick, C.A., & Rounsaville, B.J. (2006). The use of contingency management and motivational/skillsbuilding therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(5), 955–966.
- Copeland, J. & Swift, W. (2009) Cannabis use disorder. *Epidemiology and management. International Review of Psychiatry* 21, 96-103.
- Copeland, J., Frewen A., Elkins, K. - *Management of cannabis use disorder and related issues. A clinician's guide*. 2009. National Cannabis Prevention and Information Centre, University of New South Wales, Sidney
- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R.A., & Stephens, R.S. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 21,55–64.
- Copello, A., Templeton, L., Velleman, R., Orford, J., Patel, A., Moore, L., & Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two primary-care brief interventions for family members affected by the addictive problem of a close relative: A randomised trial. *Addiction* 104, 49–58.

- Dennis, M., Titus, J.C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S.H., Tims, F.M., Webb, C., Kaminer, Y., Babor, T., Roebuck, M.C., Godley, M.D., Hamilton, N., Liddle, H., & Scott, C.K. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design and analysis plans. *Addiction* 97 Suppl 1, 16–34.
- Frye, S., Dawe, S., Harnett, P., Kowalenko, S., & Harlen, M. (2008). Supporting the families of young people with problematic drug use. Canberra: Australian National Council on Drugs.
- Henggeler, S.W., Clingempeel, W.G., Brondino, M.J., & Pickrel, S.G. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(7), 868–874.
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W.R. (2005). A Meta-Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness (MARMITE). *Annual Review of Clinical Psychology* 1, 91–111.
- John, A. (2001) Psychiatric effects of cannabis. *British Journal of Psychiatry*, 178, 116–122
- Kadden, R.M., Litt, M.D., Kabela-Cormier, E., & Petry, N.M. (2007). Abstinence rates following behavioural treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviours* 32(6), 1220–1236.
- Lambruschi, F., (2007) *Psicoterapia Cognitiva dell'Età evolutiva* Bollati Boringhieri Torino.
- Liddle, H.A. (2002). Multidimensional family therapy for adolescent cannabis users. Cannabis Youth Treatment Series vol. 5. Rockville, MD: SAMHSA. Available on line: <http://ncadistore.samhsa.gov/catalog/productdetails.aspx?Productid=15872>.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S. Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional Family Therapy for adolescent substance abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 27(4), 651–688.
- Marsh, A., Dale, A. & Willis, L. (2007). Evidence Based Practice Indicators for Alcohol and Other Drug Interventions: Summary, 2nd edn. Western Australian Drug and Alcohol Office. Available on line: <http://www.dao.health.wa.gov.au>
- Martin, G. & Copeland, J. (2008). The Adolescent Cannabis Check-up: A randomised trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, 407–414.
- Mattick, R.P. & Jarvis, T. (1993). An outline for the management of alcohol problems: Quality assurance project. National Drug Strategy Monograph no. 20. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (eds.). (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R. & Sanchez, V.C. (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In Howard, G. (ed.), *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Miller, W.R. (1995). Motivational enhancement therapy with drug abusers. National Institute on Drug Abuse. Available on line: <http://www.motivationalinterview.org/clinical/metdrugabuse.pdf>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) – Marijuana abuse – Research Report Series. 2005. NIH publication Number 05-3859.
- Nordstrom B.R., Levin R.R. (2007) Treatment of Cannabis Use disorder: A review of the Literature. *The American Journal of Addiction* 16:331-342.
- Patterson, J. & Clapp, C. (2004). Working with families. Clinical Treatment Guidelines for Alcohol and Drug Clinicians no. 11. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc.
- Petry, N.M. & Simic, F. (2002). Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: Clinical and research perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment* 23, 81–86.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy, theory, research and practice*, 19, 277–288.
- Project MATCH Research Group. (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 17, 1130–1145.
- Rees, V., Copeland, J. & Swift, W. (1998). A brief cognitive behavioural intervention for cannabis dependence: Therapists' treatment manual. Technical Report no. 64. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- Rey J.M., M. G. Sawyer, B. Raphael, G.C. Patton and M. Lynskey – Mental health of teenagers who use cannabis – *British Journal of Psychiatry* (2002) 180, 216–221.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A. & Ketelaars, T. (2005). Treatment and other interventions targeting drug use and addiction: State of the art 2004. Utrecht, the Netherlands: National Drug Monitor.
- Sinha, R., Easton, C., Renee-Aubin, L., & Carroll, K.M. (2003). Engaging young probation-



referred marijuanaabusing individuals in treatment: A pilot trial. *The American Journal on Addictions* 12, 314–323.

- Steinberg, K.L., Roffman, R.A., Carroll, K.M., Mcree, B., Babor, T.F., Miller, M., Kadden, R., Duresky, D., & Stephens, R. (2005). Brief counselling for marijuana dependence: A manual for treating adults. DHHS Publication No. [SMA] 05-4022. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 898–908.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Simpson, E.E. (1994). Treating adult marijuana dependence: A test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 92–99.
- Waldron, H.B., Slesnick, N., Turner, C.W., Brody, J.L., & Peterson, T.R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, 802–813.
- Waldron, H.B., Turner, C.W. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 37 (1), 238-261.