



DICASTERY FOR PROMOTING
INTEGRAL HUMAN DEVELOPMENT

INTERNATIONAL CONFERENCE

DRUGS AND ADDICTIONS

AN OBSTACLE TO INTEGRAL HUMAN DEVELOPMENT

DROGHE E DIPENDENZE

UN OSTACOLO ALLO SVILUPPO UMANO INTEGRALE

29 NOVEMBER - 1 DECEMBER 2018

NEW SYNOD HALL - VATICAN CITY



LIBRERIA
EDITRICE
VATICANA



DICASTERY FOR PROMOTING
INTEGRAL HUMAN DEVELOPMENT

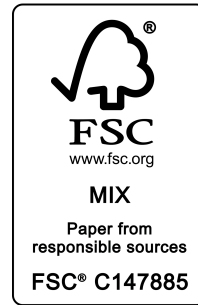
INTERNATIONAL CONFERENCE
DRUGS AND ADDICTIONS
AN OBSTACLE TO INTEGRAL HUMAN DEVELOPMENT

UN OSTACOLO ALLO SVILUPPO UMANO INTEGRALE

29 NOVEMBER - 1 DECEMBER 2018
NEW SYNOD HALL - VATICAN CITY



LIBRERIA
EDITRICE
VATICANA



© 2020 - Amministrazione del Patrimonio della Sede Apostolica
e Libreria Editrice Vaticana - Città del Vaticano - All rights reserved
International Copyright handled by Libreria Editrice Vaticana
00120 Città del Vaticano
Tel.: +39 06 698 5780 - Fax: +39 06 698 84716
Email: commerciale.lev@spc.va
www.vatican.va
www.libreriaeditricevaticana.va

ISBN 978-88-266-0400-8

Graphic design by: CO.Art srl - Roma

INDICE

Discorso del Santo Padre Francesco	8
---	----------

GIOVEDÌ 29 NOVEMBRE **SESSIONE INAUGURALE**

Parola di benvenuto	
Sua Eminenza il Card. Peter Kodwo Appiah Turkson	12
Una riflessione sulla Droga e le Dipendenze	
Sua Eminenza il Card. Pietro Parolin	14
Tra la morte e la vita	
Rev. Mons. Bruno Marie Duffé	17
Saluto delle Autorità	
Sig. Olivier Onidi	20

I SESSIONE: QUADRO GENERALE **PROLUSIONE**

Il fenomeno della droga oggi e le Convenzioni Internazionali sulla droga	
Dott. Gilberto Gerra	23
Produzione e Traffico di droga: la situazione nelle varie regioni del mondo	
Sig. Antonio Mazzitelli	32
Il fenomeno della droga: la situazione europea	
Sig. Alexis Goosdeel	41
La Santa Sede e la ratifica delle Convenzioni Internazionali sulla droga	
Mons. Januszs Urbańczyk	54

Nuove sostanze psicoattive

Magg, Riccardo Napoli 66

La prevalenza delle Nuove Sostanze Psicoattive nel Nord-Est asiatico: Sfide e strategie

Prof. Jih-Heng Li 74

II SESSIONE: LE DIPENDENZE

Sotto il segno del “craving” - La base di ogni dipendenza

Prof. Umberto Nizzoli 78

Dipendenza da internet: tra presente e futuro

Prof.ssa Mary Aiken 93

Gioco d'azzardo patologico e internet

Sig.ra. Noriko Tanaka 106

Dipendenza dal sesso e pornodipendenza

Dott. Peter C. Kleponis, Ph.D. 115

VENERDÌ 30 NOVEMBRE 2018

III SESSIONE: ASPETTI TEOLOGICI, ANTROPOLOGICI ED ETICO-PASTORALI

Farsi prossimo nel tempo delle crisi

Rev.do Don Vincenzo Sorce 127

La Pastorale sanitaria nell'ambito delle dipendenze: inquadramento e Counseling

P. Antonio Mancini, M.I. 143

“La pietra scartata”

Dott. Alessandro Zaccuri 158

IV SESSIONE: PREVENZIONE – EDUCAZIONE

Tavola Rotonda: Prevenzione e educazione nella lotta alle dipendenze

La prevenzione come dimensione educativa

Sig. C. C. Joseph 166

Il ruolo della famiglia e della scuola Prof. José Ramón Fernández Hermida	170
La Prevenzione nella società contemporanea Dott.ssa Immaculate Nanziri	182
I media e la comunicazione Prof. Pier Cesare Rivoltella	187
Presentazione di un progetto sulla prevenzione dell'abuso di droghe S.E. la Sig.ra María Elvira Velásquez Rivas-Plata	192
 V SESSIONE: CURA – RIABILITAZIONE Tavola Rotonda: Cura e Riabilitazione	
La cura della dipendenza: percorsi di recupero Dott.ssa Linda Nilsson	196
Droga ed altre dipendenze: esperienze e strategie Fra. Hans Stapel, ofm	199
Dipendenze e percorsi riabilitativi Rev.do Don Ivan Filipovic	202
Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo Dott. Marcos Randle	209
Droga e Dipendenze nello scenario giovanile Dott.ssa Chiara Amirante	216
Alcune proposte dalle Comunità Terapeutiche Dott.ssa Sushma Taylor	221

VI SESSIONE: IL CONTRIBUTO DELLE COMUNITÀ ECCLESIALI E DELLE ORGANIZZAZIONI	
Tavola Rotonda: l'impegno della Chiesa nella lotta alle dipendenze e Best Practices	

AMERICA DEL NORD

Dott.ssa MC Sullivan RN MTS JD 225

AMERICA LATINA

P. Gabriel Mejía Montoya 230

Magister Roberto Moro 233

Rev. Fr. Carlos Olivero 240

AFRICA

Dott.ssa Anita Appiah 245

ASIA

Rev. Fr. Roberto D. Dela Cruz 250

EUROPA

Dott. Darren Butler 255

OCEANIA

Dott. Alex Wodak, AM 262

Santa Messa alla Basilica di San Pietro Altare della Cattedra

Omelia

Sua Eminenza il Card. Pietro Parolin 268

SABATO 1 DICEMBRE 2018**VII SESSIONE: RACCOMANDAZIONI E CONCLUSIONI****Conclusioni e raccomandazioni generali**

Prof. Nicolò Pisanu 273

Raccomandazioni e alcuni punti di azione pastorale

P. Mancini, M.I. 278

Conclusioni e raccomandazioni**sulle convenzioni internazionali sulla droga**

Prof.ssa Talitha Vassalli di Dachenhausen 282



Discorso del Santo Padre Francesco ai Partecipanti alla Conferenza Internazionale sul tema: "Droghe e dipendenze: un ostacolo allo sviluppo umano integrale"

Cari fratelli e sorelle,

vi accolgo volentieri al termine della vostra Conferenza Internazionale sulla Droga e le Dipendenze. Vi saluto tutti cordialmente e ringrazio il Cardinale Turkson per le parole con cui ha introdotto il nostro incontro.

In questi giorni avete affrontato temi e problematiche legati al preoccupante fenomeno della droga e delle vecchie e nuove dipendenze che ostacolano lo sviluppo umano integrale. L'intera comunità nel suo insieme è interpellata dalle attuali dinamiche socio-culturali e dalle forme patologiche derivate da un clima culturale secolarizzato, segnato dal capitalismo di consumo, dall'autosufficienza, dalla perdita dei valori, dal vuoto esistenziale, dalla precarietà dei legami e delle relazioni. La droga, come già più volte sottolineato, è una ferita nella nostra società, che intrappola molte persone nelle sue reti. Sono vittime che hanno perso la loro libertà in cambio di questa schiavitù, di una dipendenza che possiamo definire chimica.

L'uso della droga causa gravissimi danni alla salute, alla vita umana e alla società, voi lo sapete bene. Tutti siamo chiamati a contrastare la produzione, l'elaborazione e la distribuzione della droga nel mondo. È dovere e compito dei governi affrontare con coraggio questa lotta contro i trafficanti di morte. Trafficanti di morte: non dobbiamo avere paura di dare questa qualifica. Un ambito sempre più rischioso si sta rivelando lo spazio virtuale: in alcuni siti di Internet, i giovani, e non solo, vengono adescati e trascinati in una schiavitù dalla quale è difficile liberarsi e che conduce alla perdita del senso della vita e a volte della vita stessa. Di fronte a questo scenario preoccupante, la Chiesa sente come urgente il bisogno di instaurare nel mondo contemporaneo una forma di umanesimo che riporti al centro del discorso socio-economico-culturale la persona umana; un umanesimo che ha quale fondamento il "Vangelo della Misericordia". A partire da esso, i discepoli di Gesù trovano ispirazione

per attuare un'azione pastorale veramente efficace al fine di alleviare, curare e guarire le tante sofferenze legate alle multiformi dipendenze presenti sulla scena umana.

La Chiesa, unitamente alle istituzioni civili, nazionali e internazionali, e alle diverse agenzie educative, è fattivamente impegnata in ogni parte del mondo per contrastare il diffondersi delle dipendenze mobilitando le proprie energie sulla prevenzione, la cura, la riabilitazione e sui progetti di reinserimento per restituire dignità a coloro che ne sono stati privati. Per vincere le dipendenze è necessario un impegno sinergico, che coinvolga le diverse realtà presenti sul territorio nell'attuare programmi sociali orientati alla salute, al sostegno familiare e soprattutto all'educazione. In questa prospettiva, mi unisco agli auspici che avete formulato nella vostra conferenza, affinché vi sia un maggiore coordinamento delle politiche antidroga e anti-dipendenze – non servono politiche isolate: è un problema umano, è un problema sociale, tutto dev'essere collegato – creando reti di solidarietà e prossimità nei confronti di coloro che sono segnati da queste patologie.

Cari fratelli e sorelle, vi ringrazio tanto per il contributo che avete offerto in questi giorni di studio e di riflessione. Vi incoraggio a proseguire, nei diversi ambiti in cui operate, il vostro lavoro di animazione e di sostegno anche in favore di coloro che sono usciti dal tunnel della droga e delle varie dipendenze. Queste persone hanno bisogno dell'aiuto e dell'accompagnamento di tutti noi: potranno così a loro volta lenire le sofferenze di tanti fratelli e sorelle in difficoltà.

Affido il vostro impegno e i vostri propositi di bene all'intercessione di Maria Santissima Salute degli Infermi e, mentre vi chiedo di pregare per me, benedico di cuore tutti voi, le vostre famiglie e le vostre comunità. Grazie.

Francesco





Parola di benvenuto

Sua Eminenza

il Card. Peter Kodwo Appiah TURKSON

Prefetto del Dicastero

per il Servizio dello Sviluppo Umano Integrale



Saluto cordialmente le Vostre Eminenze ed Eccellenze, il Corpo Diplomatico, le Autorità Istituzionali, nonché i relatori, i moderatori e tutti i partecipanti a questa Conferenza Internazionale. È un piacere per me darvi il benvenuto e vi ringrazio per esservi resi disponibili per queste tre giornate di riflessione e dialogo.

Permettetemi di esprimere il mio ringraziamento e la mia ammirazione, in particolare modo, a tutti coloro che ogni giorno si impegnano, a vari livelli, nella lotta al traffico illecito di stupefacenti come anche nella prevenzione, educazione, cura e riabilitazione di tutte le vittime della droga e delle altre dipendenze, delle quali avremo modo di parlare in questi giorni di Conferenza.

Il titolo scelto per questa Conferenza Internazionale: “Droghe e Dipendenze: un ostacolo allo sviluppo umano integrale”, vuole porre l’accento sul pericolo delle dipendenze che compromettono gravemente l’uso della facoltà umana di libertà, e impediscono lo sviluppo della totalità della persona, in ogni sua dimensione, nonché la promozione di ogni uomo e di tutto l’uomo.

Lo sviluppo umano integrale comporta una libera e solidale assunzione di responsabilità da parte di tutti e richiede una visione trascendente della persona in quanto senza Dio, lo sviluppo viene negato oppure affidato alle mani dell’uomo, gravemente diminuito nella sua libertà e soggetto d’una visione tristemente ridotta al momento presente, ai bisogni immediati, e ad un eccessivo individualismo. Nella sua dipendenza, la persona ospita una specie di illusione di non-vulnerabilità ed immortalità, facendo cadere la persona nell’errore di poter approfittare della vita senza preoccuparsi dell’avvenire e dell’eternità.

Viviamo in un universo in cui gli individui hanno sempre meno la coscienza dei limiti e dove tutto sembra accadere come se le difficoltà esistenziali

potessero trovare una soluzione ed una risposta attraverso il ricorso a prodotti che farebbero dimenticare i problemi, calmerebbero le inquietudini e darebbero l'impressione di vivere in una vita quasi perfetta, sia pur irrealistica. In questa logica, è facile cadere nelle dipendenze che sono indizio di una difficoltà nell'accettare la propria esistenza e nel riconoscerne il senso, spesso per mancanza di una crescita della vita interiore e di una vera strutturazione della personalità, che aprono la via dell'unificazione dell'essere.

La dipendenza dalla droga come anche quella da internet, dai giochi, dal sesso, ledono fortemente la libertà della persona, che è l'espressione fondamentale della dignità di ogni essere umano. Nel mio Messaggio, scritto in occasione della Giornata Mondiale contro l'abuso e il traffico illecito di droga 2018, ho richiamato le parole di Papa Francesco, affermando che il dramma lacerante della droga è un male che minaccia la dignità e la libertà di agire di ogni persona e spezza progressivamente l'immagine che il Creatore ha plasmato in noi. Questa piaga va condannata fermamente perché alimentata da uomini senza scrupoli, che, cedendo alla tentazione di facili guadagni, seminano morte stroncando speranze e distruggendo tante famiglie. La droga, come anche le altre dipendenze, è una ferita inferta alla nostra società che intrappola molte persone in una spirale di sofferenza e alienazione.

Questa Conferenza rientra quindi pienamente nella nostra missione al servizio della persona, specialmente quando è più debole; perché "Le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce degli uomini d'oggi, dei poveri soprattutto e di tutti coloro che soffrono, sono pure le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce dei discepoli di Cristo, e nulla Vi è di genuinamente umano che non trovi eco nel loro cuore." (GS, 1). Pertanto la vulnerabilità delle persone con dipendenze ci offrono un luogo, un'occasione per unire le forze per studiare a fondo il problema, attraverso la riflessione e la discussione, e per mettere in condivisione le pratiche migliori da seguire, al fine di operare un programma di cura e la riscoperta della dignità di quanti si sono lasciati sedurre da droghe e dipendenze. Riprendere in mano la propria vita, tornare a riconoscere la dignità che ognuno porta in sé, è il primo passo per tornare a sperare in una vita piena e realizzata.

In questi giorni vivremo anche un tempo di fraternità, che è nel cuore dell'esperienza cristiana. Celebreremo l'Eucaristia, sacramento di unità e riconciliazione tra di noi e con noi stessi, pregando per le vittime delle dipendenze, per le loro famiglie, per coloro che se ne prendono cura nonché per tutti gli uomini e le donne di buona volontà che lavorano per garantire un mondo libero dalle dipendenze. Auguro a tutti un proficuo tempo di riflessione e dialogo, dando con gioia inizio ai lavori!

Una riflessione sulle droghe e dipendenze

Sua Eminenza

il Card. Pietro PAROLIN

Segretario di Stato di Sua Santità



Eminenze, Eccellenze,

Distinte Autorità Signore e Signori,

Desidero ringraziare Sua Eminenza il Card. Peter K. A. Turkson, Prefetto del Dicastero per il Servizio dello Sviluppo Umano Integrale, per l'invito a intervenire a questa Conferenza Internazionale su un tema tanto spinoso, come quello qui affrontato: "Droga e dipendenze: un ostacolo allo sviluppo umano integrale". La mia riconoscenza va inoltre al Segretario Mons. Marie Bruno Duffé, ai Sottosegretari e a tutti gli Officiali, che hanno collaborato alla preparazione di questo evento.

Il fenomeno "dipendenze", per decenni segnalato come emergenza, ormai si presenta quale pandemia dai risvolti molteplici e mutanti, contraddistinto da aspetti talvolta drammatici. In particolare, tale fenomeno si è fortemente diffuso negli ultimi anni soprattutto fra i giovani, per cui non possiamo non esprimere profondo dolore e grande preoccupazione. Come ha affermato Papa Francesco, la droga, al pari delle altre dipendenze, "è un male e con il male non ci possono essere cedimenti o compromessi. Pensare di poter ridurre il danno, consentendo l'uso di psicofarmaci a quelle persone che continuano a usare droga, non risolve affatto il problema. Le legalizzazioni delle cosiddette 'droghe leggere', anche parziali, oltre a essere quanto meno discutibili sul piano legislativo, non producono gli effetti che si erano prefisse. Le droghe sostitutive, poi, non sono una terapia sufficiente, ma un modo velato di arrendersi al fenomeno¹".

Nell'ultimo decennio il concetto di abuso e di dipendenza ha subito una notevole dilatazione, in quanto il ventaglio delle dipendenze si è andato notevolmente espandendo, includendo un gruppo multiforme di disturbi in cui l'oggetto della dipendenza non è solo una sostanza, bensì un'attività, spesso incoraggiata e socialmente accettata. Queste nuove forme

¹ Papa Francesco, Discorso ai partecipanti alla 31ma edizione dell'International Drug Enforcement Conference, 20 giugno 2014

di dipendenza compulsiva dal gioco d'azzardo, internet, shopping, sesso, pornografia, cellulare, dove l'oggetto di dipendenza diventa pensiero ossessivo per la persona ed influenza il suo comportamento e la sua vita, sono il segnale di un disagio psichico profondo dell'individuo e di un impoverimento sociale di valori e di riferimenti.

Il vuoto valoriale ha ripercussioni soprattutto sui giovani che, non trovando risposte alle loro giuste domande sul senso della vita, si rifugiano nella droga, come anche in internet o nel gioco, ricevendo in consegna frammenti di piaceri effimeri, piuttosto che aneliti di libertà e di vera felicità.

La Chiesa di fronte a tale fenomeno, fedele all'insegnamento di Cristo, pone la persona al centro, come protagonista, tesa al rinnovamento interiore, alla ricerca del bene, della libertà e della giustizia. Accoglie ed accompagna per il recupero quanti sono coinvolti nella spirale della droga, come anche delle altre dipendenze: "essa" – come ebbi modo di affermare – "li prende per mano, attraverso l'opera di tanti operatori e volontari, perché riscoprano la propria dignità e facciano riemergere quelle risorse, quei talenti personali che la droga ha sepolto in loro, ma che non poteva cancellare, dal momento che ogni uomo è creato a immagine e somiglianza di Dio²".

Occorre pensare, non solo al lavoro di recupero, ma anche ad un'azione di prevenzione che si traduca in un intervento sulla comunità nel suo insieme, affinché l'azione educativa, culturale e formativa coinvolga il più ampio numero di persone e non soltanto gruppi a rischio. È importante, nell'ambito di una politica di prevenzione del disagio giovanile, "incrementare l'autostima delle nuove generazioni, al fine di contrastare e superare il senso di insicurezza e instabilità emotiva favorito sia dalle implicite pressioni sociali, che dalla stessa natura intrinseca della fase adolescenziale³". Come ha affermato Papa Francesco "le opportunità di lavoro, l'educazione, lo sport, la vita sana: questa è la strada della prevenzione della droga, non c'è posto per l'abuso di alcol e per le altre dipendenze⁴".

Siamo chiamati a prenderci cura gli uni degli altri, per cui "è importante promuovere una cultura della solidarietà e della sussidiarietà volta al bene comune; una cultura che si opponga agli egoismi e alle logiche utilitaristiche ed economiche, ma che si propende verso l'altro, in ascolto, in un cammino di incontro e di relazione con il nostro prossimo, soprattutto quando è più vulnerabile e fragile come lo è chi fa abuso di droghe⁵".

2 Card. Parolin, Omelia per la Santa Messa di Natale presso il Centro Italiano di Solidarietà (Cels), Roma 22 dicembre 2015

3 Ibidem

4 Papa Francesco, Discorso ai partecipanti alla 31ma edizione dell'International Drug Enforcement Conference, 20 giugno 2014

5 Peter Kodwo Appiah Turkson, Messaggio del Prefetto del Dicastero per il Servizio dello Sviluppo Umano Integrato in occasione della Giornata Internazionale contro l'abuso e il traffico illecito di droghe, 26 giugno 2018.

Ogni essere umano cerca l'unità e l'armonia personale e la Chiesa, "esperta in umanità", ha sempre cercato di dare il proprio contributo per educare, curare ed aiutare la persona, mirando alla sua promozione integrale, adottando prospettive che mirino all'unità della persona, alla trascendenza ed a diventare adulti attraverso una maturazione progressiva di tutto l'essere, fisico, psicologico, intellettuale, morale e spirituale, perché diventi più responsabile di se stesso e sappia differire i propri desideri⁶.

Lodevoli sono da considerarsi gli studi e le occasioni di confronto capaci di incrementare la consapevolezza sull'impatto e la natura dei costi sanitari e sociali causati dalle droghe; di consolidare e diffondere la base delle conoscenze; di rafforzare la capacità di gestire i trattamenti farmacologici e rieducativi delle dipendenze; di aumentare la mobilitazione e il coordinamento delle risorse; di migliorare il monitoraggio e la prevenzione.

Auspichiamo, dunque, che i risultati del lavoro che in questi giorni si è svolto contribuiscano a coinvolgere l'opinione pubblica e, in specie, gli operatori del settore per uno spazio comune di aggiornamento e confronto finalizzato a ragionare su una progettualità politica che stimoli le coscienze e prefiguri possibilità di investimenti strutturati nella prevenzione e nell'educazione, nonché aggiornamenti normativi, onde dar vita ad un sistema che risponda davvero ai nuovi bisogni emergenti.

Concludo con le parole di Papa Francesco ai partecipanti all'incontro promosso dalla Pontificia Accademia delle Scienze su Narcotics: Problems and Solutions of this Global Issue: "Il più bisognoso dei nostri fratelli, che in apparenza non ha nulla da dare, serba un tesoro per noi, il volto di Dio, che ci parla e c'interpella⁷".

Vi auguro di andare avanti con il vostro lavoro e concretizzare, nei limiti delle vostre possibilità, le felici iniziative che avete avviato a servizio dello sviluppo umano integrale di quanti soffrono a causa della droga e delle altre dipendenze, in quanto la Chiesa è chiamata a promuovere lo sviluppo integrale dell'uomo alla luce del Vangelo⁸.

6 Pontificio Consiglio per la Pastorale della salute, Chiesa, droga e tossicomania. Manuale di pastorale, Libreria Editrice Vaticana, Città del vaticano, 2001, pagg. 140-141.

7 Papa Francesco, Discorso ai partecipanti all'incontro promosso dalla Pontificia Accademia delle Scienze su Narcotics: Problems and Solutions of this Global Issue, 24 novembre 2016.

8 Cf. Papa Francesco, Lettera Apostolica in forma di Motu Proprio con la quale si istituisce il Dicastero per il Servizio dello Sviluppo Umano Integrale, 17 agosto 2016.

Entre la mort et la vie

Réflexions introductives à la Conférence Internationale Drogues et dépendances : un obstacle au développement humain intégral

Mgr. Bruno Marie DUFFE

Secrétaire du Dicastère pour le Service du Développement Humain Intégral



Lorsque nous tentons de penser à l'expérience de la drogue, de la toxicomanie ou des addictions contemporaines de type comportemental (jeu(x) ; internet ; sexe ; pornographie...) ; nous déployons fréquemment une interprétation spontanée qui identifie la consommation des drogues et les addictions à une expérience de mort, à une forme de suicide. On aurait dit jadis une descente aux enfers.

A considérer les choses de plus près, peut-être conviendrait-il de dire qu'il s'agit d'une expérience de vie et de mort, c'est-à-dire une expérience des limites par laquelle nous risquons notre condition humaine et nous cherchons à explorer un au-delà des limites et des capacités humaines, un au-delà de nos savoirs, de nos pouvoirs et de notre soif d'absolu.

En ouvrant ces trois journées de réflexions, de recherche et d'échanges, le Dicastère pour le Service du développement Humain Intégral s'intéresse à un défi qui touche toutes les générations : le défi du rapport à notre propre humanité, le défi du possible et de l'impossible, le défi de l'affirmation et de la négation. Et c'est bien, en dernière instance, le défi du développement humain qui est en question.

Mais c'est peut-être tout autant le défi de la foi. Car il s'agit de la représentation de notre rapport à la mort et à la résurrection. Nous connaissons cette représentation, caractéristique de l'iconographie orthodoxe, d'un Christ, relevé de la mort, qui tend la main à ceux qui sont plongés dans les affres de la solitude et de l'abandon. S'il est clair que la parenté entre la toxicomanie ou la dépendance a à voir avec notre mortalité, il apparaît également clair qu'elle pose, de manière vive, la question du sens que nous donnons à notre existence humaine. Et c'est bien la recherche d'un sens qui apparaît fréquemment dans l'expérience de la dépendance. Car,

avec le défi aux limites, on peut aisément percevoir le double rapport qui nous constitue comme sujet, avec l'altérité et avec notre identité. Toutes les expériences qui concernent les limites concernent aussi la relation, l'autre et l'affirmation de soi. Nous avons donc besoin de comprendre, c'est-à-dire d'entendre ce qui se joue dans ce chemin d'exode où se mêlent la quête d'un accomplissement et l'errance d'un épuisement.

Tous ceux qui ont approché, écouté et accompagné des personnes qui souffraient de dépendances ou de conduites addictives, ont souffert avec elles, tant il est vrai que le discours et la parole elle-même peuvent sembler dérisoires... Il nous reste, pourtant, au-delà de la compassion proprement dite, la présence et la fidélité d'un amour donné, dans l'au-delà de la morale où l'on peut rejoindre le cœur de l'autre et où il nous attend, au lieu même de notre commune fragilité.

Il s'agit bien d'une souffrance qui nous appelle à la fois à penser la mort et à offrir l'amour, afin de consentir ensemble à traverser la mort, en osant la confiance en la vie. L'angoisse et l'espoir sont en effet mêlés dans cette traversée où l'on cherche inlassablement la rencontre, avec soi et avec l'Autre. Comme le soulignent certains psaumes de la Bible qui disent le cri de l'homme, face aux limites, à la solitude, à l'abandon, notre foi est une résistance et un amour plus forts que toute autre expérience humaine.

A la manière d'une image inversée de la confiance, caractéristique de l'acte de foi, l'expérience de la dépendance, cette aspiration désespérée à franchir la limite pour atteindre enfin le bonheur, porte en elle un appel lancé vers l'autre, le frère, l'ami... Seule l'amitié : main offerte et cœur ouvert, permet en effet de vivre cette co-humanité qui nous sauve parce qu'elle est habitée par la grâce du Christ, pleinement homme, accompli dans le désir du Père et la liberté de l'Esprit.



Opening Remarks

Mr. Olivier ONIDI

*Deputy Director-General of the
Directorate-General for Migration and
Home Affairs of the European Commission
(Belgium)*



Your Eminence, Cardinal Turkson,
Eminences, Excellencies,
Distinguished ladies and gentlemen,

It is an honour for me to be here with you today and speak on behalf of the European Commission.

The subject you have chosen for your conference is a very important one to which we also attribute high importance. The European Commission welcomes the commitment of the Catholic Church to addressing the drug problem. Looking at the programme of your conference, I see that you will share the experiences of several projects across the globe. Sharing best practices and better cooperation is also at the core of the EU's drug policies.

The picture of the current drugs situation is not rosy at all – neither in Europe or elsewhere in the world.

Availability of drugs remains high.

Cocaine is increasingly available and has higher purity than ever before.

Drug production shows signs of increase and internet sales are becoming more important.

More and more new psychoactive substances are coming on the markets – and some of them are the cause of the opioid crisis in the US and Canada.

People who use drugs, and in particular those who inject drugs, are at a greater risk to contract HIV/AIDS, viral hepatitis and tuberculosis.

Although these trends are derived from the European Drug Report 2018, many of these trends are reflected worldwide.

In the European Union, the overall approach to drugs is set out in the EU Drugs Strategy 2013-2020 and the accompanying Action Plan. The EU Strategy is achieved through an integrated, balanced and evidence-based approach.

Findings show that the implementation of evidence-based programmes and policies in the EU contributes to reducing negative health consequences and promoting improvements in public health, also reaching marginalized and vulnerable groups.

On new psychoactive substances, the EU has taken several measures to address the challenges posed by these substances. Since 1997, the EU has developed the capacity to detect, identify and assess the risks associated in order to respond rapidly and effectively to the emergence of new psychoactive substances by applying, if necessary, control measures. Since last November, new legislation applies in the EU. These new rules will lead to a better protection of citizens in the EU, and in particular of our youth as they are the ones most prone to try out these new substances.

For addressing the drug phenomenon, it is clear that we have to work together on a global scale to master the challenges related to the prevention and to the reduction of drug demand and supply.

The EU conducts regular experts' Dialogues on Drugs with Latin America and the Caribbean, Central Asia, Eastern Partnership countries, Russia, the US, the Western Balkans and soon with China and Iran.

The EU has also agreed on Action Plans with a number of countries and regions, and funds a wide range of major drugs-related cooperation programmes worldwide.

The EU closely cooperates with international organisations working in the field, among others the different UN organisations.

One important framework to work together is the Commission on Narcotic Drugs. The Ministerial Segment of the CND next March will provide the world with the opportunity to set out the principles for our common drugs policy for the next decade.

The European Union's contribution to this meeting builds on the outcome document of the UN General Assembly Special Session on Drugs (UNGASS) adopted in 2016.

By calling for a more integrated, evidence-based and balanced drug policy, UNGASS reshaped and broadened global drug policy, through putting an adequate focus on the health side of the drugs problem, including prevention, treatment, and risk and harm reduction, on vulnerable members of society, on emerging and persistent challenges and threats, and on the link to Human Rights and the drugs-related Sustainable Development Goals, whilst also reaffirming the unwavering commitment to supply reduction and related measures, including effective law enforcement; countering money-laundering and promoting judicial cooperation. Therefore, the EU considers the UNGASS Outcome Document as the most recent consensus, and as a milestone and a progressive step to improve the current situation on international drug policy. We need to join our efforts to preserve the progress made in 2016!

Furthermore, it is important to step up action in implementing the UNGASS recommendations in line with the relevant goals of the 2030 Agenda for Sustainable Development. The efforts to achieve the relevant drug-related Sustainable Development Goals and to effectively address the world drug problem complement and reinforce each other.

I hope you will all engage with us to continue in that direction and improve the current situation.

I hope these remarks gave you some input for your discussions in the coming days. I wish you fruitful discussions during the remainder of the conference.

Opening Address

The drug phenomenon today and the International Conventions on Drugs

Dr. Gilberto GERRA

Chief of Drug Prevention and Health Branch, Division for Operations - UNODC (Austria)



The dimension of the drug phenomenon, the exposure to narcotic and psychotropic substances for non-medical purposes, has grown at the global level in the last years (18% from 2009-2016). The World Drug Report estimates 275 million drug users globally, using drugs in the past last year, or 5.6% of the global population (4.8% in 2009), including 30.5 million people affected by drug use disorder, or 0.6% of the global population who develop abuse and dependence.

The phenomenon has assumed different features and is influenced by a variety of underlying sociocultural and economic conditions.

Among the most significant changes in the qualitative aspects of the drug phenomenon, include:

The shift from opioids (heroin) to synthetic methamphetamines in East Asia. What was once the Golden Triangle of opium production is now flooded by stimulants, extended to East Asia in general, with a large-scale switch in the consumption pattern. A subgroup has started combining opium and amphetamines.

The increased availability of crack cocaine in Latin America. Smoked cocaine has become cheaper than inhalants that previously were used by persons in low socio-economic conditions in that that region.

As evidenced in Afghanistan and Latin America, the countries producing drugs or transit countries are increasingly becoming countries of consumers, with the new generation paying a very high price.

The flourishing of New Psychoactive Substances (NPS) in Europe, together with an additional spread of cocaine. More than 500 new substances have been identified by UNODC and EMCDDA. These substances are associated with particular lifestyles and cultural attitudes. For example,

the “psychonauts” have a great ability to navigate the web and manage psychoactive drugs combinations, and they are convinced to explore their mind and soul, in depth, with the use of psychotropics.

The opioid overdose crisis in North America, with 64,000 people who died for opioid overdose for both heroin and synthetic opioids in 2016 (one year) in the US (now more than 70,000). This tragic epidemic has the potential to be spread to other countries. A few weeks ago, the first case of Fentanyl overdose in Italy was reported by the media.

The increasing role of polydrug use with the consumption of multiple drugs simultaneously.

The use of language in defining and explaining the drug phenomenon should be cautious and avoid inducing misleading view of the phenomenon itself. At the global level, 250 million users of controlled drugs for non-medical purposes have been considered in the past (and still considered) as “non-problematic” simply because they did not apparently develop a chronic health disorder. As opposed to these so called non-problematic drug users, 30 million people affected by drug use disorders, with abuse and dependence, are considered “problem drug users”, being often in need of treatment.

This wording may have contributed to a form of collective denial with respect to the real dimension of the phenomenon, ignoring the harmful effects of controlled narcotic and psychotropic substances, even for many of those who did not develop continuous use, heavy consumption and dependence, and remained occasional consumers. The episodic or occasional non-medical consumption of drugs affects the brain and alters behaviour, cognitive ability and psychological status in most of the cases. Although it does not always induce structured health disorders, non-medical use cannot be seen as harmless, non-problematic, socially acceptable, or as a sort of “normalized” drug consumption.

And this not only for moral or legal reasons. We have scientific and clinical evidence that even an episodic use, a short term transitory use, at moderate dosage, can significantly influence neurophysiological responses; provoke serious cardiovascular or neurological consequences; interfere with driving ability; induce acute psychiatric symptoms; affect interpersonal relationships; temporarily impair cognitive function and memory; interfere with school performance, work ability and workplace security; and weaken inhibitory function with risk of violence, particularly domestic violence.

The situation is even worse for those who develop substance use disorders, remaining trapped in a conditioned compulsive cycle and focusing their life only on obtaining the rewarding effects of drugs. For these persons, the entire motivational system has been hijacked by drugs and the ordinary rewards of daily life have lost their appealing capacity.

It is surprising that, with a vision often influenced by the situation in high income countries (developed countries), the non-medical use of controlled psychotropic and narcotic substances is defined as “recreational”.

Can we define as “recreational”, the use of amphetamines given to minors who are working in slums to enhance their performance in dismantling unsafe structures, such old ships, for less than 1 dollar a day?

Can we define as “recreational”, opium and benzodiazepines (tranquilizing drugs) given to 13 years old girls working in the sex industry, to cope with the hell of their life?

Is it “recreational” for street children to smoke crack cocaine so they do not feel hungry and to help them deal with a violent environment they find themselves living in?

Again, is it “recreational” when child soldiers are given stimulant drugs from their commander to facilitate fighting in an uncontrolled manner, without the perception of risk or harm to themselves?

In the same line, serious problems associated to cannabis use are often denied by media, minimized by public opinion and the consumption labelled as “recreational”. However, evidence suggests that cannabis use may contribute to impaired cognitive executive function and memory, changes in personality traits, “a-motivational” attitude, reduced school attainment, broken interpersonal relationships, mental health disorders as in particular psychosis. The parents of the children affected by cannabis use disorders do not describe as “recreational” the problematic trajectory of their son or daughter.

We should have the courage to admit that drugs do not equally impact the world population. In low income countries drugs and alcohol abuse has a multiplier effect on the already problematic conditions related to poverty.

A growing body of evidence demonstrate that poverty is a vulnerability condition for drug use disorders around the world, also in developed countries.

A recent study showed the risk of drug initiation to be higher in vocational schools with respect to academic-oriented secondary schools.



And, children from more affluent families have been found to experiment with marijuana more frequently than poor children but, not unexpectedly, children with low socio-economic status are more easily trapped in continuous use, cannabis use disorders and related problematic consequences. Children with access to increased fiscal resources can count on more solid socio-cultural resources contributing to a greater ability to master and regulate their own cannabis consumption.

Moreover, school drop-out parallels the trajectory of drug use and problem alcohol use, more frequently affecting the children and adolescents in low socio-economic settings.

We see a growing body of evidence of a unique personal susceptibility for drug initiation or experimenting with drugs early in adolescence, and consequent development of substance use disorders, as a result of a long chain of disadvantages concurring to a complex form of psychological and social vulnerability

Risky trajectories for drug use disorders may combine biological, social and affective factors including prenatal stress; difficult temperaments related to genes at risk; parent-child unsecure attachment; adverse childhood experiences such as neglect and abuse; lack of bonding to family and lack of school connectedness; drugs availability; and peer pressure.

Today we know that most of these conditions are able to induce epigenetics changes, alterations in gene expression, making social and affective environment able to modulate the translation of our genes and produce stable neurobiological changes. Simultaneously, the use of drugs and alcohol may also produce epigenetic effects, contributing to a mixture of vulnerability problematic clinical conditions.

On the contrary, wellbeing and social support early in life; cohesion and warm parental care; perception of belonging to the community; and school engagement, are all enabling factors for resilience trajectories.

People affected by drug use disorders should not be seen as individuals who decided to destroy their life and their families because of their free choice, in a free will condition. They are not the result of a moral failure, of a criminal attitude, of a cultural position, or of a social disruptive decision.

They are people affected by a complex multifactorial health disorder that should not be discriminated with respect to any other chronic diseases or mental health disorder. This is the view of our UNODC-WHO Program on Drug Dependence Treatment and Care, jointly implemented

with the World Health Organization, and the view expressed unanimously by Member States in the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on drugs in 2016.

In the light of this innovative and science-based view of the phenomenon and the people affected, Member States started to look at the Drug Conventions with new eyes. The three International Drug Conventions (1961, 1971, 1988) are old, but they have been considered by the international community as the cornerstone of the drug control system in 2009, 2014 and 2016.

In this modern approach, the drug control system is not seen as a prohibitionist regime, and should not be interpreted as a repressive mechanism only, simply based on law enforcement interventions.

The aim of the Conventions is to protect the health and welfare of humankind from the dangerous effects of drugs, that are, I quote, “an evil for the individual and a danger for the community”, particularly because of their addictive effects. Controlled drugs under the Conventions are able to induce a conditioned compulsive behaviour, an addictive pattern, not easy to extinguish.

What is not allowed, under the Conventions provisions, is the non-medical use of controlled drugs. This is not a prohibition, but a strong indication to use drugs appropriately, for rational, science based, medical interventions, avoiding misuse, abuse and diversion.

Simultaneously, the Conventions encourage the use of controlled drugs for medical purposes and define “indispensable” their use to alleviate human suffering, particularly for pain treatment and the therapy of mental health disorders. For these reasons, the Convention’s provisions ask Member States to guarantee adequate availability and accessibility to narcotic and psychotropic substances for serious medical use, in primary care, in the hospital, or in the pharmacy.

Unfortunately, in coincidence with opioid abuse epidemic in North America and developed countries, 80% of the planet population has still no access or very poor access to pain medication for anaesthesia, acute pain, cancer pain. This dramatic condition is not related to the Conventions provisions but to restrictive national legislations and inadequate qualification of health professionals dealing with pain management.

The limitation of controlled drug use to the medical and scientific purpose is extremely reasonable and supported by common sense. Also for drugs that are not controlled, the use for non-medical purposes ap-

pears to be absurd and paradoxical. For example, insulin for non-diabetic, lithium for non-bipolar disorder, or amoxicillin for non-infection would never be prescribed for fun or recreational use. Why should cannabis, cocaine, heroin or amphetamines be distributed or prescribed for “non-medical” reasons?

As explained before, the Conventions protect the most vulnerable and fragile, who are more at risk to develop drug use disorders, thus destroying their life, their health, their interpersonal relationships. For these more vulnerable youth, drugs may compromise the possibility to engage in educational, professional, social and political efforts, and to contribute to the progress and development of their countries or communities. Factors such as a lack of motivation, inability to envision a fresh or new perspective for their community, reduced perception of social cohesion and collective objectives, often characterize youth under the effects of drugs. These factors when alone or combined, may constitute a significant dysfunction for both economic and social-cultural development.

The Conventions, with their clear and non-ambiguous message protect the human kind particularly the children of the poor, the disadvantaged, and those affected by social exclusion.

In the last years a significant amount of new psychoactive drugs (NPS) and specific prescription drugs have been put under control and included in the schedule of the Conventions. This was done following an accurate evaluation of their harmful effects, as performed by the WHO Expert Committee on Drug Dependence, and demonstrated that the drug control system is alive, active and not crystalized or outdated.

Equally important messages of the Conventions as interpreted by the UNGASS Outcome Document in 2016 include the following.

The Conventions appeal to Member States to prepare qualified personnel to implement prevention and treatment interventions as a meaningful indication to adopt and implement science-based policy in both prevention programs and treatment for substance use disorders.

The sanctions-oriented approach has been re-interpreted by Member States with reference to the ultimate goal of health protection. The health-oriented approach, with public health involvement, is replacing the punitive attitude, adopted in the past as a possible misinterpretation of the Conventions.

The perspective of “coercion” in prevention of drug use, treatment of drug use disorders and recovery has been replaced with “social cohe-

sion". The strong role of the community in supporting the most fragile individuals has been recognized.

The necessity of a continuum of care oriented to recovery has been underlined by Member States, responding to the specific needs of the patients in all the stages of their clinical history or socio-economic and cultural conditions. In particular, low threshold, outreach interventions which target the patients not motivated to treatment, or those who have relapsed after treatment, and persons who are marginalized and affected by co-occurring mental health problems, have been considered essential in the recovery process. These interventions should be provided in an unconditioned way to protect the most severely affected patients, including those that suffer from HIV, Hepatitis, TB, overdose, starvation, homeless conditions and violence victimization.

The new reading of the Convention, with this public health orientation, should include the capacity of treatment providers to understand the relapsing nature of this health condition and be prepared to accompany the patients through failure and relapse, not only through successful achievements.

The Conventions of 1988 permit to avoid conviction or punishment for drug possession for personal consumption and for minor nature, non-violent, drug related crimes. Alternatives to conviction or punishment should include education, social support, treatment, rehabilitation and social reintegration. Qualified treatment interventions should be available and delivered in prison for the patients who cannot be diverted to the health care system from the criminal justice services.

The UNGASS Document strongly supports prevention interventions that fight school drop-out, reduce inequalities, promote life skills education in school, provide rational information on drugs and vulnerability, and that implement strong family-based strategies. In particular, family skills, communication, improvement of parental quality, warm childrearing style, and bonding to family are considered the pillars of drug use prevention. Good prevention addresses a wide spectrum of risk behaviours, not just the prevention of drug use.

Engaged and supportive parenting has been found to reduce or cancel the risk induced by biological factors.

Treatment of drug use disorders should also be science-based, voluntary-based, human rights based, ethical and respectful of the dignity of the patients.

Quality treatment facilities provide integrated pharmacological and psychosocial methods, with personalized and differentiated strategies, decided with the consent of the patient, in the spirit of a therapeutic alliance. Consolidated evidence demonstrates the effectiveness and cost-effectiveness of treatment of drug use disorders that should be considered an investment for the State and the community.

The interventions should respond to the specific needs of the patients, tailored for developmental, gender and other factors, with a special attention to services for women. Women who use drugs or have a drug use disorder are not always easily identified, there are often hidden, and have poor access to services and experience a higher level of stigma.

The perspective of recovery should become the basis of institutional efforts, managing this complex health and social disorder with hope and perseverance, even when hopelessness seems to prevail.

Production and Trafficking of Drugs: the situation in the various regions of the World

Mr. Antonio MAZZITELLI

Regional Representative, Mexico,

Central America, Caribbean - UNODC (Austria)

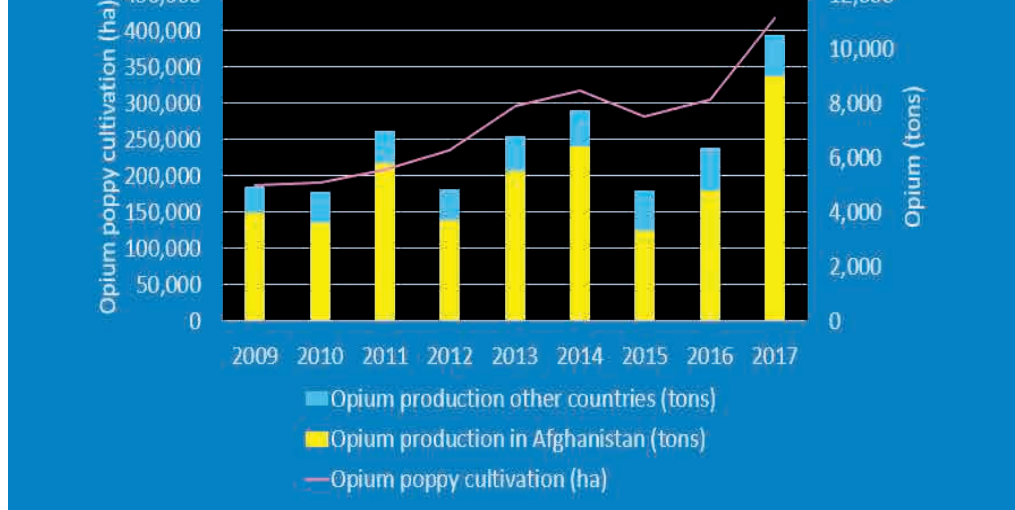


Let me start this intervention by extending to the organizers of this important international conference and to all its participants the greetings of the UNODC Executive Director and my personal thank for having the opportunity of sharing with you our view on this very sensitive matter. As the world, its villages and their population globalize so illicit drugs markets globalize too. Taking advantage of these opportunities, criminal organizations strengthen their grip on the weakest layer of citizens of these global villages. The result growing suffering for millions of people.

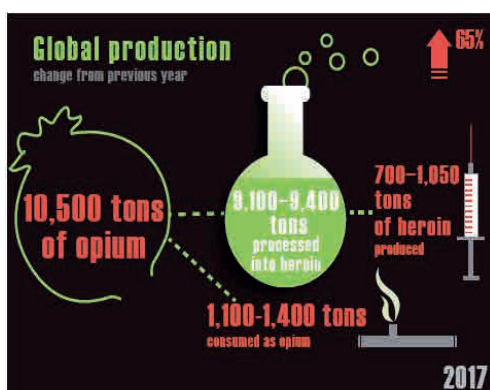
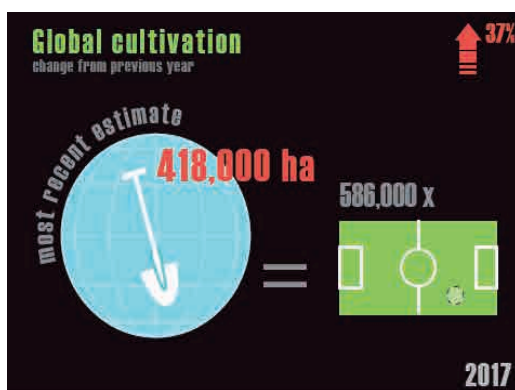
All the information provided in this article is the result of the research work of the United Nations Office on Drugs and Crime, and in particular of its 2018 World Drug Report which UNODC publishes every year on 26 June, the UN international day against illicit drug abuse and trafficking

OPIUM

Total global opium production jumped by 65 per cent from 2016 to 2017, to 10,500 tons, easily the highest estimate recorded by UNODC since it started monitoring global opium production at the beginning of the twenty-first century.



A marked increase in opium poppy cultivation and a gradual increase in opium poppy yields in Afghanistan resulted in opium production in the country reaching 9,000 tons in 2017, an increase of 87 per cent from the previous year. Among the drivers of that increase were political instability, lack of government control and reduced economic opportunities for rural communities, which may have left the rural population vulnerable to the influence of groups involved in the drug trade. The surge in opium poppy cultivation in Afghanistan meant that the total area under opium poppy cultivation worldwide increased by 37 per cent from 2016 to 2017, to almost 420,000 ha. More than 75 per cent of that area is in Afghanistan.



Overall seizures of opiates rose by almost 50 per cent from 2015 to 2016. The quantity of heroin seized globally reached a record high of 91 tons in 2016. Most opiates were seized near the manufacturing hubs in Afghanistan.

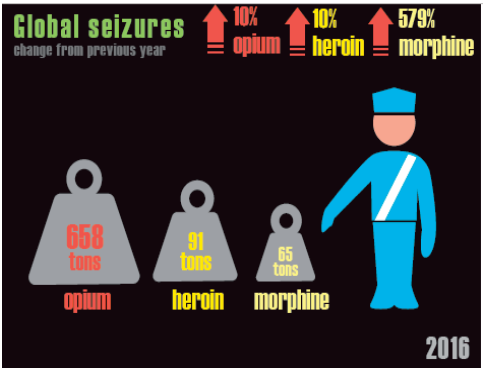
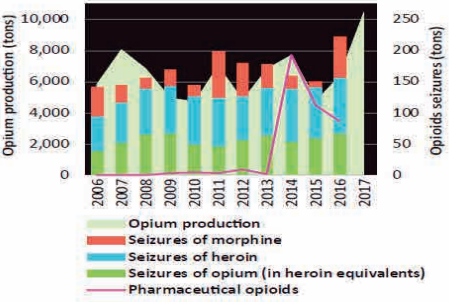
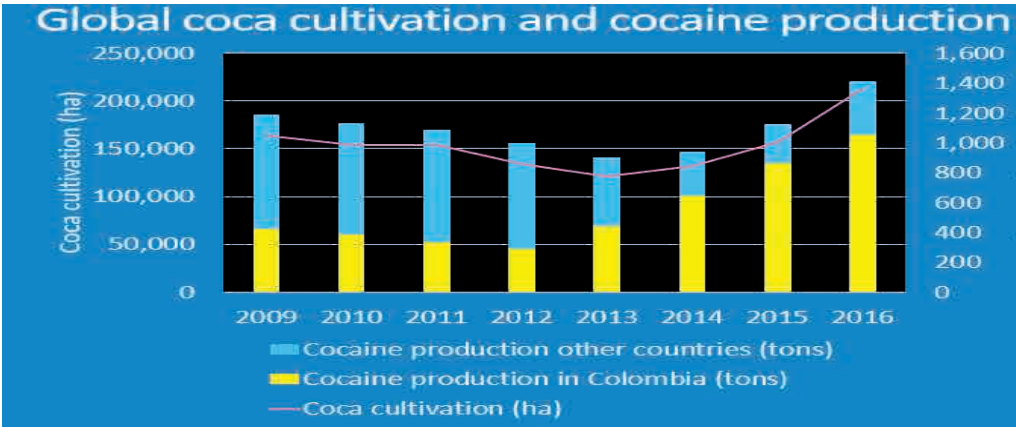


FIG. 2 Global opium production and quantities of opioids seized, 2006–2017



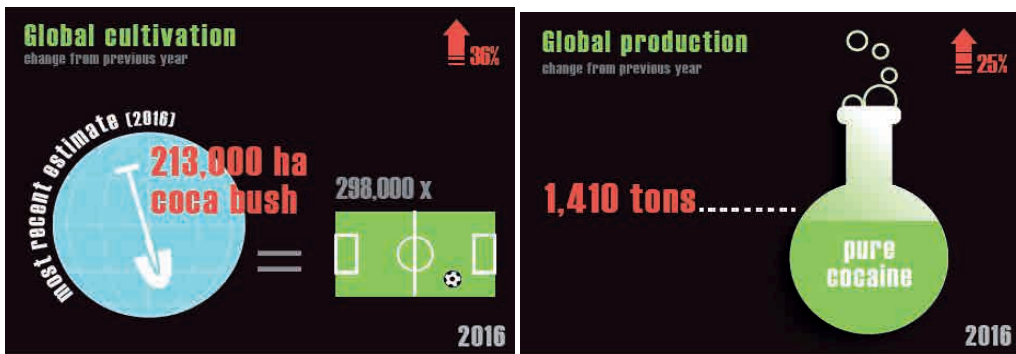
COCAINE

Global cocaine manufacture in 2016 reached its highest level ever: an estimated 1,410 tons. After falling during the period 2005–2013, global cocaine manufacture rose by 56 per cent during the period 2013–2016. The increase from 2015 to 2016 was 25 per cent.



Most of the world's cocaine comes from Colombia, which boosted its manufacture by more than one third from 2015 to 2016, to some 866 tons. The total area under coca bush cultivation worldwide in 2016 was 213,000 ha, almost 69 per cent of which was in Colombia. The dramatic resurgence of coca bush cultivation in Colombia — which had almost halved from 2000 to 2013 — came about for a number of reasons related to market dynamics, the strategies of trafficking organizations and expectations in some communities of receiving compensation for replacing coca bush cultivation, as well as a reduction in alternative development interventions and in eradication.

In 2006, more than 213,000 ha were eradicated. Ten years later, the figure was less than 18,000 ha. The result has been a perceived decrease in the risk of coca bush cultivation and a dramatic scaling-up of manufacture. Colombia has seen massive rises in both the number of cocaine laboratories dismantled and the amount of cocaine seized.

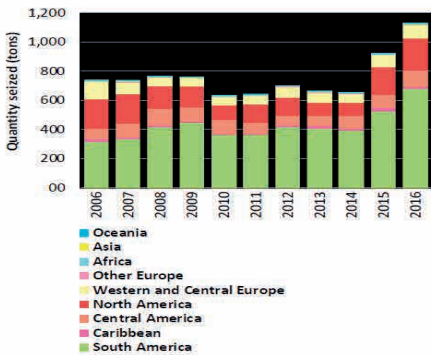


Most indicators from North America suggest that cocaine use rose between 2013 and 2016. In 2013, there were fewer than 5,000 cocaine-related deaths in the United States, but by 2016 the figure was more than 10,000. Although many of those deaths also involved synthetic opioids and cannot be attributed exclusively to higher levels of cocaine consumption, the increase is nonetheless a strong indicator of increasing levels of harmful cocaine use. The biggest growth in cocaine seizures in 2016 took place in Asia and Africa, reflecting the ongoing spread of cocaine trafficking and consumption to emerging markets. Although starting from a much lower level than North America, the quantity of cocaine seized in Asia tripled from 2015 to 2016; in South Asia, it increased tenfold. The quantity of cocaine seized in Africa doubled in 2016, with countries in North Africa seeing a sixfold increase and accounting for 69 per cent of

all the cocaine seized in the region in 2016. This was in contrast to previous years, when cocaine tended to be seized mainly in West and Central Africa.



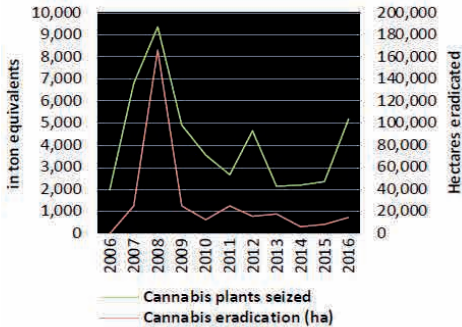
FIG. 2 Global quantities of cocaine seized,^a by region (and some subregions), 2006–2016



CANNABIS

Cannabis was the most commonly used drug in 2016, with 192 million people using it at least once in the past year. The global number of cannabis users continues to rise and appears to have increased by roughly 16 per cent in the decade ending 2016, which is in line with the increase in the world population.

FIG. 2 Global quantity of cannabis plants seized and eradication of cannabis plants, 2006–2016



The quantities of cannabis herb seized globally declined by 27 per cent, to 4,386 tons, in 2016. The decline was particularly marked in North America, where the availability of medical cannabis in many jurisdictions and the legalization of cannabis for recreational use in several states of the United States may have played a role.

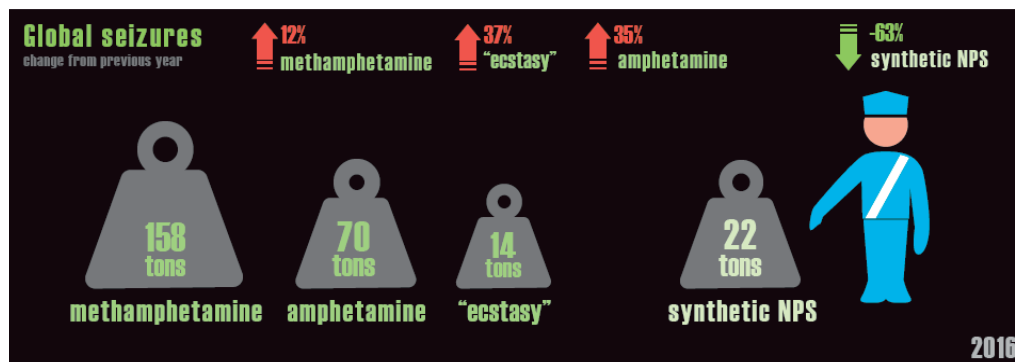
SYNTHETIC DRUGS

East and South-East Asia and North America remain the two main subregions for methamphetamine trafficking worldwide. In North America, the availability of methamphetamine was reported to have increased between 2013 and 2016, and, in 2016, the drug was reported to be the second greatest drug threat in the United States, after heroin.

Based on qualitative assessments, increases in consumption and manufacturing capacity and increases in the amounts seized point to a growing East Asia and Oceania, where the use of crystalline methamphetamine in particular has become a key concern.

For many years, amphetamine dominated synthetic drug markets in the Near and Middle East and Western and Central Europe, but recent increases in the quantities seized in North Africa and North America point to growing activity in other subregions. While the reasons for the spike in the quantity of amphetamine seized in North Africa are not entirely clear, it may be related to the trafficking of amphetamine destined for the large market in the neighbouring subregion of the Near and Middle East.

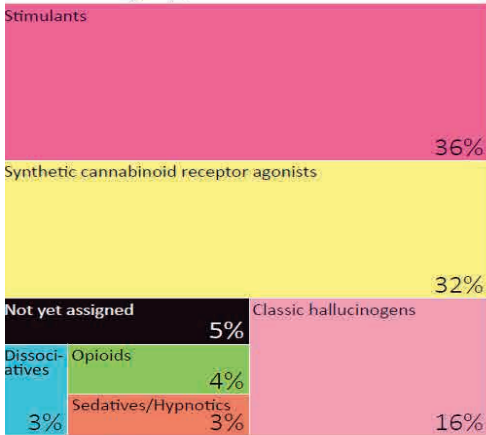
Non-medical use of the common sedative/hypnotic benzodiazepines and similar substances is now one of the main drug use problems in some 60 countries. The misuse of benzodiazepines carries serious risks, not least an increased risk of overdose when used in combination with heroin. Benzodiazepines are frequently reported in fatal overdose cases involving opioids such as methadone. A market for non-controlled benzodiazepine-type substances, used alone or in combination with controlled benzodiazepines, is emerging in some Western countries. These substances are marketed legally as tranquillizers and are sold under names such as “legal benzodiazepines” or “designer benzodiazepines”. In specific cases, a large proportion of drug-related deaths is related to benzodiazepine-type new psychotropic substances (NPS).



In recent years, hundreds of NPS have been synthesized and added to the established synthetic drug market for amphetamine-type substances. Grouped according to their main pharmacological effect, the largest portion of NPS reported since UNODC began monitoring are stimulants, followed by cannabinoid receptor agonists and classic hallucinogens. A total of 803 NPS were reported in the period 2009–2017. However, while the global NPS market remains widely diversified, with the exception of a few substances, NPS do not seem to have established themselves on drug markets or replaced traditional drugs on a larger scale.

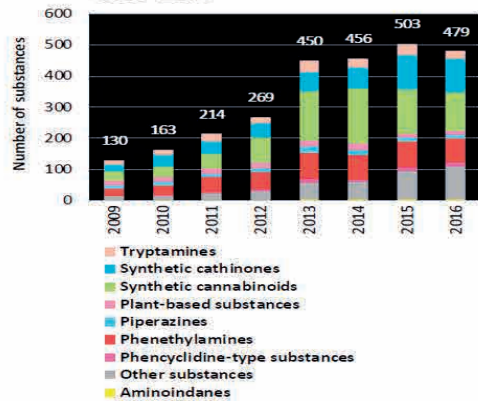
Although the overall quantity of NPS seized fell in 2016, an increasing number of countries have been reporting NPS seizures, and concerns have been growing over the harm caused by the use of NPS. In several countries, an increasing number of NPS with opioid effects emerging on the market have been associated with fatalities. The injecting use of stimulant NPS also remains a concern, in particular because of reported associated high-risk injecting practices. NPS use in prisons and among people on probation remains an issue of concern in some countries in Europe, North America and Oceania.

FIG. 5 Proportion of new psychoactive substances, by psychoactive effect group, December 2017



Source: UNODC, early warning advisory on new psychoactive substances.

FIG. 4 Number of new psychoactive substances reported annually, 2009–2016



Source: UNODC, early warning advisory on new psychoactive substances.

In 2016, 63,632 people died from a drug overdose in the United States, the highest number on record and a 21 per cent increase from the previous year. This was largely due to a rise in deaths associated with pharmaceutical opioids, including fentanyl and fentanyl analogues. This group of opioids, excluding methadone, was implicated in 19,413 deaths in the country, more than double the number in 2015. Evidence suggests that Canada is also affected, with a large number of overdose deaths involving fentanyl and its analogues in 2016. Illicit fentanyl and its analogues are reportedly mixed into heroin and other drugs, such as cocaine and MDMA, or “ecstasy”, or sold as counterfeit prescription opioids. Users are often unaware of the contents of the substance they are taking, which inevitably leads to a great number of fatal overdoses. Outside North America, the impact of fentanyl and its analogues is relatively low. In Europe, for example, opiates such as heroin and morphine continue to predominate, although some deaths involving fentanyl analogues have started to emerge in the region.

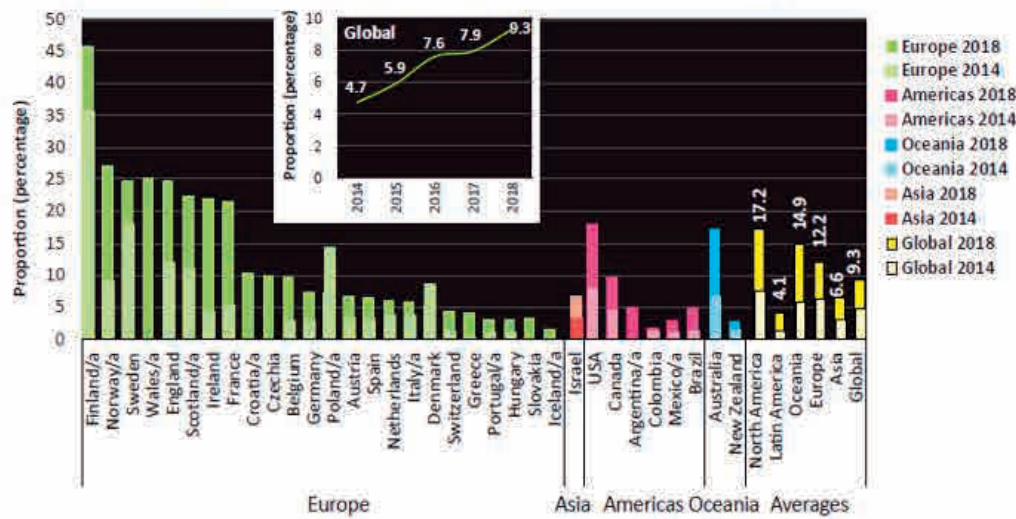
DRUG MARKETS AND THE DARK WEB

In July 2017, police forces from several countries worked together to take down the largest drug-trading platform on the darknet, the part of the “deep web” containing information that is only accessible using special web browsers. Before it was closed, AlphaBay had featured more than 250,000 listings for illegal drugs and chemicals. It had had over

200,000 users and 40,000 vendors during its existence. The authorities also succeeded in taking down the trading platform Hansa, described as the third largest criminal marketplace on the dark web.

It is not yet clear what effect the closures will have. According to an online survey in January 2018, 15 per cent of those who had used dark-net sites for purchasing drugs said that they had used such markets less frequently since the closures, and 9 per cent said they had completely stopped. However, more than half did not consider themselves to have been affected by the closures. Although the scale of drug trafficking on the darknet remains limited, it has shown signs of rapid growth. Authorities in Europe estimated that drug sales on the darknet from 22 November 2011 to 16 February 2015 amounted to roughly \$44 million per year. However, a later study estimated that, in early 2016, drug sales on the darknet were between \$14 million and \$25 million per month, equivalent to between \$170 million and \$300 million per year.

FIG. 19 Proportion of Internet users reporting to an online survey who used drugs in the past year and who purchased drugs via the darknet, 2014 and 2018 (annual prevalence)



The drug phenomenon: the European situation

Mr. Alexis GOOSDEEL

Director, European Monitoring

Centre for Drugs and Drug Addiction

(Portugal)



1. RECENT TRENDS AND DEVELOPMENTS: RESURGENCE OF COCAINE IN A DYNAMIC DRUG MARKET

Evidence of increased cocaine availability is found in recent years in Europe. This development occurs in the context of a dynamic drug market which is able to adapt rapidly in response to drug control measures.

Across the board, drug availability is high and, in some areas, appears to be increasing. Latest figures show that in Europe (EU-28, Turkey and Norway) over 1 million seizures of illicit drugs were reported in 2016. Over 92 million adults in the EU (15–64 years) have tried an illicit drug in their lifetime and an estimated 1.3 million people received treatment for illicit drug use in 2016 (EU-28).

1.1. Cocaine: increased availability and highest purity in a decade

Cocaine is the most commonly used illicit stimulant drug in Europe. Around 2.3 million young adults (15–34 years) have used the drug in the last year (EU-28). Against a backdrop of signs of rising coca cultivation and cocaine production in Latin America, Europe's cocaine market is buoyant, with indicators now pointing to increased availability of the drug in a number of countries. Although the price of cocaine remained stable, its purity at street level reached its highest level in a decade in 2016. The number of cocaine seizures has also risen. Some 98 000 seizures of the drug were reported in the EU in 2016 (90 000 in 2015), amounting to 70.9 tonnes.

At city level, a recent study of drug residues in municipal wastewater revealed that, between 2015 and 2017, there was an increase in cocaine residues in 26 of the 31 cities with data for that period.

The highest traces were recorded in cities in Belgium, the Netherlands, Spain and the UK, with low levels reported in the eastern European cities studied.

The EMCDDA's European Drug Report 2018 (EDR) reveals a rise in the number of first-time admissions to specialised treatment relating to cocaine. In 2016, 30 300 clients entered treatment for the first time for problems with this drug, over a fifth more than in 2014. In total, over 67 000 clients entered specialised treatment for cocaine-related problems in 2016. Of particular concern are the estimated 8 300 clients who entered treatment for primary crack cocaine use in 2016. Furthermore, cocaine was the second most common drug to be reported in drug-related hospital emergency presentations in a network of 19 sentinel hospitals in 2016 (Euro-DEN Plus).

Trafficking methods and routes also appear to be changing. The Iberian Peninsula — historically the main entry point for maritime shipments of cocaine into Europe — though still important, appears less prominent in the 2016 data, with large seizures now reported in container ports further north. In 2016, Belgium seized 30 tonnes of cocaine (43% of the annual estimated total amount of cocaine seized in the EU).

1.2. Signs of increased drug production inside Europe

Europe is an important market for illicit drugs, which are trafficked in from a number of world regions, including Latin America, West Asia and North Africa. However, the EDR 2018 also highlights the role of Europe as a producing region, noting that: 'This year, for a wide range of substances, we are seeing some worrying signs of increased levels of drug production now taking place within Europe'.

Production takes place closer to consumer markets for a number of reasons, including: convenience; reducing the risk of detection at borders; and, depending on the drug, the availability or cost of essential chemicals needed in the production process. There are several examples of increased drug production inside Europe and innovation in production methods. These include evidence of: illicit laboratories processing cocaine; an increase in the number of MDMA ('ecstasy') laboratories dismantled; the scaling up of, and greater organised crime involvement in, methamphetamine production; the final phases of amphetamine production taking place in the country of consumption; and, a small number of heroin production laboratories detected. Some of the synthetic drugs produced in the EU are destined for external markets such as the Americas, Australia, the Middle and Far East and Turkey.

Increased production of high potency cannabis within Europe appears to have impacted on the activities of cannabis producers located outside of the EU, as seen by the higher potency of cannabis resin trafficked into Europe from Morocco. There are also signs that NPS, commonly produced in China and shipped to Europe for packaging, are sometimes manufactured within European borders.

1.3. Cannabis: availability and use remain high and changing international policies may bring challenges to Europe

Cannabis remains the most widely used illicit drug in Europe, its prominence evident in data on prevalence, drug law offences, seizures and new treatment demands. Some 17.2 million young Europeans (15–34 years) have used cannabis in the last year (EU-28) and around 1% of European adults (15–64 years) are daily or almost daily users (EU-28).

Cannabis was involved in over three-quarters (77%) of the 800 000 drug use or possession offences reported in the EU in 2016 for which the primary drug is known. It is also the most seized drug, with 763 000 seizures of cannabis products reported in the EU in 2016. Cannabis is responsible for the greatest share (45%) of new entrants to drug treatment in Europe (EU-28, Turkey and Norway).

The number of first-time entrants for cannabis problems rose from 43 000 in 2006 to 75 000 in 2016 in the 25 countries with data for both years. Recent changes in the regulatory framework for cannabis in parts of the Americas — including legalisation in some jurisdictions — have led to the rapid emergence in these locations of a commercial, recreational cannabis market. This is resulting in innovation in delivery systems and in cannabis product development (e.g. e-liquids, edible products and high potency strains).

It is unclear what the implications for Europe will be if a large legal market for this drug develops in parts of the Americas, but an impact on patterns of supply or use in Europe cannot be ruled out.

The EMCDDA is monitoring international developments in cannabis regulation closely to facilitate a more informed understanding of the changes taking place and help identify any impact they may have on the European situation. Among the policy issues receiving greater attention in the context of changing international perspectives on cannabis regulation is that of cannabis use and impaired driving. This is the focus of a recent EMCDDA report drawing on insights from international experts.

1.4. Fewer new psychoactive substances detected but more evidence of harms

New psychoactive substances (NPS/'new drugs') remain a considerable policy and public health challenge in Europe. Not covered by international drug controls, NPS comprise a range of substances, including synthetic cannabinoids, opioids, cathinones and benzodiazepines. In 2017, 51 NPS were reported for the first time to the EU Early Warning System (EWS) — a rate of around one per week. Although the annual total number of new substances making their debut on the market is down on the peak years — 98 in 2015, 101 in 2014 — the overall number of NPS available remains high. By the end of 2017, the EMCDDA was monitoring over 670 NPS (compared with around 350 in 2013). Health harms linked to new synthetic cannabinoids and new synthetic opioids — including acute intoxications and deaths — prompted the EMCDDA to conduct an unprecedented nine risk assessments in 2017.

New synthetic cannabinoids, 179 of which have been detected since 2008 (10 in 2017), represent the largest chemical group monitored by the EMCDDA. Often sold as 'herbal smoking mixtures', they were the most frequently seized NPS in 2016, with just over 32 000 seizures reported (compared with 10 000 seizures in 2015). This accounted for nearly half of the total number of seizures of NPS reported to the agency in 2016. Four synthetic cannabinoids were risk assessed in 2017 (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA and CUMYL-4CN-BINACA).

Highly potent new synthetic opioids (particularly fentanyl derivatives), which mimic the effects of naturally derived opiates (e.g. heroin and morphine) are increasingly detected. These are sometimes available in novel forms (e.g. nasal sprays) or are sold as, or mixed with, illicit drugs, such as heroin or cocaine.

A total of 38 new synthetic opioids have been detected on Europe's drug market since 2009 (13 in 2017). Fentanyl derivatives, key players in the current US opioid crisis, merit continued concern and vigilance in Europe. These substances — some many times more potent than morphine — accounted for over 70% of the estimated 1 600 seizures of new synthetic opioids reported in 2016. Ten new fentanyl derivatives were reported through the EWS in 2017, five of which were risk assessed (acryloylfentanyl, furanylfentanyl, 4-fluoroisobutyrylfentanyl, tetrahydrofuranylfentanyl and carfentanil).

1.5. Prisons: focus on healthcare and new drugs

Prisons are a critical setting for addressing the healthcare needs of drug users and doing so can bring benefits to the wider community (e.g. preventing overdose after release; reducing the transmission of drug-related infectious diseases, such as HIV and HCV). This year's report highlights the opportunities for intervening in this setting and draws attention to the national variability in the provision of services.

In a new multi-country study published alongside EDR 2018, the agency investigated the growing health and security issues raised by the use of NPS in prison. 'NPS use and related harms are now an important new challenge for the prison system in Europe', states the study. Of the four main types of NPS found in prisons, synthetic cannabinoids are the most reported. Important drivers for their use in prisons include the ease with which they can be smuggled (e.g. liquefied and sprayed onto paper or textiles) and the difficulty in detecting them in drug tests.

1.6. Internet sales and the emergence of new benzodiazepines

While overall, in terms of volume, traditional offline drug markets still predominate, online markets appear to be of growing importance, posing a new challenge for drug control measures. A recent EMCDDA–Europol study identified over 100 global darknet markets, on which around two-thirds of purchases were drug-related. The surface web and social media also appear to be growing in importance, especially regarding the supply of NPS and access to misused medicines.

The EDR 2018 raises concern over the emergence, on the street and online, of new benzodiazepines, not authorised as medicines in the EU. The EMCDDA is currently monitoring 23 new benzodiazepines (3 detected for the first time in Europe in 2017). Some are sold under their own names (e.g. diclazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam, fonazepam). In other cases, producers use these substances to manufacture fake versions of commonly prescribed benzodiazepine medicines (e.g. diazepam, alprazolam), which are then sold on the illicit market. In 2016, over half a million tablets containing new benzodiazepines, or similar substances, were seized, some two-thirds up on the number seized in 2015.

In an analysis published alongside EDR 2018, the EMCDDA explores the misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe. While much prescribing of these medicines to high-risk drug users is done with legitimate therapeutic aims in mind, they may be diverted and

misused, contributing to increased morbidity and mortality in this group. Around 40% of those entering treatment for primary opioid use reported benzodiazepines as their secondary problem drug. The study includes a timeline of the reporting of new benzodiazepines to the EMCDDA.

1.7. Rising overdose deaths and the role of naloxone in prevention

There are serious concerns over the high number of drug overdose deaths in Europe, which has been rising over the last four years. Over 9 000 overdose deaths, mainly related to heroin and other opioids — although often combined with other substances, particularly alcohol and benzodiazepines — are estimated to have occurred in Europe in 2016 (EU-28, Turkey and Norway).

The challenges posed by old and new opioids place a renewed focus on the role of the opioid antidote naloxone in overdose response strategies. The EDR 2018 underlines the urgent need to ‘review current naloxone policies and increase training and awareness-raising for both drug users and professionals who may encounter these drugs’.

2. EVOLUTION OF DRUG USE IN EUROPE OVER THE LAST 25 YEARS

When considering the evolution of drug use in Europe there has been both considerable progress and important challenges

2.1. Long-term drugs trends in Europe

The main trends that we can identify over the last 25 years are:

- ▶ Decline of heroin use, injection and drug-related HIV infections;
- ▶ Levels of drug use below the prevalence rates observed two decades ago;
- ▶ Nationally differentiated stimulants markets develop and stimulants become more important;
- ▶ Polydrug use and consumers are more permissive in their drug choices...diffusion and new developments occur more rapidly;
- ▶ The emergence of NPS and the difficulties associated with measuring the ‘use’.

2.2. Success and challenges

Success:

- ▶ We are now seeing record lows of people using heroin as reflected by historic low number of people entering treatment for heroin.
- ▶ The main response to the heroin epidemics was the scaling up of Opioid Substitution Treatment (OST) but also increased availability of other harm reduction and treatment options.
- ▶ The big success is the historic low of HIV incidence and a dramatic reduction of drug-related deaths. This was made possible by the gradual scaling up of harm-reduction interventions (here OST) that contributed to the control of the HIV outbreak among Persons Who Inject Drugs (PWID), as shown by the graphic presenting the year of introduction of OSTs in the community and in prisons in the EU Member States.

Challenges:

- ▶ The life expectancy of heroin injectors has increased and now the largest population in treatment (opioid users) is ageing. In 10–20 years from now, a large proportion will be in their 50 and 60s (on the graph you see the shift of the age distribution of opioid users in the Treatment Demand Indicator, TDI).
- ▶ What is of particular concern is the high prevalence of hepatitis C (HCV) infection among this ageing group (graph). These were most likely infected 10, 20, 30 years ago, and if not treated rapidly, HCV-related diseases will break out, which may have severe consequences for their health and which would become a burden from a public health perspective. This is why an increase in the access to testing and to treatment is needed for PWID (cfr. EMCDDA HCV-testing initiative).
- ▶ Finally, this group is also exposed to high physical and social vulnerability as evidenced in the highest increases in drug-related deaths (DRD) among those aged over 40 (graph). While health and social responses for heroin injectors were designed for young people 20 years ago, now professionals and users have aged and the responses need to be adapted to age-relevant needs.

2.3. A fast-changing phenomenon, changing risk behaviours

However, the reality is that there are not only ageing drug users in recovery or still doing drugs. Although we live in times where young people

all look healthy and beautiful on Instagram pictures, our data show that in emergency presentations, the younger groups are the most frequently appearing in emergency rooms with drug intoxications.

The most frequently reported drug among younger age groups presented in emergency rooms (ER) is cannabis.

Similarly, new realities include rapidly changing drug markets. Here are data on NPS presentations in ERs (based on EURO-DEN data): Trends over time with decrease in cathinones and increase in synthetic cannabinoids.

Whilst the top six established drugs (heroin, cocaine, cannabis, GHB/GBL, amphetamine and MDMA) reported in the presentations have remained constant there have been significant changes in the NPS involved in the presentations. In 2014, 75% of the NPS involved in Euro-DEN presentations were cathinones, this fell to 50% in 2015 and 30% in 2016; over this time period there was an increase in the proportion of synthetic cannabinoids reported from 5% in 2014 to 14% in 2015 and 52% of all NPS reported in 2016.

Popular technologies and social media are also used to trade drugs. Important here is that traditional trading is changing: compared to traditional dark corner street dealers, new technologies allow drug dealing anytime, anywhere, anonymously, with less risk perception for vendors and buyers while more visible to attract more consumers than 20 years ago.

Also important here is the trade of traditional medications (e.g. benzodiazepines) fake or real and potent substances (fentanyl).

3. EVOLUTION OF NATIONAL AND EUROPEAN DRUG POLICIES

For the purpose of this short overview, I would like to present you what we consider to have been the five key aspects of drug policy in the EU over the last 25 years.

3.1. The European Public Health approach to drug policy has not come from nowhere

Our experience starts with a big heroin epidemic in the eighties, which was characterised by a high number of deaths from overdose, a high level of drug-related HIV infections and AIDS patients, and the late appearance of hepatitis C. During the first years of the epidemic, we paid

the price. Thousands of people died in Europe from drug use and its consequences, and this in turn shaped drug policies, with a growing focus on a Public Health approach and the progressive integration of Harm Reduction interventions.

From there, we have derived some of our stronger benchmarks which show that over the last 25 years there has been a dramatic increase in the offer of treatment (e.g. from around 20 000 persons in OST in 1990 to approximately 650 000 persons in OST in 2017, and another 500 000 in various other treatment settings), a continuous decrease in the number of new drug-related HIV infections and in the number of deaths from overdose. (It is estimated that 9 500 persons died from overdose in the EU in 2017 versus approximately 72 000 in the United States for the same period).

3.2. Drug policies, scientific evidence, reliable data and systematic monitoring of the drugs situation

This was the reason for the letter sent by President François Mitterrand to the other European Heads of State in 1989, where he proposed the creation of a European Drugs Observatory to provide an objective and comprehensive picture of the situation and the possible responses to it (i.e. what works). The approach developed from that moment introduced a sequence of key steps which have become an intrinsic part of the EU decision-making process: to understand the situation, to analyse the needs, to design interventions and to evaluate their results and their impact.

Since then and as a result of this initiative, the European Union has at its disposal a unique European Drugs Observatory that collects and provides systematically and regularly, objective, comparable and reliable information on the drugs situation and responses. The European Drug Information System gathers standardised and harmonised national reporting packages from the 28 European Union Member States, plus Norway and Turkey, and we are in the process of extending the reporting to Candidate and Potential Candidate Countries from the Western Balkans. We are also further developing our cooperation with the Neighbouring Countries of the EU and will launch a new project with these countries in 2019.

Over the years, the EU Member States have been adopting and evaluating their national drugs strategies and action plans, making use of the data and analyses produced by their national drugs observatories, the Reitox

‘national focal points’ as we call them at the EMCDDA. During the same period, candidate and potential candidates to the EU have been invited to follow the example and to adopt the model, as part of their approximation to the EU. Altogether it has contributed to the development of a powerful and dynamic ecosystem of drugs monitoring and surveillance that supports the increasingly evidence-based policy making on drugs in the EU.

One of the priority areas of work of the EMCDDA and of the Reitox network is the collection and dissemination of scientific evidence on best practice in demand reduction interventions. This work encompasses the provision of various online tools and services to support for instance the adoption of minimum quality criteria for demand reduction and the development of national certification systems for drug prevention.

3.3. An EU policy based on a multidisciplinary and more collaborative approach

This process was initiated with the adoption of the first European Plan on Drugs in December 1990 at the European Council of Rome, and further developed into a coherent system combining a European Drugs Strategy covering a period of eight years, implemented through two consecutive Action Plans of four years each. At the end of the first Action Plan, an intermediary evaluation takes place, and at the end of the eight-year period, an external evaluation of the strategy is conducted by the European Commission. The action of the EU in drugs policy is supported and coordinated by the European Commission which also supports the exchange of knowledge and best practice.

This is why the Member States gather on a monthly basis at the Council of the European Union in a forum called the Horizontal Working Party on Drugs (HDG). This working party plays a key role in coordinating the action of the EU Member States and of the European Institutions, and thematic discussions and exchanges of experience feed the debate at these meetings. As a consequence, today all Member States have a national strategy, and many countries evaluate them periodically. This is also how a common European Union position in international fora such as the Commission on Narcotic Drugs (CND) has been made possible.

3.4. A balanced approach between demand and supply reduction

The drugs policy in the EU is also guided and inspired by the provisions of the Treaties and in particular the Charter on Fundamental Rights

that has legal force and is applicable to all persons living in the European Union, including PWID. This common reference is partly reflected in the way most of the EU Member States address the situation of persons using drugs or being found in possession of small quantities for personal use.

While there are different legal systems and therefore different ways of characterising drug use and/or possession of small quantities, there is increasing convergence between the Member States that prison should be avoided as much as possible. An interesting example in this perspective is the Portuguese drugs policy where a decision has been taken to decriminalise drug use and to develop a comprehensive strategy which encompasses strong investment in public health and law enforcement interventions, and which also includes harm reduction interventions.

In this context, the EU and the Member States have progressively developed a portfolio of evaluated and well-documented interventions, based on the scientific evidence available and presented with criteria for good practice, which compose a common ‘European Toolbox’ of interventions in Demand Reduction. The EMCDDA is in charge of gathering and analysing the evidence and the best practice criteria that compose this toolbox. A key characteristic of the European Approach to Best Practice in Demand Reduction is that ‘one size does not fit all’, and that countries use the resources available in the toolbox, or contribute to the inclusion of new modes of interventions, based on the improved and more accurate picture of their own situation and needs, and on the results of evaluating demand reduction interventions.

3.5. A drugs policy based on long-term political consensus and commitment

The EU Drugs Strategy and Action Plans are both at the origin and the result of convergence and dialogue between the EU Member States on the basis of facts and scientific evidence where available.

Over the years, the continuous investment in national strategies, drug information systems and national drugs observatories (referred to also in the EU as ‘national focal points’) have provided the foundations on which the analysis of the situation, the diagnosis of needs, the choice of the most appropriate responses and the periodical evaluation of those policies and strategies have taken place. In this context, it is worth mentioning the role of the evaluation of the successive European Drug Strategies, which aims to improve, not replace, the previous ones, and which has enabled increased coordination and convergence between the EU Member States.

4. CONCLUSIONS

Thanks to the ‘balanced approach’ and cooperative policy-making on drugs, the European Union and its Member States have produced major achievements such as:

- ▶ A major increase in the availability of treatment: while there were about 20 000 persons in OST in 1990, last year there were around 650 000 persons in OST in the EU, of a total of the approximately 1.3 million persons in treatment for drug abuse;
- ▶ A constant reduction of drug-related deaths that has stabilised in recent years at around 9 500-10 000 persons dying from overdose in 2017 in the EU compared with approximately 72 000 in the US for the same period;
- ▶ A dramatic reduction in drug-related infectious diseases and in particular of drug-related HIV infections that has reached its lowest level in the last three decades;
- ▶ A record number of more than 80 million syringes that have been distributed to persons injecting drugs, allowing the risk behaviours associated with injecting drug use to be considerably reduced;
- ▶ The adoption of minimum quality standards and the development of a comprehensive set of Health and Social Responses to the Drugs Problem by the 28 Member States;
- ▶ The consolidation of the European Early Warning System (EWS) on New Psychoactive Substances (NPS) established in 1997, which is monitoring more than 670 NPS on a 24/7 basis through the European alert system, and which provides with its Risk Assessments the scientific evidence needed by the EU and its Member States to decide on control measures at EU level.

By working closely together, gathering and providing the scientific evidence needed to support decision-making on drugs policy we have managed to save lives in Europe and to prompt faster reactions to emerging threats.

As a way to conclude, I would like to highlight once more that what differentiates the European situation and its drug policies is an approach developed over the years based on ‘compassion, science and human rights’. These fundamental aspects also drive the approach of the EU and its Member States in international fora, in particular in the context of the United Nations General Assembly Special Session on Drugs (UNGASS) of

2016 and in the subsequent negotiations in preparation of the Ministerial Segment of the Commission on Narcotic Drugs of 2019.

After many attempts and social experiments, each with their respective failures and successes, we have broadly adopted in Europe an approach in which the PWID are considered as partners, subjects, citizens, human beings, deserving the same respect and rights as anyone else.

When saying this, I cannot help but recall the words of Pope Francis in the Encyclical Letter 'Laudato Si':

'Saint John Paul II stated that the special love of the Creator for each human being 'confers upon him or her an infinite dignity'. Those who are committed to defending human dignity can find in the Christian faith the deepest reasons for this commitment. We were conceived in the heart of God, and for this reason 'each of us is the result of a thought of God. Each of us is willed, each of us is loved, each of us is necessary''¹.

Let's work together to share this lesson with all persons suffering from drug use and its consequences and with their families, and let's avoid the stigma and ideology that increase their despair and the negative impact on our communities.

Thank you very much for your attention.

¹ Francis, 'LAUDATO SI', n. 45

La Santa Sede e la ratifica delle Convenzioni Internazionali sulla droga

Mons. Janusz S. URBAŃCZYK

Osservatore Permanente della Santa Sede

presso l'Ufficio delle Nazioni

Unite ed Istituzioni Specializzate a Vienna (Santa Sede)



1. LA SANTA SEDE E LA LOTTA GLOBALE CONTRO LA DROGA

La Santa Sede svolge un ruolo attivo nella lotta globale contro le sostanze stupefacenti. In questa opera essa è motivata da una seria preoccupazione per la crescente diffusione delle droghe divenuta una vera “epidemia sociale”, come la descrisse San Paolo VI.¹

Per fronteggiare il “flagello moderno” della droga,² la Santa Sede considera come elemento sostanziale della sua azione il riconoscimento dei principi fondamentali del rispetto della vita, della dignità e dei diritti intangibili e inalienabili dell'uomo, tra cui spicca quello della salute, fondamentale per la nostra considerazione odierna.

Con l'avanzamento del progresso della conoscenza scientifica in materia e la graduale presa di coscienza delle conseguenze dell'uso della droga e della portata globale del fenomeno, i Pontefici si sono espressi in modo crescente su questa “nuova forma di schiavitù”, come fu definita da San Giovanni Paolo II, Benedetto XVI e dall'attuale Papa Francesco. In più occasioni, i Pontefici hanno condannato la produzione e il traffico delle sostanze stupefacenti e hanno auspicato la creazione – tramite proposte pastorali, educative e sociali che guardano alla vera essenza della persona umana – di programmi di prevenzione della tossicodipendenza e per il recupero e la riabilitazione delle vittime.

¹ Angelus Domini, Papa Paolo VI, 16 agosto 1970, http://w2.vatican.va/content/paul-vi/it/angelus/1970/documents/hf_p-vi_ang_19700816.html.

² Messaggio di Giovanni Paolo II ai Partecipanti alla Conferenza Internazionale di Vienna sull'Abuso e il Traffico Illecito della Droga Promossa dalle Nazioni Unite, Dal Vaticano, 4 giugno 1987.

La Santa Sede e la Chiesa Universale si adoperano in diversi ambiti per far fronte a questa “emergenza pastorale planetaria”³, consapevoli dell’interconnessione tra la produzione e il commercio di droghe e le più diverse attività della criminalità organizzata a livello internazionale. La posta in gioco è alta: il fenomeno del traffico e della dipendenza della droga ha conseguenze devastanti sulla salute fisica, sociale e spirituale dell’individuo, delle famiglie e delle comunità in ogni regione del mondo.

La Santa Sede ha quindi partecipato attivamente ai negoziati che portarono all’adozione delle Convenzioni Internazionali per il controllo delle sostanze stupefacenti. Attraverso le proprie Delegazioni e Missioni diplomatiche, inoltre, essa continua a operare – in conformità alla sua natura specifica, alla sua missione e alla particolarità dello Stato della Città del Vaticano – per assicurare il rispetto dei diritti umani e per preservare il valore della dignità dell’uomo, fornendo il suo sostegno morale alla Comunità Internazionale, impegnata sin dagli inizi del XX secolo a dare una risposta comune e coordinata al problema del consumo e del traffico illecito di droghe.

2. LA LOTTA GLOBALE CONTRO LA DROGA TRA STORIA E ATTUALITÀ

A fronte del grande aumento dell’uso e del commercio dell’oppio a livello mondiale, nel 1909, trentaquattro Stati si riunirono allo scopo di negoziare un trattato che ponesse vincoli alla produzione e al traffico di tale sostanza. Esito delle consultazioni fu la prima Convenzione internazionale sull’oppio, firmata a L’Aia nel 1912: si trattava di uno strumento normativo, che imponeva limitazioni all’esportazione della sostanza ma che non ne dichiarava illegali la produzione o l’uso. Da un lato, infatti, non erano ancora del tutto chiari gli effetti dannosi dell’oppio sulla salute, dall’altro, una posizione di totale divieto sulla produzione e l’uso di tale sostanza non era accettabile dalle potenze coloniali europee che godevano del monopolio del suo commercio.

I negoziati per un nuovo regime internazionale che limitasse la produzione e l’uso dell’oppio e di altre droghe furono possibili solo dopo la II Guerra Mondiale, quando il progresso medico e scientifico permise di raggiungere una maggiore conoscenza degli effetti dannosi delle sostanze psicoattive. Le trattative portarono, il 30 marzo del 1961, all’adozione della Convenzione Unica sulle Droghe Narcotiche, entrata in vigore il 13 dicembre del 1964.

³ Intervento di Mons. J.L. Barragan alla III Conferenza Mondiale sulla prevenzione contro l’uso delle droghe, Terrasini-Palermo 2000.

2.1 Convenzione Unica sulle Droghe Narcotiche del 1961

La Convenzione del 1961 fu il primo strumento internazionale con cui si definiva un sistema unificato e universale per contrastare produzione, commercio e uso di sostanze stupefacenti. Il suo testo venne firmato dalla Santa Sede il 30 marzo del 1961 e ratificato il 1 settembre del 1970. Diversamente dai trattati precedenti, la Convenzione riconosceva la dannosità delle sostanze psicoattive per la salute e si basava sul principio del controllo delle droghe, con l'unica eccezione di quelle usate a scopo medico o scientifico. Essa, inoltre, stabiliva misure per limitare la coltivazione delle piante da cui derivano i narcotici. Questi provvedimenti, tuttavia, limitavano le possibilità di sviluppo dei Paesi produttori, le cui economie erano ormai in buona parte basate sulla produzione e l'esportazione di tali materie prime e per i quali non si definivano adeguati programmi di assistenza. Le sostanze da controllare erano suddivise in quattro elenchi ("*Schedules*") in base al loro valore terapeutico e al rischio di abuso.

Punti Chiave

In base all'articolo 3 della Convenzione del 1961 è possibile includere nuove sostanze negli *Schedules* o modificarne il loro status senza dover emendare il testo del trattato. Questa necessità nasceva dalla constatazione della rapida evoluzione degli stupefacenti, le cui nuove tipologie dovevano poter essere inserite tra quelle controllate in modo tempestivo e senza dover emendare periodicamente l'intera Convenzione.

Tuttavia, vi sono alcune sostanze (come le foglie di coca, la cannabis o il papavero da oppio) che sono indicate come dannose e illegali non solo negli *Schedules* ma anche nel testo stesso della Convenzione. Tali sostanze non potranno pertanto mai essere riclassificate senza un emendamento della Convenzione.

Il Protocollo del 1972

I cambiamenti politici ed economici avvenuti negli anni Sessanta e l'identificazione dei molti limiti della Convenzione del 1961 spinsero gli Stati ad adottare, nel 1972, un Protocollo per emendarla. Tale Protocollo venne firmato e ratificato anche dalla Santa Sede. Dalla sua entrata in vigore, nel 1975, ci si riferisce alla "Convenzione Unica sulle Droghe Narcotiche del 1961, così come emendata dal Protocollo del 1972". La Convenzione emendata conteneva nuove misure, più restrittive, per limitare la coltivazione delle materie prime da cui si ottengono stupefacenti ma al contempo – essendo basata sul concetto di "cooperazione" – introduceva il principio dell'aiuto finanziario per sostenere i Paesi produttori.

Tra le novità più rilevanti per la Santa Sede vi fu l'introduzione di un principio sulla necessità della prevenzione dell'abuso di sostanze e di definire

programmi di cura e riabilitazione per i tossicodipendenti, come alternativa alla loro incarcerazione e alla possibilità di offrire, per i reati minori, misure rieducative al posto di quelle puramente punitive. Per adempiere alle nuove disposizioni, gli Stati parte erano chiamati ad adottare “tutte le misure praticabili per la prevenzione dell’abuso di sostanze psicotrope e per l’identificazione tempestiva, il trattamento, l’educazione, l’accompagnamento, la riabilitazione e il recupero sociale delle persone coinvolte”.⁴

2.2 La Convenzione sulle Sostanze Psicotrope del 1971

Già nel 1971, comunque, al fine di far fronte alla massiccia diversificazione nella produzione di droghe di origine chimica registrata negli Anni Sessanta, aveva avuto inizio il processo di elaborazione di un nuovo trattato internazionale. Vennero quindi sottoposte a controlli – e classificate in elenchi simili a quelle della Convenzione del 1961 – nuove sostanze, come anfetamine, barbiturici, benzodiazepine e droghe psichedeliche e definite, in generale, “psicotrope”.

La Santa Sede ha firmato la Convenzione il 21 febbraio del 1971 e l’ha ratificata il 7 gennaio del 1976.

2.3 La Convenzione contro il Traffico Illecito di Droghe Narcotiche e Sostanze Psicotrope del 1988

Il grande aumento della domanda di cannabis, cocaina ed eroina registrato tra gli anni Settanta e Ottanta spinse poi, nel 1988, ai negoziati per un’ulteriore Convenzione sulla droga. Tale aumento, infatti, aveva portato alla crescita della produzione di droghe su larga scala e alla creazione di un loro mercato internazionale illegale gestito dalla criminalità organizzata. Per far fronte a questi sviluppi, la nuova Convenzione armonizzava la definizione dei reati connessi alla produzione, al consumo e al traffico di droghe illegali e introduceva misure più repressive per contrastarli. Inoltre, essa prevedeva meccanismi di cooperazione internazionale per consentire agli Stati di coordinare le loro risposte nella lotta ai traffici illeciti.

Consapevole nella necessità di rafforzare i meccanismi di lotta contro la sempre maggiore diffusione della droga, la Santa Sede firmò la Convenzione il 20 dicembre 1988, ratificandola il 25 gennaio 2012 dopo l’approvazione di una riserva (all’articolo 32) di carattere puramente tecnico.

⁴ Convenzione Unica sulle Droghe Narcotiche del 1961, così come emendata dal Protocollo del 1972, articolo 36.

Tutte e tre le Convenzioni sono state firmate e ratificate dalla Santa Sede agendo anche a nome e per conto dello Stato della Città del Vaticano.

3. LE CONVENZIONI INTERNAZIONALI SULLA DROGA QUESTIONI PRATICHE, GENERALI.

Il processo di elaborazione

Come è evidente, le tre Convenzioni sono state elaborate tenendo conto dei continui cambiamenti nella fattispecie che dovevano regolare, ad esempio le nuove sostanze che si stavano diffondendo globalmente, la sempre maggiore facilità di circolazione delle droghe e il ruolo crescente della criminalità organizzata nella gestione del loro traffico illecito. Diversi fattori – come lo specifico contesto storico, sociale, economico, culturale e politico e gli interessi dei soggetti direttamente o indirettamente coinvolti nel processo (come gli Stati, l'opinione pubblica o altri *stakeholders*) – hanno poi avuto un peso determinante nel definire sia i livelli di restrizione imposti sia i principi che ne stavano alla base.

Gli obiettivi

In sintesi, le tre Convenzioni – che, essendo state ratificate dalla maggioranza degli Stati membri dell'ONU, godono di un consenso quasi universale – hanno come obiettivo finale quello di migliorare la salute e il benessere del genere umano, assicurando la disponibilità delle sostanze esclusivamente ad uso medico e scientifico e impedendone la circolazione tramite canali illegali. Esse prevedono misure per prevenire l'abuso di droghe, fornire cure ai tossicodipendenti e impedire l'uso illegale di sostanze controllate e di precursori chimici.

Gli obblighi derivanti dalle Convenzioni

La Santa Sede è tenuta al rispetto degli obblighi previsti dalle Convenzioni che, essendo state firmate anche a nome e per conto dello Stato della Città del Vaticano, sono state recepite nel suo ordinamento giuridico interno. Se nel passato i crimini connessi alla droga erano regolati dal diritto italiano ai sensi delle disposizioni dei Patti Lateranensi, più recentemente sono state definite leggi specifiche per lo Stato della Città del Vaticano. In particolare, la *Legge n. 8 delle Norme Complementari in Materia Penale*, dell'11 luglio 2013, regola i reati relativi alla produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope. La *Legge n. 127 concernente la prevenzione ed il contrasto del riciclaggio dei proventi di attività criminali e del finanziamento del terrorismo*, del 30 dicembre 2017, invece, adegua il diritto dello Stato della Città del Vaticano alle norme della Convenzione del 1988.

L'impegno della Santa Sede, della Chiesa cattolica

Alla luce del proprio impegno per garantire la dignità della persona e il rispetto dei suoi diritti intangibili e inalienabili, e motivata – nelle parole di San Giovanni Paolo II – “da un serio spirito di missione, per conto dell'umanità e per il futuro stesso della società”,⁵ la Santa Sede ha contribuito attivamente ai lavori della Comunità Internazionale sin dalla fase di elaborazione delle Convenzioni, data la condivisione dei loro obiettivi e come incoraggiamento verso l'impegno dei paesi che intendono combattere le attività criminali⁶ connesse alla droga.

Essa continua inoltre ad interessarsi del tema. In particolare, la Chiesa e la Santa Sede danno il loro supporto morale agli Stati impegnati nella lotta contro le droghe. San Giovanni Paolo II aveva sottolineato, a questo proposito, la necessità del lavoro complementare svolto dalla Chiesa e dalle Istituzioni Pubbliche, sia nella lotta per eliminare la droga, sia negli sforzi volti ad assistere e a reintegrare nella società le vittime della tossicodipendenza.

La Chiesa, infatti, è chiamata a svolgere un ruolo di guida, sul piano morale e pedagogico, e a stimolare gli Stati affinché elaborino politiche che mettano al centro “il rispetto della vita e della dignità della persona del tossicodipendente” e definiscano leggi e interventi di ampio raggio per sanare situazioni di disagio sociale, “come la crisi della famiglia, la disoccupazione giovanile, la casa, i servizi socio-sanitari, il sistema scolastico”. Essa, inoltre, ha anche il compito di coinvolgere la famiglia e le forze sociali, assicurandosi che le loro azioni siano ispirate ai valori dell'amore e della solidarietà.

In aggiunta, delineando i punti chiave del percorso verso l'eradicazione della droga, sempre San Giovanni Paolo II esortava gli Stati ad operare perché fossero portati alla luce gli interessi nascosti legati al mercato della droga, per poi smantellare le organizzazioni criminali che lo sostengono, operando al contempo per favorire lo sviluppo integrale degli Stati produttori delle materie prime.⁷

La Chiesa Cattolica, è attiva anche direttamente e a livello più capillare, nella società, sia nell'ambito della prevenzione che in quello del recupero e della riabilitazione dei tossicodipendenti.

⁵ Messaggio di Papa Giovanni Paolo II ai Rappresentanti della Conferenza Internazionale su “*Drug Abuse and Illicit Trafficking*”, 4 dicembre 1987, http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/messages/pont_messages/1987/documents/hf_jp-ii_mes_19870604_conferenza-vienna.html.

⁶ Dichiarazione della Santa Sede fatta al momento della firma della Convenzione del 1988 e confermata alla sua ratifica.

⁷ Entrambi i testi sono reperibili al link: http://www.vatican.va/roman_curia/secretariat_state/2009/documents/rc_seg-st_20090312_droghe-vienna_it.html.

Nel campo della prevenzione, la Chiesa agisce tramite la sua azione educativa, coinvolgendo in particolare la famiglia come struttura primaria, e promuovendo un approccio che parta dalla considerazione delle cause profonde del problema.

In quello del recupero e della riabilitazione dei tossicodipendenti, essa supporta quei programmi pluridisciplinari e onnicomprensivi che considerano ogni aspetto della dipendenza (fisico, psicologico e sociale) senza minimizzarla e che fanno riscoprire alle vittime la loro dignità umana, in quanto figli di Dio, aiutandole a recuperare attivamente quelle risorse personali che la droga aveva sepolto.⁸

La Chiesa promuove un approccio che esamina innanzitutto le cause profonde che spingono l'individuo a fare uso di droghe. Come ricordava San Giovanni Paolo II, alla radice dell'abuso di stupefacenti vi è spesso “un senso di disperazione”, “un vuoto esistenziale, dovuto all'assenza di valori e ad una mancanza di fiducia in se stessi, negli altri e nella vita in generale” o ancora “un senso di disperazione”. Alla luce di questo, la Chiesa attua proposte pastorali, educative e sociali fondate sul principio della dignità della vita e volte a sostenere genitori, educatori, medici, scienziati⁹ e, soprattutto, le vittime, attraverso l'applicazione concreta dei valori dell'amore e della vita, “gli unici che sono capaci, soprattutto se illuminati dalla fede religiosa, di dare pieno significato alla nostra esistenza”.¹⁰

4. LA POSIZIONE DELLA SANTA SEDE RIGUARDANTE LE SFIDE NEI CONFRONTI DEL SISTEMA INTERNAZIONALE PER IL CONTROLLO DELLA DROGA

È alla luce di questi valori fondamentali che la Santa Sede offre il suo contributo anche rispetto alle sfide che recentemente sono emerse nei confronti del sistema internazionale per il controllo della droga. Con una certa preoccupazione, si assiste, infatti, a sviluppi che non solo sono parziali nel loro approccio ma che sembrano spingere verso un graduale stravolgimento degli obiettivi finali delle Convenzioni, mettendo a rischio ad-

⁸ Si veda il Discorso di Giovanni Paolo II ai partecipanti dell'VIII Convegno Mondiale delle Comunità Terapeutiche, 7 settembre 1984, https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/1984/september/documents/hf_jp-ii_spe_19840907_comunita-terapeutiche.html.

⁹ Discorso di Papa Paolo VI ai partecipanti del Congresso Internazionale di Tossicologia, 6 settembre 1970, http://w2.vatican.va/content/paul-vi/it/speeches/1970/documents/hf_p-vi_spe_19700906_congresso-tossicologia.html.

¹⁰ Si veda il Discorso di Giovanni Paolo II in Chiusura della VI Conferenza Internazionale sul Tema “Droga e Alcool Contro la Vita”, 23 novembre 1991.

dirittura il rispetto del principio della dignità umana. Inoltre, si osserva che alcuni Stati hanno sfidato il consenso sulle Convenzioni, definendo misure nazionali per il controllo della droga che si allontanano dal loro spirito o ne contraddicono i principi. Infine, molti ricordano la necessità di continuare a lavorare per sostenere la ricerca e l'uso a scopo medico delle droghe e la formazione del personale medico-sanitario circa tale impiego.

4.1 Questioni relative alla corretta applicazione delle disposizioni delle Convenzioni

In concreto, la Santa Sede si oppone alle violazioni dei diritti umani commesse dagli Stati in nome dell'applicazione delle disposizioni delle Convenzioni. Invero, il testo delle Convenzioni non consente di applicare pene che violino i diritti umani dei colpevoli di crimini connessi alla droga. La violazione dei diritti umani dovrebbe perciò essere considerata violazione delle Convenzioni sulla Droga e dipende esclusivamente da un'errata trasposizione delle loro norme dell'ordinamento interno degli Stati parte.

Pena di morte

Anche se le Convenzioni sono uno strumento flessibile, occorre sempre tenere presente l'articolo 31 della Convenzione di Vienna del 1969 sul diritto dei trattati, di cui la Santa Sede è parte contraente. Tale articolo riguarda la 'Regola generale per l'interpretazione' di un trattato e, nel suo primo paragrafo, specifica che "Un trattato deve essere interpretato in buona fede in base al senso comune da attribuire ai termini del trattato nel loro contesto ed alla luce del suo oggetto e del suo scopo."

Non è dunque possibile sostenere che pratiche come la pena di morte o la tortura o altre pene che violano la dignità dell'uomo siano ammissibili alla luce delle Convenzioni. Simili punizioni sono in contraddizione con lo scopo finale delle Convenzioni, ovvero la promozione della salute e del benessere del genere umano.

Programmi di sviluppo alternativo

In particolare, essa sostiene la necessità di adottare programmi nazionali, regionali e internazionali di sviluppo integrale nei Paesi le cui economie dipendono in buona parte dalla coltivazione delle materie prime da cui si ricavano le sostanze stupefacenti. Sono infatti supportate e incoraggiate coltivazioni di piante da cui non è possibile ottenere droghe. Ogni misura limitata alla semplice eliminazione delle coltivazioni di materie prime, infatti, non sarà né supportata dalle popolazioni locali né sostenibile nel lungo periodo se non affiancata da adeguati progetti di sviluppo economico e sociale alternativo.



Sistemi giudiziari penali nazionali

Ritenendo che l'elaborazione di leggi adeguate e la loro effettiva attuazione siano cruciali per proteggere società ed individui dal pericolo del traffico di droga, la Santa Sede sostiene le iniziative che mirano a stabilire un sistema giudiziario penale effettivo, giusto, umano e credibile per il controllo della produzione e del traffico illecito delle droghe e per l'applicazione delle Convenzioni. Questo sistema penale non può essere incentrato sulla punizione dei colpevoli ma deve fondarsi sulla possibilità di garantire loro un'effettiva rieducazione e un'adeguata reintegrazione nella società.

Crimine organizzato e minacce alla dignità umana

La Santa Sede riconosce la connessione tra i crimini della droga e altre minacce alla dignità umana, che colpiscono uomini e donne in ogni regione del mondo. Il fenomeno del narcotraffico, in particolare, è controllato da gruppi criminali organizzati transazionali e, a sua volta, ne sostiene e facilita le azioni in altri campi (il traffico di armi, il riciclaggio di denaro, il traffico di esseri umani o lo sfruttamento di donne e bambini). Le attività di questi gruppi impoveriscono le società e comportano una crescita della corruzione, della violenza domestica, e dell'insicurezza economica.

Identificare le crescenti interconnessioni tra queste attività criminali è fondamentale per elaborare una risposta comprensiva e universale fondata su principi e azioni comuni, al problema della droga. Anche se lo Stato svolge il ruolo principale, coinvolgere le comunità regionali e locali, le istituzioni educative, la famiglia e la società civile resta essenziale ai fini di una strategia efficace.

Sostanze psicoattive a fini medici o scientifici

Poiché l'obiettivo chiave delle Convenzioni è di "rafforzare la salute umana", è importante assicurare la disponibilità di alcune sostanze psicoattive a fini medici come pure scientifici e di ricerca. Già nel settembre del 1970, San Paolo VI aveva incoraggiato la comunità scientifica a continuare le ricerche per la scoperta di nuovi farmaci e per chiarire gli effetti delle sostanze tossiche.¹¹ L'uso di sostanze psicoattive a scopo medico e scientifico, quindi, è ammissibile quando risponde all'obiettivo finale definito dalle Convenzioni, ed è sostenuto con forza dalla Santa Sede insieme alla necessità di assicurare che il personale sanitario nazionale sia adeguatamente formato, in modo da favorire un uso delle sostanze equilibrato e funzionale al benessere del paziente.

¹¹ Discorso Papa Paolo VI ai Partecipanti del Congresso Internazionale di Tossicologia, 6 settembre 1970, http://w2.vatican.va/content/paul-vi/it/speeches/1970/documents/hf_p-vi_spe_19700906_congresso-tossicologia.html.

4.2 Sfide relative all'applicazione delle Convenzioni sulla droga

La Santa Sede, infine, si è espressa più volte in merito ad alcune questioni di attualità relative all'applicazione delle Convenzioni sulla droga. Tra queste è importante segnalare le questioni relative a:

Le sfide al consenso sulle Convenzioni

Le Convenzioni sono concepite come degli strumenti flessibili e consentono libertà nella definizione di misure nazionali per il controllo della droga in modo da potersi adattare alla specificità di ogni contesto nazionale. Da più parti, tuttavia, il consenso sulle disposizioni delle Convenzioni viene sfidato: alcune misure stabilite a livello nazionale, in realtà, si allontanano o contraddicono i principi alla base delle Convenzioni stesse.

La Santa Sede sostiene il rispetto integrale delle disposizioni contenute nelle Convenzioni, che possono essere ulteriormente specificate ma non violate dalle misure nazionali.

Il dibattito sulla legalizzazione di alcune droghe

Una delle questioni attualmente più rilevanti è quella del dibattito sulla legalizzazione di alcune droghe, posizione sostenuta da chi ritiene che legalizzare certi tipi di sostanze serva per regolarne il consumo, ridurre i tassi di dipendenza e il traffico illecito. La Santa Sede si oppone alla legalizzazione dell'uso della droga come mezzo per combattere la dipendenza. L'esperienza, infatti, ha dimostrato che creare un mercato della droga gestito dallo Stato e promosso da industrie private ha "aggravato ancora di più la situazione, rendendo cronica la dipendenza, senza rispondere all'interrogativo sul senso della vita che costituisce il nucleo del problema".¹²

Legalizzare la droga, in altre parole cambiare lo status giuridico della sostanza, non elimina la natura tossica delle sostanze stupefacenti, comunque dannose per la salute e in grado di creare dipendenza. Nel compiere il passo della legalizzazione della droga, lo Stato farebbe giungere inoltre un messaggio che apparirebbe piuttosto un incoraggiamento all'uso, e sicuramente non porterebbe alla riduzione della domanda di sostanze stupefacenti.

La tossicità di ogni tipo di droga e la loro capacità di creare dipendenza non rende accettabile per la Santa Sede nemmeno la distinzione tra le droghe "leggere" e "pesanti" e la tesi di chi sostiene essere lecito usare le prime a scopo ricreativo. Considerare alcune droghe come "leggere", in linea con la tesi di "*harm reduction*", banalizza i rischi connessi all'uso

¹² Intervento di S.E. Mons. José Luis Redrado Marchite alla 52ª. Sessione della Commissione ONU Contro le Droghe, 12 marzo 2009, http://www.vatican.va/roman_curia/secretariat_state/2009/documents/rc_seg-st_20090312_droghe-vienna_it.html.

di sostanze stupefacenti e mette a rischio il destino delle persone.

Queste tesi non consentono, infatti, di guardare alle cause profonde che spingono il singolo all'uso della droga né di elaborare delle strategie di lungo periodo che interrompano il ricorso alle sostanze stupefacenti.¹³ Per contrastare il problema occorre identificare misure per eliminare la domanda delle droghe, tramite la prevenzione.

Decisive a questo proposito sono le parole di Papa Francesco: *“Vorrei dire con molta chiarezza: la droga non si vince con la droga! [...] no ad ogni tipo di droga. Semplicemente. Ma per dire questo no, bisogna dire sì alla vita, sì all'amore, sì agli altri, sì all'educazione, sì allo sport, sì al lavoro, sì a più opportunità di lavoro. [...] Questa è la strada della prevenzione della droga. Se si realizzano questi “sì”, non c'è posto per la droga”*.¹⁴

5. CONCLUSIONI

Il problema della droga è dunque multidimensionale e va affrontato come responsabilità comune e condivisa tramite un'effettiva cooperazione internazionale e un approccio multidisciplinare, integrato e scientifico.

Ogni tentativo di trovare una soluzione deve quindi partire dalla considerazione della causa primaria che spinge all'uso delle sostanze stupefacenti: un desiderio di felicità a cui sembra che niente – se non l'ebbrezza o l'oblio delle droghe – sia in grado di dare risposta.

Occorre allora agire fornendo specialmente ma non solo ai giovani, una strada da percorrere, una serie di strumenti – luoghi, persone – perché trovino risposta alla loro domanda di felicità e siano educati ad essere uomini nelle difficoltà del mondo odierno. In questo, la Chiesa svolge un ruolo fondamentale poiché fornisce un aiuto a rispondere ai quesiti sul senso dell'esistenza e della vita e contrappone – nelle parole di Benedetto XVI – “l'amore e la cultura della vita all'anti-cultura della morte espressa dalla droga. La Chiesa, inoltre, è consapevole della necessità di promuovere la riscoperta, nelle società moderne, dei valori della spiritualità e della religiosità ed il loro ruolo protettivo, specialmente nei confronti dei giovani, sia nell'ambito della prevenzione che in quello del recupero.

Poiché il problema della droga ha una dimensione globale, è necessario promuovere un'effettiva collaborazione globale perché si fermino le dinamiche connesse alla produzione e al traffico delle sostanze e si favorisca contemporaneamente lo sviluppo integrale degli Stati produttori.

¹³ *Idem.*

¹⁴ Discorso del Santo Padre Francesco ai Partecipanti alla 31ª Edizione dell'“*International Drug Enforcement Conference*”, 20 giugno 2014, http://w2.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2014/june/documents/papa-francesco_20140620_drug-conferenze.html.

Nuove sostanze psicoattive

Magg. Riccardo NAPOLI

Comandante della Sezione Operativa

Centrale del Reparto Operativo -

Carabinieri NAS (Italia)



INTRODUZIONE

“Posso Smettere quando Voglio”

Noi i ragazzi dello zoo di Berlino

1. INIZIO E RINGRAZIAMENTI

Vorrei iniziare questo intervento ringraziando il Dicastero per il Servizio dello Sviluppo Umano Integrale, in particolar modo il Prefetto del Dicastero Sua eminenza Il Cardinale Peter K.A. Turkson e tutti coloro i quali hanno contribuito alla realizzazione di tale Evento Internazionale, consentendo all'Arma dei Carabinieri ed in particolar modo ai Carabinieri per la Tutela della Salute di poter presenziare attivamente in tale prestigioso contesto.

2. CITAZIONE

La citazione riportata **“Posso Smettere quando Voglio”** è tratta da uno dei “best-seller” del secolo scorso, *“Noi i ragazzi dello zoo di Berlino”*¹, che descrive il mondo delle sostanze stupefacenti, con particolare riferimento alle prime sostanze sintetiche, che in quel periodo storico iniziavano la loro ascesa. Tratto da una storia vera, è la rappresentazione di un falso mito, nel quale giovani assuntori di stupefacenti, come ancora oggi accade, spesso ricercano una giustificazione al loro comportamento, paventando il controllo ormai perso della loro giovane vita.

¹ Noi, i ragazzi dello zoo di Berlino (Wir Kinder vom Bahnhof Zoo) è un libro pubblicato nel 1978 dai due giornalisti K. Hermann e H. Rieck e dalla ragazza Christiane Vera Felscherinow, racconto autobiografico descrive con particolare realismo il trasloco a sei anni dalla campagna di Amburgo al sobborgo berlinese di Gropiusstadt, l'infanzia difficile, il padre violento e la separazione dei genitori, l'iniziazione alle droghe dapprima in un oratorio protestante poi nella discoteca berlinese Sound. Seguono i primi innamoramenti, le prime amicizie e la caduta nel tunnel della tossicodipendenza e della prostituzione.

Nonostante gli avvenimenti narrati siano poco distanti dai giorni nostri, il fenomeno non solo non si è arginato ma anzi ha subito metamorfosi, adattandosi all'attuale realtà globale e dimostrando una dinamicità molto preoccupante. Un dinamismo tanto preoccupante e dilagante quanto in continua evoluzione così come avviene per tutto ciò che è legato al web ed alle nuove tecnologie.

In questo contesto viene coniato il termine Nuove Sostanze Psicoattive (*New Psychoactive substances*) in cui viene compreso il mondo delle nuove droghe stupefacenti o psicotrope, reperibili sul mercato allo stato puro o contenute in preparati, non disciplinati da quanto stabilito nella convenzione unica delle Nazioni Unite del 1961 sugli stupefacenti e dalla convenzione delle Nazioni Unite del 1971 sulle sostanze psicotrope. Vere e proprie minacce per la salute pubblica paragonabili, storicamente, a grandi epidemie virulente, per estensione territoriale e vittime accertate.

Queste sostanze sono diffuse prevalentemente nei luoghi di aggregazione, (da qui appunto il termine di droghe “ricreative”), frequentati per la maggior parte da adolescenti e sono estremamente pericolose per la salute pubblica, in considerazione del fatto che vengono prodotte, spesso artigianalmente, in laboratori clandestini da parte di soggetti che non possiedono le necessarie competenze tecnico-scientifiche per scongiurare danni alla salute.

3. IL SISTEMA DI ALLERTA PRECOCE “NATIONAL EARLY SYSTEM WARNING”

In Europa esiste un sistema di allerta rapido per le nuove sostanze psicoattive, sia a livello nazionale che come rete in ambito comunitario. Creato nel 1997 e gestito dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT)² e da EUROPOL³, si basa sui vari sistemi dei Paesi membri ed è un network che raccoglie, valuta e condivide informazioni sulle NSP e sulla loro composizione. I sistemi di allerta rapida dei vari Stati non sono identici tra loro ma si differenziano in base alle priorità dei singoli Paesi, alle varie normative nazionali e all'organizzazione delle risorse.

² Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT – “*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*” (EMCDDA)) fondata nel 1993 con sede a Lisbona (Portogallo), ha il compito di raccogliere, analizzare e divulgare informazioni sulle droghe dell'Unione Europea.

³ EUROPOL – Ufficio di Polizia Europea (“*EUROPEan POLice Office*”) istituita nel 1999 con sede all'Aja (Olanda) con la finalità della lotta al crimine dell'Unione europea.

La base comune su cui si fonda l'attività di contrasto alle sostanze stupefacenti è la tassatività e chiarezza nella loro identificazione, principio cardine sancito dalla Convenzione Europea sui Diritti dell'Uomo e di alcune costituzioni nazionali ove nessuno può essere condannato per un fatto che non è previsto come illecito nel momento della commissione (in Italia art. 25 della Costituzione).

Nella maggior parte degli Stati membri sono stati creati sistemi nazionali per la valutazione dei rischi connessi alle nuove sostanze psicoattive che esaminano i rischi sociali e sanitari e valutano il coinvolgimento della criminalità organizzata, con le conseguenti misure di controllo e contrasto.

Ogni Nazione ha stabilito diverse procedure per inserire una sostanza tra quelle vietate, alcuni hanno previsto una variazione legislativa mentre in altri è sufficiente un decreto ministeriale, quest'ultimo caso è quello italiano.

In Italia dal 2009 il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha centralizzato ed istituzionalizzato il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe ("National Early Warning System" N.E.W.S.) con il fine di individuare precocemente il pericolo per la salute pubblica, in correlazione con la comparsa di nuove droghe e conseguentemente attivare segnalazioni di allerta che coinvolgano tutte le strutture competenti.

Secondo la gravità dell'oggetto dell'allerta e del potenziale rischio per la salute pubblica, le segnalazioni vengono classificate ed inoltrate ai paesi membri, i quali opportunamente allertati possono attuare le necessarie contromisure per arginare il diffondersi della sostanza segnalata.

4. EVOLUZIONE STORICA DELLE NPS

Le NPS possono essere considerate come un'evoluzione delle cosiddette *smart drug*". Con il termine *smart drugs*, "droghe furbe", si definiscono tutti quei composti sia di origine naturale che sintetica non proibiti dalle leggi vigenti sugli stupefacenti, che possono contenere principi attivi con presunte o accertate proprietà psicoattive. La definizione di *smart drugs* è in continuo cambiamento, non solo per i diversi tipi di sostanze che di volta in volta rientrano in questa categoria, ma anche da un punto di vista concettuale e culturale. Negli anni '90 il termine *smart drugs* si diffuse negli Stati Uniti per indicare alcuni farmaci usati in medicina come coadiuvanti delle malattie senili. Nel 1991, fu pubblicato "Smart Drugs and Nutrients", un libro scritto dal gerontologo americano Ward Dean e da

un noto giornalista dell'epoca, in cui si descrivevano una serie di sostanze con "azione sul cervello", dette "nootropiche", in grado di resuscitare ricordi dimenticati e di aumentare il quoziente di intelligenza. Tuttavia la loro scaltrezza ai giorni d'oggi è stata superata dalla chirurgica qualificazione delle sostanze nelle vigenti normative in materia di stupefacenti. Dal 2009, convenzionalmente, per *smart drugs*, si intendono esclusivamente quei prodotti naturali e leciti energizzanti vendibili sotto forma di integratore od altro, diversamente dalle nuove sostanze psicoattive che invece ricomprendono ora tutte quelle sostanze farmacologicamente attive con effetti psicotropi e pertanto dannose per la salute pubblica.

5. DEFINIZIONE DI NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE

Le Nuove Sostanze Psicoattive (NSP) rappresentano un gruppo molto ampio di molecole principalmente di natura sintetica, caratterizzate da proprietà farmacologiche e tossicologiche particolarmente pericolose per la salute dei consumatori. La comparsa delle NSP negli ultimi anni rappresenta un fenomeno che sta assumendo dimensioni sempre più imponenti e che interessa tutto il mondo, Italia compresa, rappresentando un problema emergente a livello internazionale, tanto che le Nazioni Unite, l'International Narcotics Control Board e l'Unione Europea stanno dedicando grande attenzione a quella che viene presentata come una nuova minaccia per la salute pubblica.

Dal 2009, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce per le Droghe ha eseguito un monitoraggio costante della comparsa di NSP sul territorio italiano. Attraverso segnalazioni provenienti dai centri collaborativi del Sistema di Allerta (laboratori, pronto soccorso, tossicologie forensi, Forze dell'Ordine, centri antiveleno, ecc.) e dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona, è stato possibile registrare circa 360 nuove sostanze psicoattive, tra cui cannabinoidi e catinoni sintetici, che ora andremo a spiegare. In Italia, sono stati anche rilevati circa 70 casi ufficiali di intossicazione acuta correlati all'assunzione di NSP che hanno avuto bisogno di cure intensive presso i pronto soccorso.

6. I PRINCIPALI GRUPPI STRUTTURALI DI SOSTANZE SINTETICHE

Sono numerosi i gruppi strutturali nei quali classificare le NPS. I principali, per caratteristiche, diffusione e potere psicoattivo, possono essere ricompresi nelle seguenti cinque categorie:

a. Cannabinoidi sintetici

In Europa, i primi cannabinoidi sintetici sono stati individuati nel 2008 in diverse miscele vegetali, definite *herbal mixture* o *herbal blend*, e vendute come incensi o profumatori ambientali. Sono prodotti denominati *Spice* e venduti come “non per uso umano”. Nonostante quanto normalmente sia dichiarato sulle etichette, però, i prodotti tipo *Spice* contengono cannabinoidi sintetici in grado di produrre nel consumatore effetti simili, quando non superiori, a quelli della cannabis. Si parla di effetti 30 volte superiori al normale THC. I cannabinoidi sintetici individuati in questa tipologia vengono classificati attraverso l'utilizzo di sigle del tipo “JWH-018”. I primi cannabinoidi sintetici sono stati rilevati in Italia a partire dal 2010 (prima segnalazione confermata al Sistema di Allerta).

b. Catinoni Sintetici

I catinoni sintetici sono analoghi strutturali del catinone (una molecola psicoattiva presente nella pianta di Khat) e vengono commercializzati in compresse di vari colori/forme, in capsule, in polvere/cristalli; vengono generalmente commercializzati come “sali da bagno” o “fertilizzanti per piante”. In tali prodotti, spesso i catinoni presenti sono più di uno e/o vengono associati ad altre sostanze psicoattive. Tra queste troviamo: il mefedrone, 4-metilecatinone (4-MEC), butilone, metilone, metilendiossipirovalerone (MDPV). La diffusione di tali sostanze sta nel perdurare degli effetti psicoattivi, nonché nel basso costo e facilità di reperimento di tali sostanze.

c. Fentanili

Il fentanil è un potente analgesico narcotico, circa 80 volte più potente della morfina, il cui abuso porta a dipendenza. Il fentanil e i suoi derivati sono utilizzati come anestetici e analgesici sia nell'uomo che in medicina veterinaria. Un analogo strutturale, risulterebbe venir sintetizzato illegalmente e venduto come “eroina sintetica” o miscelato all'eroina stessa aumentandone gli effetti e la pericolosità. L'emergenza fentanil sul mercato illecito degli stupefacenti, a livello europeo, risale alla prima metà degli anni 90. Di recente il fentanil, a seguito dell'incosciente assunzione, sta procurando una serie di decessi ed intossicazioni tali da destare l'attenzione di molti Paesi del globo terrestre.

d. Fenetilemine

Le fenetilamine rappresentano una classe di molecole ad azione psicoattiva e stimolante piuttosto ampia che include anche l'amfetamina, la metamfetamina e la MDMA, anche nota come ecstasy. Si distinguono in diversi sotto-gruppi in funzione della diversa sostituzione sull'anello

aromatico. Tali variazioni strutturali conferiscono alle fenetilamine effetti che variano dall'azione stimolante ad effetti di tipo allucinogeno. Le fenetilamine vengono commercializzate in compresse di vari colori/forme, in capsule, in polvere/cristalli. Particolarmente consumate dai giovani nei c.d. *rave party* sono ritenute molto pericolose, per l'indotto innalzamento delle temperature corporee che, in particolari ambientazioni chiusi quali le discoteche, possono portare al mortale colpo di calore. Irreparabili i danni procurati al sistema neurologico.

e. Droghe dello Stupro

Esistono alcune droghe che possono venire utilizzate da persone criminali per soggiogare la volontà dei consumatori, creando in loro uno stato di semi incoscienza e di amnesia anterograda, per abusarne sessualmente o anche a scopo di raggiro e rapina. Per questo vengono chiamate "droghe da stupro". La più famosa tra queste, è denominata GHB (acido gammaidrossibutirrico, sostanza nota da tempo nell'ambito farmacologico/terapeutico per il trattamento dell'alcol-dipendenza cronica, unitamente al GBL suo precursore insito nel nostro organismo. Anche alcune benzodiazepine anche dette Z-drugs ad azione ipnotica mischiate a massicce dosi di alcol rientrano tra le sostanze in grado di ridurre lo stato di vigilanza di chi le assume.

7. LA DIFFUSIONE DELLE NPS ATTRAVERSO INTERNET ED IL WEB SOMMERSO

Internet è utilizzato dal 69,9% degli italiani, mentre a livello europeo è utilizzato dal 78,5% dei cittadini. Un'indagine della Commissione europea ha rilevato che Internet rappresenta una delle fonti più popolari di informazione sull'uso di droghe, in generale, e su quelle illecite tra i giovani di età compresa tra i 15-24 anni. Ma oltre a fornire informazioni, Internet è diventato anche un mercato per la vendita di sostanze stupefacenti legali ed illegali. Il ruolo giocato da Internet come uno dei mercati principali in particolare per le nuove droghe sintetiche desta notevole preoccupazione, proprio per la capacità informativa e distributiva della rete.

Il fenomeno relativo alla vendita di sostanze illecite via web è balzato all'attenzione delle autorità giudiziarie americane per la prima volta verso la fine degli anni '90. Oggi rappresenta un problema a livello mondiale. L'informatizzazione dei giovani *surfer* sta consentendo di acquistare comodamente da casa queste pericolosissime droghe sintetiche, spesso all'insaputa dei diretti familiari, grazie anche alla diffusione di appositi *grandi magazzini virtuali* nel c.d. *Deep Web* e *Dark Web*. Un mondo virtuale ideologicamente sommerso, tale da consentire modalità di na-

vigazione del tutto o quasi anonime e pertanto rendendo irrintracciabili transazioni di qualsivoglia sostanza illecita anche grazie all'utilizzo dell'apposita moneta digitale utilizzata: *i bitcoin*.

8. LE ATTIVITA' DI CONTRASTO CONDOTTE DAI CARABINIERI DELLA TUTELA DELLA SALUTE

In tale contesto nasce l'attività di contrasto ai reati connessi al commercio di sostanze stupefacenti on-line, condotta dai Carabinieri della Tutela della Salute che viene svolta attraverso molteplici attività e tipologie di indagine.

Come appare evidente da quanto fin qui esposto le difficoltà, nell'azione di contrasto, si evidenziano soprattutto per quanto concerne l'individuazione dei canali di vendita, che rispetto alla tradizionale "*piazza di spaccio*" avvengono su piattaforme on line perlopiù non raggiungibili per i citati accorgimenti della rete sommersa.

Le attività condotte mirano al rintraccio dei soggetti che intervengono nelle transazioni telematiche propedeutiche all'acquisto delle micidiali sostanze. Tali operazioni non sono sempre possibili e, nel corso del tempo, hanno necessitato di un costante aggiornamento investigativo al fine di rimanere al passo con i tempi e di ridurre le criticità manifestate dall'utilizzo della moneta virtuale.

Sotto il profilo della movimentazione effettiva delle sostanze, in realtà unico canale realmente tangibile, è necessario di volta in volta monitorare attentamente i segnali di rischio derivanti dai citati canali finanziari ed individuare con la maggior precisione possibile dove e in che modo sia previsto il transito o la consegna dei pericolosi stupefacenti in trattazione. Le professionalità acquisite nel corso del tempo, stante la costante attività di intelligence condotta dai Carabinieri per la Tutela della Salute, e le brillanti attività di indagine portate a termine, hanno consentito di ottenere nel 2017 l'ingresso di questa specialità all'interno di un protocollo tra il Dipartimento delle Politiche Antidroga e l'Arma dei Carabinieri che prevede l'intensificazione dei controlli e delle indagini sotto il duplice profilo informatico/telematico e fisico/materiale al fine di arginare il crescente traffico di NSP.

Di concerto con la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) questo Comando ha, in diversi casi, eseguito operazioni sotto copertura in regime di consegna controllata così come previsto dalla normativa di settore della legislazione italiana (art. 97 e 98 del D.P.R. 309/90).

9. CONCLUSIONI

Molti degli studi effettuati nel corso del tempo, sono incentrati sui danni prodotti da queste sostanze e tutti ne sottolineano gli effetti nocivi. Come brevemente descritto, il mercato delle sostanze stupefacenti e psicotrope si è evoluto qualitativamente e quantitativamente, a causa dell'aumento nella capacità e sofisticazione della produzione, combinata al cambiamento del mercato e dei canali di approvvigionamento. Questa evoluzione ha rappresentato una sfida sempre crescente per le autorità e per la società che hanno dovuto ideare strumenti quanto più dinamici, per contrastare e arginare il fenomeno. La ricerca della felicità attraverso un processo chimicamente indotto è la rappresentazione di un falso mito, che porta esclusivamente all'ingresso nel tunnel della tossicodipendenza, dal quale non sempre o senza danni è possibile uscire. Le droghe, qualsiasi esse siano, sono un elemento di disgregazione sociale che ci allontanano da quelli che sono i reali valori della vita, che possono essere riassunti in una sola parola: famiglia. I fondamenti del nostro esistere devono essere racchiusi negli affetti familiari e nel vivere amorevolmente aiutando il prossimo con semplici gesti quotidiani. E, solo a quel punto, avremo trovato la vera felicità!

Grazie per l'attenzione.

Prevalence of New Psychoactive Substances in Northeast Asia: Challenges and Strategies

Prof. Jih-Heng LI¹

Ling-Yi FENG², Kiyoshi WADA³,

Heesun CHUNG⁴, Eunyoung HAN⁵



BACKGROUND

The opium-smoking epidemic in the late 19th century eventually resulted in the enactment of three United Nations Drug Conventions in 1961, 1971 and 1988, respectively (Li, 2012). They have been the basis for international drug control and the number of traditional drugs regulated under the UN Conventions has not changed much since the 20th century. The emergence of new psychoactive substances (NPS), which are classified by the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) into 9 categories, i.e., synthetic cannabinoids, synthetic cathinones, ketamine and PCP-type substances, phenethylamines, piperazines, tryptamines, aminoindanes, plant-based substances and others, has posed a risk to public health and a challenge to drug policy (UNODC, 2014). Between 2009 and 2016, the UNODC identified 739 different NPS; the number almost tripled that of traditional drugs controlled under the 1961 and 1971 conventions (UNODC, 2017). However, unlike the traditional drugs, which are internationally controlled and listed in the UN Conventions, most NPS are only nationally controlled.

¹ Corresponding author and presenter. School of Pharmacy and Ph.D. Program in Toxicology, Kaohsiung Medical University, Taiwan.

² School of Pharmacy and Ph.D. Program in Toxicology, Kaohsiung Medical University, Taiwan

³ Department of Addiction Treatment Research, Saitama Prefectural Psychiatric Hospital, Japan

⁴ Graduate School of Analytical Science and Technology, Chungnam National University, Daejeon, Republic of Korea

⁵ College of Pharmacy, Duksung Women's University, Seoul, Republic of Korea

STATUS OF NPS ABUSE IN NORTHEAST ASIA

In Northeast Asian countries, methamphetamine, a prototype of phenethylamines and a UN schedule II substance, has been the major drug of abuse since the mid-20th Century. Methamphetamine was originally abused in Japan after World War II and then its abuse spread to South Korea and Taiwan in the 1970s and early 1990s, respectively (Feng et al., 2016). In Taiwan, the most popular illegal drugs have been heroin, methamphetamine, and ketamine since the early 2000s (Yu et al., 2013; Feng et al., 2016). Ketamine is also widely abused in ethnic Chinese communities in Asia (Hser et al., 2016). Abuse of NPS other than ketamine, including synthetic cannabinoids, synthetic cathinones, and salvia (*Salvia divinorum*), has been reported (Li et al., 2011; Li, 2012; Yu et al., 2013). In South Korea, the current top three illicit drugs are methamphetamine, cannabis, and opioids (Feng et al., 2016). Although with similar levels of demographic and economic status, the illegal drug use status between Taiwan and Korea was quite different: while methamphetamine remained as a predominant drug in both Taiwan and Korea for decades, the illegal drug use situation in Taiwan was at a higher stake than that in Korea by comparison of per capita illicit drug seizures. In terms of NPS use, ketamine has been a major drug in Taiwan, but it was seldom found in Korea. Besides ketamine, the major type of NPS was synthetic cathinones in Taiwan whereas it was synthetic cannabinoids and phenethylamines in Korea (Feng et al., 2016). In Japan, methamphetamine has been and continues to be the most abused drug. Currently, an increase in cannabis abuse has been reported, and NPS have emerged (Wada, 2011). Thus, while methamphetamine problems linger in these countries, their NPS abuse problems have evolved into different patterns.

MECHANISM OF NPS CONTROL IN NORTHEAST ASIA

We previously reported that 940 NPS were abused in 4 Northeast Asian countries including Taiwan, China, Japan, and Korea from 2007 to 2015 (Lee et al., 2017). Among 940 NPS, 882 NPS are legally restricted in at least one country (94%) and 96 substances were not currently under control (6%) in these countries. The number of controlled NPS that are currently controlled in all 4 countries was only 25 (2.8%) out of 882 NPS. Japan is the most proactive country for NPS regulation with 41% of the total number of controlled NPS in Northeast Asia, followed by South Korea (28%), China (21%), and Taiwan (10%). Comparing the number of NPS newly regulated in each country every year, NPS has been widely scheduled in 2011 and the number of scheduled NPS has been dramatically increased from 2013 to 2015. In Northeast Asia, the most commonly controlled NPS were synthetic cannabinoids, synthetic cathinones and phenethylamines as shown in a

global trend announced by the UNODC annual report.

In South Korea, the temporary designation system and analog control system used in 2011 might be the reason for its rapid increase from 89 controlled NPSs in 2011 to 245 in 2015. In Japan, the stepwise legislative progress, including the proclamation of the Designated Drug Regulation in 2007, analog control for synthetic cannabinoids in 2013 and synthetic cathinones in 2013 and 2015, and the subsequent Dangerous Drug Regulation in the revised Pharmaceutical Affairs Law of 2014, all of which were essential for the efficacious and timely control of NPSs (Feng et al., manuscript in preparation).

DISCUSSION AND CONCLUSION

The proliferation of new psychoactive substances (NPS) has been a new global concern. Among the 4 Northeast Asian countries, Taiwan was the only country that had an NPS (ketamine) as a major abuse problem but it was also the country that controlled the fewest NPSs. This might be because of its rigid criteria for categorizing specific drugs as controlled substances. However, for the dynamic and evolving NPS, it might be difficult to quickly prove whether a new NPS is addictive. Thus, controlling a new NPS will take time and often prove inconclusive. Moreover, authorities will be hard pressed to collect data on the liability of abuse and social harm of uncontrolled substances. Thus, the chicken-and-egg conundrum will be the dilemma for effective NPS control.

So far, the evidence of public health risks from NPS is limited, and current international conventions and domestic drug laws were enacted primarily to control known traditional addictive (dependence-inducing) drugs. Thus, for efficacious NPS control, it is essential to enact new legislation using a sensitive monitoring system and quickly responding to comprehensive scientific evidence about the rapidly emerging NPSs. Many countries legislatively responded to NPS different approaches: a generic approach, analog systems, temporary bans, designation methods, and rapid and specific NPS-related legislation. The results indicate the legislative approaches used affect the number of NPSs controlled (Feng et al., manuscript in preparation).

Japan's approach covers the gray area between legal pharmaceuticals and illegal drugs. The legislative approaches in South Korea and Japan allow the timely monitoring of NPS, the prompt implementation of declaring NPS illegal drugs, and the systematic regulation of NPS. Taiwan's cautious approach appears to hinder timely regulation. To minimize and prevent harm from NPS, national and international authorities must recognize and agree on the most efficacious methods to legislatively manage these elusive substances.

ACKNOWLEDGEMENTS

This presentation was supported in part by grants from the Ministry of Science and Technology, and Kaohsiung City Government, Taiwan (MOST 103-2923-B-037-001-MY2; MOST 104-3011-F-037-001; 107B02) and Research on Regulatory Science of Pharmaceuticals and Medical Devices, Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (H29-Medical Pharmaceutical-General-001).

REFERENCES

- Feng LY, Yu WJ, Chang WT, Han E, Chung H, Li JH: Comparison of illegal drug use pattern in Taiwan and Korea from 2006 to 2014, *Subst Abuse Treat Prev Policy* (2016) 11:34.
- Feng LY, Battulga A, Han E, Chung H, Li JH: New psychoactive substances of natural origin: a brief review, *J Food Drug Anal.* 25(2017) 461-471.
- Feng LY, Wada K, Chung H, Han E, Li JH: Essentiality of effective legislative management for NPS control: Lessons learned from the comparative study on NPS abuse situation among Taiwan, Korea and Japan, Manuscript in preparation.
- Hser YI, Liang D, Lan YC, Vicknasingam BK, Chakrabarti A: Drug Abuse, HIV, and HCV in Asian countries, *J Neuroimmune Pharmacol.* 11(2016) 383-93.
- Lee J, Yang S, Kang Y, Han E, Feng LY, Li JH, Chung: Prevalence of new psychoactive substances in Northeast Asia from 2007 to 2015, *Forensic Sci Int.* 272 (2017) 1-9.
- Li JH: Evolution of the legislative and administrative system of controlled drugs in Taiwan, *J Food Drug Anal.* 20(2012) 778-785.
- Li JH, Vicknasingam B., Cheung YW, Zhou W, Nurhidayat AW, Des Jarlais DC, Schottenfeld RS: To use or not to use: an update on licit and illicit ketamine use, *Subst Abuse Rehabil.* 2(2011) 11-20.
- Wada K: The history and current state of drug abuse in Japan, *Ann NY Acad Sci.* 1216(2011) 62-72.
- UNODC: The challenge of new psychoactive substances. Available from: https://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_2013_SMART.pdf, 2013.
- UNODC: World Drug Report_2014. 2014.
- UNODC: World Drug Report_2017. 2017.
- Yu WJ, Tsay WI, Li JH: Current status of substance abuse and HIV in Taiwan, *J Food Drug Anal.* 21(2013) s27-s32.

Il tempo del Craving

Prof. Umberto NIZZOLI

Membro della Commissione Nazionale

di Esperti delle Tossicodipendenze e

Docente presso l'Istituto Universitario IPU

(Italia)



Nasciamo bisognosi di tutto, con una grande domanda d'amore e aperti a ricevere le cure che consentono lo sviluppo umano.

Tutto cresce se amato, il che equivale di converso a osservare che chi non è amato, come il bambino non accolto, subisce danni al suo sviluppo.

La domanda di amore e di aiuto è radicale.

L'essere umano ha bisogno di tutto. La sua è una condizione di totale dipendenza. Se non ci fosse chi si prende cura di lui, non potrebbe svilupparsi.

È che sarebbe accaduto, secondo il mito, ai figli dell'uomo abbandonati in una cesta sul Tevere: se la mitologica Lupa non si fosse occupata di loro avrebbero incontrato la morte.

Sono le cure amorose che ostacolano la morte e costruiscono la vita.

Le nostre strutture biologiche sono predisposte ad accogliere: nasciamo in uno stato di dipendenza assoluta e siamo biologicamente costruiti per vivere la condizione di dipendenza che, nelle fasi iniziali della vita, è la più totale.

La storia umana prende le mosse da una condizione di dipendenza radicale e sviluppa una traiettoria finalizzata a una progressiva, anche se mai completamente realizzata, autonomia.

Questo è il senso del processo dello sviluppo; da lì deriva il valore e il significato dei genitori in senso non solo biologico ma anche sociale ed affettivo: accompagnano, si mettono al servizio dell'individuo per accrescere le sue risorse e per consentirgli progressivamente di acquisire un'autonomia, che nelle fasi più precoci della vita non gli era possibile.

La neotenia, che nella filogenesi costitutiva dell'essere umano forma un lungo periodo di gestazione psicofisica, è funzionale a uscire dallo

stato di dipendenza primordiale per formare progressivamente la propria individualità. Lorenz osservò la caratteristica unicamente umana di restare sempre in una condizione di sviluppo: “un dono che dobbiamo alla natura neotenica del genere umano” (Lorenz K.Z., 1937).

Il percorso è tutt'altro che lineare e men che meno ne è garantito il successo; frequentemente accadono distorsioni allo sviluppo, incidenti evolutivi che talvolta lo paralizzano mentre più spesso lo deformano. Prende cioè corpo, nel processo di autonomizzazione di crescita, la formazione della possibile psicopatologia.

Percorso di crescita fatto di continue scelte, che orientano lo sviluppo e sopravvivono tra tante possibilità utili per potere reagire agli stimoli della vita, contrappuntate da altrettante rinunce.

Vi è un bel testo che parla delle vite non vissute: vite ipotetiche che l'individuo avrebbe potuto sviluppare e seguire in determinate circostanze, in conseguenza delle scelte effettuate. Nell'individuo rimane una memoria delle vite non vissute, memorie di ipotesi abbozzate e per qualche ragione non perseguite. Quelle memorie danno vita a un sottofondo emotivo di malinconia per le rinunce che gli sono connaturate (Ogden, 2016).

La crescita è questa miscela di scelte, decisioni e rinunce, laddove dal punto di vista numerico risultano molte di più numerose le ipotesi che avrebbero potuto essere esplorate che le realtà realizzate.

Il processo di costruzione dell'uomo, che passa dalla dipendenza più assoluta a una autonomia, mai compiuta, è il significato del crescere e del diventare persona.

Il percorso di crescita si sostiene con una serie di rinunce.

Imparare a sopportare la frustrazione è una delle competenze maggiori che è richiesta all'individuo umano. La forza di resilienza alle frustrazioni è quella qualità alla cui edificazione dovrebbero dedicare i maggiori sforzi tutti i bravi genitori: costruire la resilienza dei propri figli in modo che sappiano affrontare le sconfitte e le perdite della vita mantenendo alta la speranza e sapendo resistere alle frustrazioni (Cyrulnik B. 2000).

Un enigma esistenziale, fra gli altri, consiste nel fatto che, per quanto allenato a dovere prendere atto dei propri limiti, a causa della continua rinuncia a ipotesi evolutive impossibili, può accadere che l'individuo si fissi a tal punto sul bisogno di possedere un determinato oggetto tanto che la traiettoria evolutiva, fatta di conquiste affiancate da molteplici frustrazioni, sembra interrompersi.

Fissando la propria attenzione sopra un oggetto e iniziando a desiderare in ogni modo quell'oggetto può accadere che il processo di sviluppo subisca un arresto.

L'individuo può continuare a svolgere una serie di compiti vitali ma appare nella sua traiettoria esistenziale un oggetto che diventa per lui fonte di ogni desiderio, a causa di una fissazione paralizzante, in quanto è diventato dipendente da quell'oggetto.

Si entra, di conseguenza, in quella fenomenologia divenuta così presente nel corso degli ultimi decenni: la dipendenza patologica, la *addiction*, o meglio le *addiction*, per via delle tante declinazioni che essa può assumere.

Nonostante sia oggetto di una strabordante letteratura, la definizione del costruito è tuttora aperta. Enormi e pervasivi sono i suoi risvolti.

Chiedere aiuto alla scienza per avere una risposta esaustiva non è sufficiente, infatti «nel campo di coloro che cercano la verità non esiste nessuna autorità umana e chiunque tenti di fare il magistrato viene travolto dalle risate degli dei», affermò Albert Einstein, non diversamente da Karl Popper: «tutta la nostra conoscenza rimane fallibile, congetturale perché è umana».

La ricerca non si nutre di certezze definitive quanto piuttosto di una radicale mancanza di certezze. Per questo si sono succedute diverse descrizioni e teorie sul tema dipendenza patologica, *addiction*.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità chiarisce che la salute è uno stato positivo non limitabile all'assenza di malattia, che misura il livello di benessere psico-fisico, relazionale e, secondo certi autori, spirituale.

La salute pertanto è il livello di equilibrio che l'individuo ha in termini di tranquillità e sicurezza interiore, di vissuto, immerso nei contesti storico-sociali e relazionali della sua esistenza.

La vitalità dell'uomo è frutto di trasferimento continuo di energie attraverso percorsi neurali. La spinta a quegli innumerevoli processi viene dagli stimoli. I bacini degli stimoli sono il mondo esterno, la corporeità coi suoi segnali e le memorie depositate in noi; in una parola la realtà. Essa lancia continuamente i suoi stimoli agli esseri umani¹.

¹ Le neuroscienze (ma già Bleger nel 1967 aveva parlato di uno psicoticismo naturale sedato solo dal linguaggio) ci insegnano che se non si è in grado di porre un'interpretazione sugli stimoli si ha una perturbazione dello stato emotivo che può comportare dei gravi problemi nell'immediato e nel lungo periodo. L'unico modo per evitare che questo accada è porre delle interpretazioni convincenti su quanto accade all'interno del proprio corpo e nelle

Recentemente è spesso utilizzato il termine *addiction*; per lungo tempo si è usato il termine “tossicodipendenza”. I molti tentativi di tradurre *addiction* nella lingua italiana non hanno dato esito soddisfacente.

La parabola nominalistica dei servizi che se ne occupavano e delle leggi attinenti è illuminante.

Inizialmente denominati Sert, Servizio per le tossicodipendenze, successivamente sono stati chiamati Serd, servizio per le dipendenze, con l'implicito che si occupassero di “dipendenza patologica” e non di quella fisiologica.

Il termine “dipendenza” si rivela sbagliato perché tutti si nasce dipendenti. L'esistenza di ogni individuo comincia con una separazione; il trauma della nascita (Otto Rank, 1990), causa della “fissazione primaria” alla madre, se non superata, sarebbe la fonte delle nevrosi. Con la nascita l'unità originaria si è rotta per sempre e sorge la nuova realtà: quella “oggettuale” (Malher, 1978). Da quella separazione deriva la condizione di mancanza e la correlata dipendenza. Il nutrimento non viene più fornito gratuitamente e inarrestabilmente, ma in uno scambio tra due soggetti separati, uno bisognoso che chiede e l'altro che può esserci o non esserci a seconda di tanti fattori, non ultimo la sua disponibilità.

Il dolore per la separazione e l'afflato per il ricongiungimento danno vita in Aristofane, nel Simposio platonico, al mito della “mela dimezzata”: esseri umani dimezzati, alla perenne ricerca della metà mancante.

Forse questa è la radice dell'enigma che fa scattare la dipendenza patologica; ma perché scatta in età avanzata? Si era risolta precedentemente la dipendenza fisiologica o è solo un modo, il modo, per proseguirla?

I desideri caratterizzano la vita degli esseri umani. Non si smette a nessuna età di desiderare e di mettere in atto scelte che ne aiutino la realizzazione. Questo dinamismo nasce da un vissuto di incompletezza che chiede di essere colmato per la coscienza del limite di un essere storico, incarnato, relazionale: l'uomo. Solo se ci si percepisce così, si possono desiderare nuovi orizzonti. Non tutti i desideri sono però possibili. Alcuni sono pretese impossibili, imposizioni che calpestano la realtà delle cose e delle relazioni. «Occorrerebbe essere soddisfatti pur avendo desideri insoddisfatti» (D. Bonhoeffer, 1979).

memorie o all'esterno del proprio corpo. È il linguaggio che ferma l'ansietà; l'importante è che sia convincente per chi lo applica. Poco importa che sia “scientifico”, importa che sia credibile: ciò spiega perché sul tema delle dipendenze patologiche o *addiction* convivano tante interpretazioni.

Nel gioco di volere assolutamente quel che non si ha (ma che forse si sogna di avere un tempo posseduto) sorge la dinamica della dipendenza patologica. A nulla serve che essa si dipinga di desiderio o di amore; quando è estrema se ne è schiavi. Schiavi, appunto, perché addiction deriva dal latino *addictus*.

Nel 1969, il 16° rapporto OMS ha definito la dipendenza (patologica): *“stato psichico ed alcune volte anche fisico che risulta dall’interazione tra un organismo vivente ed un farmaco e che si caratterizza con delle modificazioni del comportamento e con altre reazioni le quali contemplano sempre una pulsione a prendere la sostanza in modo continuo o periodico al fine di ritrovare i suoi effetti psichici ed alcune volte per evitare il malessere della privazione. Questo stato può accompagnare o no una tolleranza. Lo stesso individuo può essere dipendente da più sostanze.”*

Secondo la ASAM (Società Americana di Medicina delle *Addiction*), la dipendenza è una malattia neurobiologica cronica, con fattori genetici, psicosociali e ambientali che influenzano il suo sviluppo e le sue manifestazioni.

La dipendenza è caratterizzata da comportamenti che includono uno o più dei seguenti elementi:

- uso compulsivo
- uso continuato, nonostante il danno e la consapevolezza del danno stesso
- *craving*.

Da allora si sono diffusi e diversificati in modo enorme i consumi di sostanze e quella definizione è divenuta inapplicabile.

Da non molto tempo alcuni modi di coltivare delle abitudini quotidiane riflettono una patologia: gioco, sport, internet, chat, TV, sesso, shopping, lavoro, soldi, potere, esercizio fisico, ...

Queste abitudini se eccessive sono classificate come *addiction*. I soggetti che ne sono affetti hanno difficoltà ad apprendere dalle conseguenze dei loro precedenti comportamenti.

Accanto ai disturbi correlati all'uso di sostanze viene introdotta una nuova categoria, che assorbe elementi riferibili della perdita del controllo degli impulsi, e forma una nuova dimensione: le *Addiction*. Si riconosce cioè l'idea che esistono condotte di dipendenza senza l'uso di sostanze, che il DSM-5 dichiara equivalenti sotto il profilo del processo neuronale.

Curiosamente, delle *Addiction* ne riconosce una sola forma, il *gambling* patologico: l'implicito è che, superati alcuni step epidemiologici, altre forme di *addiction* verranno accolte nella categoria.

L'*addiction* rende sempre più facili e gratificanti alcune esperienze e, di converso, sempre più difficili e meno gratificanti le altre, fino a danneggiare l'apprendimento, la produttività, le relazioni, comprese quelle più strette, e il benessere economico.

O per difficoltà iniziali o grazie alle gratificazioni, la persona finisce col privilegiare certe abitudini a scapito di altre. L'*addiction* è la “malattia” di un cervello che si struttura seguendo le sue esperienze poiché il ripetere al parossismo infinito le stesse azioni lascia profonde tracce mnestiche e sinaptiche.

Per tale motivo si è imposto il concetto di malattia (O' Brien e MacLellan, 1996), per il cui mantenimento è fondamentale il *craving*, cioè la condizione sindromica di base di tutte le *addiction*, caratterizzata dalla urgenza appetitiva di ricerca di piacere e da una messa in atto incontenibile, anche a svantaggio della stessa volontà del soggetto. Una “fame” viscerale e travolgente che sottovaluta il danno (Nizzoli U. et al. 2011).

Il DSM-5, Manuale statistico delle malattie mentali più in voga, descrive il *craving* come “*a strong desire or urge*”.

Il *craving* è un fenomeno complesso correlato all'incapacità a provare emozioni, la noia, gli stati mentali dissociativi, l'impulsività e la perdita del controllo. La sua misura è soggettiva.

L'introduzione del *craving* come esperienza cruciale per definire la patologia stravolge il concetto che la dipendenza sia causata dalle droghe, giacché si rifà a un vissuto individuale e non al potere della molecola scatenante. Il che significa che non è la droga a suscitare la dipendenza ma il desiderio incoercibile di possederla. Così come stravolge il concetto che la patologia accada nei confronti di una molecola tossica, giacché il vissuto che spinge incoercibilmente può essere diretto sì a molecole psicoattive ma anche a altri oggetti, persone, comportamenti.

È pertanto chiaro che nel *craving* la componente cognitiva è estremamente importante, comprende dimensioni psicologiche complesse fra cui molto importanti sono le aspettative positive legate all'uso o al comportamento o all'oggetto voluto, gli aspetti impulsivi e compulsivi finalizzati al consumo o alla condotta, la riduzione della sintomatologia astinenziale fisica ma soprattutto psicologica, gli elementi cognitivi in grado di permettere la pianificazione dell'uso o del comportamento.

E' stato osservato che il *craving* e la motivazione al consumo o reiterarsi della condotta possono cambiare in base alla consapevolezza del rischio e della diversa percezione individuale legata alla disponibilità ambientale della sostanza o del comportamento.

Secondo le più recenti acquisizioni neuropsicologiche il *craving* può essere inquadrato secondo diversi modelli teoretici, che implicano una visione differente: il modello fenomenologico, che si basa principalmente sugli effetti che le sostanze d'abuso o i comportamenti inducono a livello neurobiologico; il modello del condizionamento, che si basa sulla teoria del condizionamento classico di cui il *craving* è un prodotto; il modello creativo, che trova le sue radici nei processi che sottendono i meccanismi dell'apprendimento.

È utile sottolineare che nessuno dei singoli modelli di per sé può essere da solo sufficiente per spiegare la complessità del fenomeno della dipendenza e del *craving* sottostante. Ancora oggi non sappiamo se considerare il *craving* come l'esperienza del tutto soggettiva oppure la risposta del tutto fisiologica alla necessità dell'organismo di una sostanza o di un comportamento.

Frenare il *craving* significa (significherebbe, perché frenarlo una volta innescato è opera davvero improba) cercare di spegnere il *drive* in grado di generare la continua ricerca.

La ricerca continua, la "fame" dell'altro: il *craving* può essere considerato il punto di passaggio in cui un'esperienza di appetizione diventa una malattia. Interromperlo è fare spegnere la fame di dipendenza.

Il *craving* è un costrutto biologico comportamentale che consiste nel forte desiderio di assumere una sostanza o di effettuare un comportamento. È il *drive* che conduce il consumatore verso la ricerca, in altre parole, il motore che spinge il consumatore a cercare compulsivamente la sostanza o la riedizione del comportamento laddove è dimostrato che la dipendenza fisica non è un elemento in sé necessario e sufficiente per causare la dipendenza.

Per l'individuo l'oggetto del *craving* è la fonte di ogni soddisfazione, il "luogo" di realizzazione personale; senza si è irrimediabilmente (inaccettabilmente) carenti, con ci si sente finalmente realizzati. Si ha, finalmente, la dimostrazione della propria forza e del proprio valore. L'oggetto del *craving* diventa un "luogo" a cui viene rivolto continuamente il pensiero: la sua mancanza fa vivere uno stato di dolore fino alla lacerante insopportabilità. C'è bisogno di procurarselo, lo si vuole ottenere, a qualsiasi prezzo; come un bambino capriccioso, l'individuo pretende

di accaparrarselo. Non si ha nessun rispetto, per niente e per nessuno, neppure nei confronti dell'oggetto bramato.

Lo si usa per poter salire al vertice della propria identificazione desiderata. Senza si è in condizione di tristezza, di vuoto, di pianto fino alla disperazione; si vive l'ingiustizia più abietta perché, siccome dovrebbe esserci, devono avere fatto sì che non ci fosse: chi doveva non ha provveduto, ci sono state delle mancanze, ci sono delle colpe, qualcuno è responsabile di quella carenza.

Ecco ergersi il delirio paranoide persecutorio che però può rivolgersi contro lo smanioso desiderante: ci si sente in difetto per non avere provveduto per tempo a garantirsi che ci fosse; si oscilla fra l'addebitare lo smacco ad altri che ostacolano, che si frappongono, che non provvedono. Niente può essere accettato nell'intermezzo: il rapporto con l'oggetto del desiderio è assoluto. Nulla può valere al punto da porre un limite, non esiste un confine con l'oggetto del desiderio e si erge uno stato di esaltazione, di potenza e di pienezza. Con l'assenza si ha uno stato di deprivazione, di povertà, di disperazione e quindi si ha la rabbia e quindi il pianto, la sofferenza di sentirsi perduti; ma anche la brama di ottenerlo, desiderio incontenibile, irrefrenabile a qualsiasi costo: lo voglio, è mio.

Non esistono possibilità di mediazione, non vi è tolleranza. Un pensiero dittatoriale e imperioso dispone a usare qualsiasi altra cosa, qualsiasi mezzo, qualsiasi sia l'effetto. Ottenere l'oggetto del *craving* è un dovere, perché tanto è il godimento se lo si ottiene e tanto è il dolore se è assente; e tanta la disperazione se si pensa che ci sia ma possa essere altrove, chissà dove, nascosto, perduto, irraggiungibile. No, non può essere assente, deve essere presente, deve essere lì, sempre, tutte le volte, continuamente.

Le oscillazioni vertiginose dei pensieri e delle emozioni che mentre vanno a caccia delle colpe trovano colpevole anche il desiderante stesso poiché non ha fatto, non ha saputo fare, non sa fare quel che avrebbe dovuto fare per ottenere quel che è l'unico oggetto che abbia per lui significato: l'oggetto del *craving*.

Gli sgorga una specie di preghiera che come se fosse una litania che instancabilmente gli ricorda che vuole quell'oggetto, solo quell'oggetto, l'unico oggetto che ha senso di essere riconosciuto, che non ha paragoni con nessuna delle altre cose del mondo. Queste sono polvere, sono al più strumenti, semplici accadimenti superflui. Quello invece, l'oggetto del *craving*, è ciò per cui vale la pena vivere, quello che dà valore, quello che ha significato, l'unico che ha significato. Lo si osanna come si può usare

con Dio. L'oggetto del *craving* è il suo dio. Lo sbriciolamento del *craving* verso tanti oggetti e in tanti comportamenti è una forma di idolatria con cui l'uomo colpito dal *craving* coltiva il proprio Dio; vuole il proprio Dio, si sacrifica per il proprio Dio, pretende dal proprio Dio, esige che il proprio Dio sia lì, per lui, per sempre, Dio e lui formulano una unità finalmente assoluta nella follia del *craving*. Per l'individuo l'oggetto del *craving*, del suo *craving*, offre la pienezza. C'è una grande domanda di spiritualità. Vi è una grande domanda di Dio inevasa, implicita; ecco allora il Dio sbriciolato nel quotidiano degli oggetti del desiderio irrefrenabile, il dio del *craving*.

Secondo West (2006), l'*addiction* è quella condizione di dipendenza in cui i bisogni individuali vogliono assolutamente e immediatamente essere soddisfatti col *craving*, la madre di tutte le dipendenze, la forza scatenante che costringe alla dipendenza.

Seppure controverse, le teorie sulle *addiction* riconoscono l'importanza eziologica di fattori sociali, ambientali e cognitivi oltre alle predisposizioni neurobiologiche. Vi è un grande potere dell'ambiente (famiglia, amici, educazione, media, linguaggio, mercato, cultura) per facilitare o compromettere il delicato equilibrio fra piacere e dipendenza (Volkow, 2015).

Lo spettro impulsivo-compulsivo è la base del comportamento di dipendenza e del *craving* ad esso sottostante.

Per Hollander (1993) l'impulsività e la compulsività rappresentano i due estremi di un continuum in cui la *addiction* varia da un rinforzo positivo (dà piacere) ad un rinforzo negativo (riduce il dolore).

Di conseguenza, pare che i segni distintivi della dipendenza siano legati alla intensità ed alla frequenza del consumo di sostanze o della condotta di dipendenza.

Dall'antichità l'essere umano conosce ed usa droghe.

Ogni popolo usa le droghe della propria terra e cultura, come dimostrato dalla storia delle civiltà del Mediterraneo, nei confronti dell'alcol.

Da sempre le droghe vengono usate per alcuni scopi specifici:

- a) religiosi
- b) terapeutici
- c) iniziatici.

Delle Baccanti di Euripide un passaggio è emblematico: “*Il figlio di Semele che insegnò il succo tratto dall'uva, la bevanda che agli esseri infelici che sono gli uomini acquieta ogni dolore e dà il sonno, e col sonno*

l'oblio di tutti i mali della giornata; non v'è medicina altra che questa per chi soffre e pena".

Il fenomeno del consumo di sostanze ha avuto nel tempo consistenti variazioni. Un *leit motif* ricorrente tra gli addetti vorrebbe che la fenomenologia dei consumi cambi in modo continuo: ci sarebbero continuamente fenomeni nuovi, in una rincorsa spasmodica di adattamento nel tempo delle tipologie e delle quantità di droghe assunte, con i loro corrispondenti linguaggi, modi di relazionarsi e di funzionamento.

La psicopatologia insegna che la formazione dei disturbi emotivi e mentali e delle sindromi psichiche si sviluppa nell'interazione fra le basi genetiche e gli stimoli ambientali.

La mente è una mente relazionale (Siegel) che si struttura a partire da un patrimonio genetico e su correlati neurobiologici di base, fondata sulle relazioni che la persona stabilisce; incorpora, perciò, non solo tutto il corpo umano ma anche il contesto dal quale provengono sia le stimolazioni sensoriali, sia i campi relazionali.

La strutturazione dei disturbi emotivi, mentali e della condotta si sviluppa per circostanze determinate dal caso o dalle opportunità offerte dal sistema relazionale in cui si è immersi.

L'epoca che viviamo, di crescente iperstimolazione all'insegna della velocità degli scambi e dei processi di esternalizzazione delle condotte, determina un sovraffollamento di stimoli nel mondo del reale e nel mondo del virtuale, che colpiscono l'individuo e attivano processi mentali.

Il manifesto di psicopatologia prodotto nel 2010 da AEPEA (società europea di psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza) ben chiarisce i processi e le interazioni che le suscitano.

L'aumento della pressione ambientale e sociale spinge l'esigenza di rendere più repentine le reazioni agli stimoli ricevuti, puntando alla immediatezza del bisogno, attraverso dinamiche di esternalizzazione, finendo col creare un grande teatro dell'apparire qui ed ora.

Ogni azione viene esternalizzata sul palcoscenico della vita, in cui l'individuo si esibisce per ottenere soddisfazione, dovendosi per forza di cose però sottoporre a una continua valutazione sociale dell'agire e del dire; di conseguenza, alcuni individui, in equilibrio fra la ricerca di soddisfazione e lo stigma sociale, sperimentano forme di ritiro, di inibizione o un vero e proprio formarsi di fobie sociali e preferiscono vivere la dipendenza ai margini o separati dal sociale, con tutti i danni che ne conseguono a livello di relazioni, performance scolastiche, lavorative o professionali.

Parimenti, si diffondono comportamenti in cui la soddisfazione del bisogno diventa così inderogabile e irrevocabile tanto da configurarsi come tratto identitario, provocando un'incapacità a governarsi, ad agire dopo opportuna riflessione, inducendo, invece, alla impulsività, alla reattività e alla velocità, con una propensione a "rapinare" gli oggetti che possono soddisfare i desideri e ogni tipo di piacere, per evitare ogni frustrazione.

La corsa alla immediatezza crescente sdogana le inibizioni già radicate nel profondo del soggetto. Le possibili conseguenze dell'atto reattivo determinano un'esposizione al rischio molto frequente. Rischio che, sempre più sperimentato, diventa luogo di offerta di emozioni e di godimenti straordinari nonché concorre alla formazione di identità strutturate da questa dinamica.

Nel contempo crea una intolleranza alla frustrazione e ovviamente un rifiuto del sacrificio perché non sempre è immaginabile per l'uomo contemporaneo una soluzione progettuale, che richieda dedizione e procrastinazione nel tempo per poter essere soddisfatta; di conseguenza, l'individuo considera il limite che viene imposto dall'esterno, ma anche i propri limiti, come intollerabile dittatura e inaccettabile ingiustizia.

Come un bimbo capriccioso, incapace di apprendere dalle esperienze e che non riesce a godere dentro i limiti, cerca di imporre i propri desideri e di soddisfarli immediatamente

Questo spiega in gran parte la crescita sia del consumo di sostanze psicoattive sia la diffusione di "nuovi stili di vita e di consumo" non solo tra gli adolescenti ma anche tra i giovani e gli adulti, tra le fasce disagiate della popolazione ma anche nella popolazione generale ed in particolare in gruppi che mostrano un buon adattamento sociale. C'è spesso una barriera invisibile tra chi consuma e chi no. Chi non consuma non riesce a riconoscere chi consuma e può arrivare a credere che tra quelli che lui frequenta nessuno consumi. Sovente il "consumatore" si dimostra adeguato all'ambiente, risulta irriconoscibile: solo in caso di incidente o trauma emerge il suo consumare.

Per quanto un consumo di psicostimolanti connotato come "integrato" e sempre più "normalizzato", faccia sì che questi individui siano considerati come a-problematici e non pericolosi, la realtà è ben differente.

Il consumo di psicostimolanti, come peraltro l'uso di qualsiasi sostanza psicoattiva, è sempre rischioso. Prima di ogni assunzione mai si potrà essere certi degli effetti di quella assunzione. Ciò vale per chi fa una prima prova, poiché egli non può sapere come reagirà, ma vale anche per chi è

consumatore abituale, non potendo neppure costui sapere esattamente non solo il suo stato del momento, e cioè come il suo corpo e la sua mente reagiranno in quel lasso di tempo; men che meno potrà controllare cosa effettivamente sta assumendo non potendosi praticamente mai avere certezza della sostanza che va usando. E' perciò intrinseca ed inevitabile una certa dose di rischio ad ogni assunzione oltre che in ogni storia di consumo di droghe.

Spesso, poi, il consumo di droghe psicotrofici, che sono in netta prevalenza tra quelle consumate, ha ripercussioni e possibili effetti sul benessere del singolo individuo, potendosi manifestare problemi fisici, tra cui precoci sintomatologie cardiovascolari o circolatorie o di natura neuronale o psicologiche, con la latenziazione di psicopatologie sottostanti o con la induzione di disturbi mentali o con problematiche legate alla dipendenza e l'associazione di altri possibili comportamenti a rischio.

Sono altresì possibili riflessi sul gruppo sociale di riferimento e sulla società complessivamente intesa e sulla salute pubblica, attraverso, ad esempio, l'incremento degli incidenti di varia natura o dell'aggressività nelle relazioni interpersonali, all'interno della famiglia, sui figli, nella scuola, sul lavoro, nei ritrovi e nella città, o della violenza agita e subita.

Nonostante si sia voluto rappresentare il mondo dei consumi di droghe come composto da due settori di ben diversa grandezza, quello del voluttuario e quello del patologico, la loro distinzione è semplicemente didattica poiché la realtà si presenta come un unico mondo, spettro così articolato al proprio interno al punto da oscillare fra gli estremi del consumo banale ed occasionale, alla grave patologia.

All'interno dello spettro non esistono percorsi obbligati, come dimostrano le storie individuali, per questo motivo la distinzione di due mondi ben riconoscibili, uno del consumo voluttuario e l'altro della patologia, è irrealistica: essi non sono affatto nettamente disgiungibili.

Il DSM-5 ha soppresso la distinzione fra abuso e dipendenza; in pratica parifica ogni forma di uso di sostanze stupefacenti e non riconosce più una condizione di dipendenza o non la distingue più da una condizione di abuso.

Traslati nelle condotte di dipendenza il concetto stabilisce il principio che il problema non è la condotta in sé quanto piuttosto la sua intensità di frequenza; come dire, ad esempio, che giocare d'azzardo non è un problema, ma il gioco d'azzardo diventa un problema se invade l'ideazione e il comportamento della persona. Il che non è per nulla strano poiché già Freud chiariva che la patologia è questione di quantità delle energie (mal)

impiegate e non di qualità.

Il DSM-5 introduce un ulteriore passaggio definendo i “*drug-related disorder*”: introduce il concetto che anche un solo consumo occasionale può determinare circostanze di interesse clinico così, come dall’altro verso, apre la strada al fatto che un uso anche costante di sostanze stupefacenti non genera obbligatoriamente l’esigenza di un trattamento, se non si è formato un disturbo.

Spariscono i costrutti di tolleranza (cioè il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l’intossicazione o l’effetto desiderato; un effetto notevolmente diminuito con l’uso continuativo della stessa quantità della sostanza) e di astinenza (comparsa della caratteristica sindrome astinenziale della sostanza-specifica o della stessa sostanza o di altra strettamente correlata, assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza).

In conclusione, occorre ricordare che una delle caratteristiche della modernità è l’ubiquità delle droghe: grandemente e facilmente prodotte, capillarmente diffuse anche grazie alla produzione di testi bibliografici, di canzoni, di film; legate alla vita di personaggi del mondo dello spettacolo o della moda, ai miti della cultura giovanile; largamente consumate.

Al di là delle inevitabili disinformazioni e dei pregiudizi, ognuno, anche i piccoli, oggi giorno è chiamato a confrontarsi con le droghe legali ed illegali, soprattutto in quei Paesi dove i governi ne legalizzano l’uso, fosse anche della cannabis.

L’ONU stima che il 3,5- 5,7% della popolazione mondiale 15-64 anni faccia uso di sostanze stupefacenti illecite cioè 150-250 milioni di persone. Includendo alcol e tabacco si raggiungono i 7-800 milioni di persone. Inoltre, se si considerassero le persone con patologie della dipendenza senza uso di droghe si arriverebbe a una cifra non definibile.

La diffusione di sempre nuove sostanze, spesso di origine sintetica e non necessariamente illecite, e dei “nuovi modi di utilizzarle” (uso diffuso, integrato nel normale tessuto sociale, non reietto culturalmente, con abbassamento dell’età di ingresso, mescolanza con l’uso di alcolici e di diverse sostanze lecite ed illecite) evidenzia un fenomeno complesso e multifattoriale riscontrabile in tutti i Paesi occidentali.

BIBLIOGRAFIA

- Lorenz K. Z., 1937. The companion in the bird's world. *The Auk*, 54(3), 245-273
- Cavalli-Sforza L. L., (1996) *Geni, popoli e lingue*, Adelphi.
- Ogden Thomas H., (2016) *Vite non vissute. Esperienze in psicoanalisi* (Traduttore: S. Boffito), Cortina Raffaello, *Psicologia clinica e psicoterapia*.
- Cyrulnik B., (2000) *il dolore meraviglioso*, Frassinelli ed.
- Bleger J., (2010) *Simbiosi e ambiguità. Studio psicoanalitico (1967)*, *Armando Editore*, Roma.
- Otto Rank, (1990) *Il trauma della nascita. Sua importanza per la psicoanalisi*, *SugarCo*, 1990.
- Margaret Mahler, Fred Pine, Anni Bergman, (1978) *La nascita psicologica del bambino*, Bollati Boringhieri.
- Bonhoeffer D., (1979) *Gli scritti: 1928-1944*. Brescia, Queriniana.
- West R, (2006) *Theory of Addiction*, Blackwell.
- Volkow ND, Morales M. (2015) The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell* Aug 13;162(4):712-25.
- Nizzoli U, Margaron H, Caretti V, Croce M, Lorenzi P, Zerbetto R (2011) *Craving. Alla base di tutte le dipendenze*, Mucchi ed.
- Melchionda N, (2014) *Food Addiction. Sviluppo dei Disturbi Alimentari e delle Obesità*, Mucchi, Modena.
- Goodman A., *Addiction: definition and implication*, *British Journal of Addiction*, 1990, *Addiction* v.11 2006.
- Siegel D. (2013) *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Cortina Raffaello.



Internet Addiction Disorders: From the Present to the Future

Prof. Mary AIKEN

Cyberpsychologist, Adjunct Associate

Professor at University College

Dublin, and Academic Advisor to

the European Cyber Crime Centre at

Europol (Ireland)



The development of information technology has exploded over the past two decades. People now spend a significant part of their lives in a place, ‘Cyberspace,’ that did not exist previously. The incredible benefits of the Internet, the ‘information superhighway’ are well established; affordability, convenience, connectivity, creativity, educational and cultural exchange, along with the growth of entrepreneurship and commercial opportunities most of us are aware of the benefits. An army of marketing experts working for all the biggest tech companies and conglomerates do nothing but dream up new and better irresistible products and new and better ways to sell them to us. They are really good at convincing us of the necessary features of these gadgets and software and apps and touchscreens, to the point at which we have almost become ‘lost in cyberspace.’ The substantial benefit associated with the colonisation of cyberspace cannot only be considered in a cyber-utopian context. There are downsides, and online activities can have real-world consequences:

“Claims for the independence of cyberspace... are based on a false dichotomy... physical and virtual are not opposed; rather the virtual complicates the physical, and vice versa” (Slane, 2007).

In other words, what happens in the cyber ecosystem can have an impact on the real world and vice versa. It is therefore essential to consider this new environment scientifically in order to maximise its benefits, and avoid potential risk and harm. Good science focuses on balance. It is therefore absolutely necessary to consider negative aspects of technology, in order to bring the debate back to the balanced centre rather than have one driven by idealism or commercialism. Technology is not good or bad in its own right. It is neutral and simply mediates behaviour—which

means it can be used well or poorly by humankind. This understanding is fundamental and is no different from how we regard automobiles and drunk driving. Any technology can be misused.

‘Cyber’ refers to anything involving computers or computer networks, such as the Internet. Cyberpsychology is the study of the impact of technology on humankind. Whilst the primary focus is on Internet psychology, Cyberpsychologists also study virtual environments, Artificial Intelligence (AI) and Intelligence Augmentation (IA), gaming, digital convergence, mobile telephones and networking devices. It is predicted that the cyber behavioural sciences will continue to enjoy exponential growth, due to rapid acceleration of Internet technologies and the “unprecedentedly pervasive and profound influence of the Internet on human beings” (Yan, 2012).

It has been said that “Cyberpsychology is the new psychology” (Norman, 2008). An increasingly specialist area of study is known as ‘Forensic Cyberpsychology’ which focuses on criminal, deviant, and abnormal behaviour online (Aiken, 2016a).

Cyberpsychologists maintain that human behaviour can change in technology mediated environments. There are a number of important cyberpsychological constructs which may have some explanatory value regarding changes in behaviour. For example, *anonymity* online (Joinson, 2001), a super human and almost mythical power of invisibility, which comes with great responsibility; the *Online Disinhibition Effect* (Suler, 2004) which dictates that people will do things online that they would not do in the so-called real world. Cyber presence and immersion (Riva et al., 2007; Takatalo et al., 2008) along with self-presentation online (Ellison et al., 2006, Aiken, 2016a) focus on how the self is manifested in cyber contexts.

People can behave differently when they are interacting with technology, that is, compared to interacting face-to-face in the ‘real’ world. Arguably, whenever technology interfaces with a base human tendency, the result is amplification and acceleration (White & Horvitz, 2008; Aiken, 2016a). We have all experienced technology-mediated adverse psychological effects, from smartphone addictive-type behaviours, to being subjected to social technology “weapons of mass distraction” that hijack our attention, harvest, profile, micro-target, monetise and subliminally manipulate us online (Aiken, 2018b). Altruism (Adar & Huberman, 2000) is a positive aspect of human behaviour mediated by technology, for example, online crowd sourced fundraising activities.

It is important to remember that the Internet was founded on the premise that all users are equal, but this is not true; some are more vulnerable than others. Little or no special allowances have been made for children online, however, children do deserve particular attention. We are now living through the “largest unregulated social experiment of all time” a generation of youth have been exposed to the best, and worst aspects of this new technological environment (Aiken, 2016a).

The technology of Cyberspace was designed to be rewarding, engaging and seductive for general population. What society has failed to foresee is how it would impact deviant, criminal and vulnerable populations, and how this in turn could affect society. Traditionally, members of extreme or marginalized groups found each other with great difficulty. Meetings were limited by the laws of proximity and domain. Now, that possibility and probability has changed, due to a cyber effect which can be described as ‘*Online Syndication*’ (Aiken, 2016a), that is, the mathematics of human behaviour in the digital age. Online syndication allows everyone from sex offenders, cybercriminals, extremists, proponents of hate speech, racism and misogyny, to young people with self-harm disorders, under the cover of anonymity and fueled by online disinhibition to find each other within a few clicks, and then to normalize and socialize their abnormal behaviours. Arguably this form of hyper connectivity will lead to more incidences of abuse and criminal behaviour in Cyberspace, and in the real world.

The most significant official recognition of Cyberspace occurred in 2016 when NATO acknowledged it as a new frontier in defence – formally recognizing that modern battles are waged not only by air, sea and land, but also on computer networks. There are three layers in cyberspace¹: The *Physical Network*, that is, the layer of cyberspace comprised of the geographic components and physical network components; the *Logical Network*, the layer which consists of those elements of the network that are related to one another in a way that is abstracted from the physical network; and the *Cyber-Persona* layer – that is, all of us, humankind.

Whilst the military has a multi-layered and strategic approach to cyberspace, the European Union conceptualises it differently, arguing that it is merely a form of ‘infrastructure’ – similar to a railroad or motorway. The Internet may be many things, but it is not simply an infrastructure; it is an entity that can have a powerful and pervasive impact on individuals, and on society. The technological revolution that delivered connectivity, computers and cyberspace has produced seismic changes for our species.

¹ http://www.jcs.mil/Portals/36/Documents/Doctrine/pubs/jp3_12R.pdf (JP 3-12: I-3)

We have had to evolve and adapt to try and keep up with this rapid change. It has been argued that human culture, which society represents, provides a buffer against facing one's vulnerability and mortality. Humans need other people for basic survival, and over time we have developed some core behaviours when interacting with social situations to enable us to survive. We are highly motivated to get along with others, simply because it's adaptive to do so. Logically, these actions and behaviours aid or ensure basic survival. Humans are now desperately trying to adapt in Cyberspace. However, as biological beings we are struggling to keep pace with technological advancements (Aiken, 2018b).

This is a paradigm shift – if we conceptualise Cyberspace as a place, as an environment then we have to factor in the impact of environment in a developmental context. We can draw on research to date. One of the earliest discoveries in the field of environmental psychology came from Roger Barker's work in ecological psychology. His field observations in the 1940s expanded into the theory that social settings influence behaviour. He developed the concept of the "behaviour setting" to help explain the relationship between the individual and the immediate environment, and how a setting affects its inhabitants. In 1987, the environmental psychologist Harold Proshansky discussed how the field was "value-oriented" due to environmental psychology's commitment to bettering society through problem identification (Proshansky, 1987). This is a valuable observation when it comes to creating a better cyber society.

So how do we make definitive progress? Unfortunately, academics are great at finding complicated ways to not really say what we mean. Our papers are littered with hedging adverbs like arguably, plausibly, and questionably. Some researchers employ what could be considered as "sleight of word," just in case, at some point in time, an idea might be proven wrong (Aiken, 2016a). But scientific breakthroughs cannot be achieved by metaphorically sitting on the fence. On the cyber frontier, we need scientists who are prepared to nail their colours to the mast, and back their own informed instincts. Of course we need evidence-based studies over time, but how long can we wait? Babies are being born, kids are growing up, and lives are being changed. Society is being reshaped. We need academic first responders (Aiken, 2018a).

There are many research challenges. Very often findings concerning specific types of behaviours cannot be described and explained by traditional psychological theory when applied in technology-mediated environments, this is particularly true regarding addictive type behaviours. "Technology has become as natural as the air we breathe...It has become

part of our environment... the challenge could be an evolutionary one. Rather than talking just about addiction, we could discuss adaptation” (Aiken, 2016a). We know that maladaptive behaviour consists of attitudes, emotions, responses and patterns of thought that result in negative outcomes. Perhaps when it comes to negative aspects of human behaviour online we should not be considering an addiction model; perhaps we should be considering cyber maladaptation? (Aiken, 2016a), and the good news about maladaptive behaviours, for example biting your nails when you are nervous, is that we can do something about it.

When considering the impact of technology on humankind it is particularly important to factor in the impact of technology on the developing child. Since age is an important factor, we should consider same in three different age groups: Cyber babies (0 to 3 years of age), Cyber kids (4 to 12) and Cyber teens (12 to 18). It is critical that we do not have a myopic view, that is, consider these issues through a single lens. A transdisciplinary approach is required, along with the exploration of a broad range of variables such as physical, behavioural, physiological, social, affective, motivational and developmental aspects of technology.

CYBER BABIES

We need to focus on children’s interaction with technology. However, it is just as important to factor in parent and caregiver use of technology (Radesky et al., 2014). The average person checks their smartphone over 200 times a day, and touches it up to 2,500 times a day (Dscout, 2016). Therefore, if you are a parent or caregiver to a young infant then that is over two and a half thousand times that you have not touched them. Babies need contact; there is no study that does not support the importance of eye contact (Haughton et al., 2015, Aiken, 2016a). Yet if parents and care givers are constantly distracted by their devices, then infants are not getting enough eye contact, which undoubtedly will affect bonding, and ultimately may be catastrophic for our species. We are doing some work with maternity hospitals on this technology distraction issue – the proposal is to include guidelines regarding bonding and eye contact in the take home packs that offer advice on infant care. Who would have thought that we would have to prompt parents to look at their infants.

There is an excellent paper on screen time titled “*Mobile and Interactive Media Use by Young Children: The Good, the Bad, and the Unknown*” (Radesky et al., 2015). We should be very concerned about the unknown, and should therefore adopt a protective stance, to this point the Ameri-

can Academy of Pediatrics offers some useful guidelines on screen time (AAP, 2016). Recent studies have found that more than two hours screen time a day could damage children's brain development (Donnelly 2018; Walsh et al., 2018). Other experts such as Oxford University neuroscientist Susan Greenfield argue that children's brains and minds could be 'rewired' from the fast pace of social networking sites and video games. Stanford University psychologist Philip Zimbardo also warns that young men's brains are being "digitally rewired" by unprecedented use of video games and pornography. He also provides a convincing argument that the online experience of the young male tech-user exacerbates behavioral problems. Therefore it may not be a simple case of addiction, or even maladaptation – rather some form of fundamental cognitive change, and over time, potentially epigenetic change.

In terms of parental capabilities, one in ten parents of children aged 3 - 4 agreed their child knows more about the internet than they do (Ofcom, 2014). This statistic calls in to question the premise of duty of care – who will protect children online, if parents do not feel competent? Perhaps the state or its institutions has a statutory duty of care in this regard?

CYBER KIDS

When it comes to cyber kids, surprisingly, 1% have a smartphone, 21% of 3- 4 year olds have a tablet device (Ofcom, 2017), and 3% of 5-7s, 23% of 8-11's have a social media profile (Aiken, 2016b) despite the fact that the minimum age to sign up to these platforms is generally 13 and sometimes 16. We should be particularly concerned about children's access to legal but age-inappropriate content online, that is extreme violence, self-harm, pornography, and hate speech (O'Neill et al., 2014). The UK government is now attempting to address these issues and has just published a document, titled *Online Harms White Paper*, designed to control content on the internet and to enforce social tech accountability.²

Cyberspace is a very challenging environment for children and cyberbullying and trolling are persistently problematic; 63% of teens say that teachers, social media companies and politicians are failing to address the issue (Pew, 2018). In terms of trolling and the 'dark tetrad' of personality traits (Buckels et al, 2014), we are increasingly seeing 'dark content' that targets children available via on demand online media platforms ("Dark Peppa Pig" - YouTube, 2017). At Europol we are witnessing a rise

² <https://www.securityweek.com/uk-government-proposes-digital-harms-legislation-regulate-online-content>

in the sexual coercion and extortion of children, with children as young as seven being targeted (Europol, 2017); we are also seeing an increase in grooming and child abuse material. Additionally, child-on-child sexual assaults, that is, “peer on peer” abuse, rose by 71% in 2017 (Press Association, 2017), which is arguably linked to the availability of pornographic material online. Somewhat alarmingly, anxiety and depression in young people has risen by 70% in the last 25 years (Royal Society for Public Health, 2017). The U.K.’s chief medical officer recently announced that we should ban screens from bedtimes and the dinner table and France has banned smartphones and smart devices from schools.³

CYBER TEENS

Evidence is mounting regarding the harmful effects of social networking sites on the well-being of children, including sleeplessness, obesity, compulsive use, and vulnerability to advertising. Sleep deprivation increases the likelihood that teens will suffer a myriad negative consequences, including an inability to concentrate, poor grades, anxiety, depression, and suicidal ideation (Aiken, 2016c; Aiken, O’ Sullivan, 2018).

The statistics are worrying. Young people say four of the five most used social media platforms make their feelings of anxiety worse. The Royal Society for Public Health report (2017) states that “the platforms that are supposed to help young people connect with each other may actually be fuelling a mental health crisis.” Insomnia is on the rise: one in five young people say they wake up during the night to check messages on social media. They are three times more likely to feel constantly tired at school. The UK National Health Service (NHS) reported that sleep disorder admissions for under-16s rose to 10,000 last year (Marsh, 2018).

Recent reports highlight that nine in ten teenage girls say they are unhappy with their body, and there has been a surge in teenage girls being hospitalised for eating disorders (Pollack, 2017), no doubt compounded by the online availability of “pro-ana” and “pro-mia” sites (websites encouraging and glamorising anorexia and bulimia) that influence vulnerable, self-conscious teens. Notably the negative impact of these sites along with the availability of harmful and age-inappropriate online content, such as violent, aggressive or gory content involving cruelty, abuse of animals and killings, adult pornography, extremism, and radicalisation, was highlighted in our ‘Internet Content Governance Report’

³ <https://edition.cnn.com/2018/07/31/europe/france-smartphones-school-ban-intl/index.html>

(O'Neill et al., 2014).

Instant messaging apps are problematic in terms of cyberbullying since they can act as rapid vehicles for circulating bullying messages and spreading images. Victims of bullying are more likely to experience low academic performance, depression, anxiety, self-harm, feelings of loneliness and changes in sleeping and eating patterns which is extremely worrying regarding the overall health and well-being of our children and young people (Aiken, O' Sullivan, 2018). The irony is that in an era where everyone seems more or determined to mandate the use of technology in every situation, including education, the latest studies show that the medium actually matters. Paradoxically for some tech evangelists, youth are more likely to absorb information from printed books rather than screens (Stavanger Declaration, 2019).

The most concerning of statistics comes from the recent YouGov survey (2019) whereby tragically 18% of young people in UK "do not think life is worth living." Naturally scholars argue that in terms of technology related 'screen time' correlation does not equal causation. Yes, of course the problem space is complex, and multi-factorial models may have better explanatory value. Children are growing up with technology, growing up in Cyberspace. This is not the time to get caught up in theoretical academic debates when the overwhelming body of evidence points to the fact that something is going terribly wrong - and that our children are in crisis. Police, clinical care providers, educators and parents are frontline witnesses to these problems. UK Teachers have reported a significant increase in children as young as four years of age suffering panic attacks, eating disorders, anxiety and depression. Schools are struggling to access support to deal with the surge in the number of children and young people suffering from mental health issues.

So what can we do? We need evidence based-studies in order to influence policy decisions. However, traditional research models may not suffice, arguably the three to five-year research cycle is becoming increasingly redundant. It is likely, if not probable, that rapid technological developments will overtake the phenomenon under study before a study is completed and findings are published. We need accessible funding for "rapid research" initiatives, and we urgently need to broaden scientific investigation. Governments, policymakers and stakeholders, along with academics from a wide range of disciplines who embrace cyberpsychology, will undoubtedly contribute to crystallising new ideas and perhaps to understanding and conquering this new scientific frontier.

In terms of recommendations, we urgently need to investigate the impact of technology on human behaviour. We need to factor in environmental and developmental aspects of growing up in Cyberspace, and we need to consider cyber ethics. Pope Francis has stated “Our immense technological development has not been accompanied by a development in human responsibility, values and conscience” (Cohen, 2015), evidenced by the fact that the recently established Google external ethics board collapsed less than a fortnight after it was launched.⁴

However, mostly we need to remember that “what is new is not always good, and technology only brings progress when we are able as a society to mitigate its most harmful effects” (Aiken, 2016a).

REFERENCES

AAP (2016) <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/american>

[academy-of-pediatrics-announces-new-recommendations-for-childrens-media-use.aspx](https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/american)

Adar, E. & Huberman, B. A. (2000) ‘Free riding on Gnutella.’ *First Monday*, 5(10), 2–13.

[Online][Accessed 9 March 2018] <http://journals.uic.edu/ojs/index.php/fm/article/view/792/701>

Aiken, M. P. (2016a). *The Cyber Effect*. New York. Random House, Spiegel & Grau.

Aiken, M. P. (2016b, August, 30). *The Kids Who Lie About Their Age to Join Facebook*:

Social media’s millions of “invisible” users may be especially vulnerable to cyberbullying. *The Atlantic*.

Retrieved from <http://www.theatlantic.com/technology/archive/2016/08/the-social-media-invisibles/497729>

⁴ <https://www.google.com/search?q=google+ethics+board&oq=google+ethics+board&aqs=chrome..69i57j0l5.5513j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Aiken, M. P. (2016c, August, 17), Obesity, aggression, developmental delays: what tablets and mobiles are doing to our children. The Telegraph. Retrieved from: <https://www.telegraph.co.uk/family/parenting/obesity-aggression-developmental-delays-what-tablets-and-mobiles/>

Aiken, M. P. & O'Sullivan, B. (2017, July, 13), We need to talk about the Irish 'digital age of consent' <https://www.irishtimes.com/opinion/we-needed-to-talk-about-the-irish-digital-age-of-consent-1.3152388>

Aiken, M.P. (2018a) "Life in Cyberspace" Retrieved 1st November from <http://www.eib.org/en/essays/life-in-cyberspace>

Aiken, M.P. (2018b) "Manipulating Fast, and Slow" Retrieved 1st November from <https://www.wilsoncenter.org/article/manipulating-fast-and-slow>

Buckels, E., Trapnell, P & Paulhus, D (2014) Trolls just want to have fun, Personality and Individual Differences.

Individual Differences, Volume 67, 2014, Pages 97-102, ISSN 0191-8869, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.016>.

Dscout's Mobile Touches study https://pages.dscout.com/mobile-touches-download-form?_ga=2.17747184.816230089.1510487996-828698.1510487996

Donnelly (2018) More than two hours screentime a day could damage children's brain development <https://www.telegraph.co.uk/news/2018/09/26/two-hours-screentime-day-could-damage-childrens-brain-development/>

Ellison, N, Heino, R & Gibbs, J. (2006). Managing Impressions Online: Self-Presentation

Processes in the Online Dating Environment. J. Computer-Mediated Communication. 11. 415-441. 10.1111/j.1083-6101.2006.00020.x.

Europol (2017) THE INTERNET ORGANISED CRIME THREAT ASSESSMENT (IOCTA) <https://www.europol.europa.eu/activities-services/main-reports/internet-organised-crime-threat-assessment-iocta-2017>

Haughton, C., Aiken, M. P., & Cheevers, C. (2015), Cyber babies. The impact of emerging technology on the developing child. Psychology Research. 5(9), 504-518.

Joinson, A. N. (2001), Self-disclosure in computer-mediated communication: The role of self awareness and visual anonymity. *Eur. J. Soc. Psychol.*, 31: 177–192. doi:10.1002/ejsp.36.

Marsh (2018) Children's lack of sleep is 'hidden health crisis', experts say https://amp.theguardian.com/lifeandstyle/2018/sep/30/childrens-lack-of-sleep-is-hidden-health-crisis-experts-say?CMP=share_btn_tw&__twitter_impression=true

Norman, K. (2008) *Cyberpsychology: An Introduction to Human-Computer Interaction* Cambridge: Cambridge University Press.

Ofcom (2014), Children and parents: media use and attitudes report 2014 <https://www.ofcom.org.uk/research-and-data/media-literacy-research/childrens/children-parents-oct-14>

Ofcom (2017), Children and parents: media use and attitudes report 2017: [https://www.google.com/search?q=\(Ofcom%2C+2017\)%2C&oq=\(Ofcom%2C+2017\)%2C&aqs=chrome..69i57j0l5.532j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=(Ofcom%2C+2017)%2C&oq=(Ofcom%2C+2017)%2C&aqs=chrome..69i57j0l5.532j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

Ofcom (2018), Children's content review: update. Assessing the current provision of children's programmes on TV and online https://www.ofcom.org.uk/__data/assets/pdf_file/0023/116519/childrens-content-review-update.pdf

O'Neill, B., Aiken, M.P., Caffrey, M., Carthy, J., Lupton, R., Lynch, A. & O'Sullivan, K. (2014). Report of the Internet Content Governance Advisory Group. Department of Communications, Energy and Natural Resources, Ireland. Retrieved <http://www.dcenr.gov.ie/NR/rdonlyres/OBCE1511-508E-4E97-B1A9-23A6BE9124AA/0/InternetContentGovernanceAdvisoryGroup.pdf>

Pew (2018) A Majority of Teens Have Experienced Some Form of Cyberbullying <http://www.pewinternet.org/2018/09/27/a-majority-of-teens-have-experienced-some-form-of-cyberbullying/>

Cohen, S. (2015) The Centrality of Sustainability. https://www.huffpost.com/entry/the-centrality-of-sustain_b_7635766

Proshansky, H. M. (1987). "The field of environmental psychology: securing its future." In *Handbook of Environmental Psychology*, eds. D. Stokols and I. Altman. New York: John Wiley & Sons.

Pollack (2017) Surge in teenage girls being hospitalised for eating disorders <https://www.irishtimes.com/news/health/surge-in-teenage-girls-being-hospitalised-for-eating-disorders-1.3108388>

Press Association (2017) Child-on-child sexual assaults soar, police figures reveal <https://www.theguardian.com/society/2017/oct/09/child-on-child-sexual-assaults-soar-police-figures-reveal>

Radesky, J. S., Kistin, C. J., Zuckerman, B., Nitzberg, K., Gross, J., Kaplan-Sanoff, M.

Silverstein, M. (2014). Patterns of mobile device use by caregivers and children during meals in fast food restaurants. *Pediatrics*, 133(4), e843-849. <http://doi.org/10.1542/peds.2013-3703>

Radesky et al. (2015) Mobile and Interactive Media Use by Young Children: The Good, the Bad, and the Unknown <http://pediatrics.aappublications.org/content/135/1/1>

Riva G, Mantovani F, Capideville CS, Preziosa A, Morganti F, Villani D, Gaggioli A, Botella.

C, Alcaniz M (2007) Affective interactions using virtual reality: the link between presence and emotions. *Cyberpsychol Behav* 10(1):45–56.

Royal Society for Public Health (2017) Social media and young people's mental health and wellbeing <https://www.rsph.org.uk/our-work/policy/social-media-and-young-people-s-mental-health-and-wellbeing.html>

Slane, A. (2007). 'Democracy, social space and the Internet', *University of Toronto Law Journal*, 57: 81 -104.

Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & Behavior*, 7(3), 321–326. [doi:10.1089/1094931041291295](https://doi.org/10.1089/1094931041291295)

Stavanger Declaration (2019) <http://ereadcost.eu/wp-content/uploads/2019/01/StavangerDeclarationPressRelease.pdf>

Takatalo, J., Nyman, G. & Laaksonen, L. (2008) 'Components of human experience in virtual environments.' *Computers in Human Behavior*, 24(1), pp 1-15.



Gambling Addiction and the Internet

Mrs. Noriko TANAKA

President, "Society Concerned

About Gambling Addiction" (Japan)



Looking around, I realize that I may be the only one here without a PhD.

It is indeed very important to consider the problem of addiction from clinical approaches, as well as the various aspects of policy that try to address this problem. However, we must not forget the communities of those who are striving to recover from their addictions and their families. The work that happens on the grassroots level of self-help groups and other community based support structures are essential to addiction recovery.

Today, I would like to share with you a little bit about the current status of gambling addiction in Japan, and introduce the work that my organization is doing to build support communities for gambling addicts and their families, as well as the fight against stigma in wider Japanese society. Before I begin, I would like to express my sincere gratitude to the Catholic Church.

In Japan, the Alcoholics Anonymous self-help group was started by Father John Meaney, and the Narcotics Anonymous group was started by Roy Assenheimer, both of the Maryknoll Mission. Thanks to their works, numerous people in Japan were able to recover from their addictions to alcohol and narcotic drugs. In the wake of this success, Gamblers Anonymous (GA) also began in Japan to support those recovering from gambling addiction.

The work of these two priests is celebrated in the recovery community even today, and books have been published highlighting the important work that they started in Japan.

Thanks to these two priests and the Maryknoll mission, I myself was able to recover from my addiction, and strong foundations for the recovery community were laid in Japan. We are eternally grateful for this contribution.

To introduce myself, my grandfather, father, husband, and I myself have suffered from gambling addiction.

My father was fired from his job after embezzling money to feed his gambling addiction. My mother then divorced him, and brought me to live with her parents. There, my grandfather was also addicted to gambling, and spent most of his time in Japan's pachinko parlors.

I was raised in a poor household, and vowed to make my own life better. After graduating from university, I got a job and began to support myself independently.

In 1995, I met my husband. He was a kind and caring man, but loved to gamble. Almost every one of our dates were spent at the races.

Although I had suffered as a result of my father and grandfather's addictions to gambling, we had good incomes, and we mistakenly thought that we could enjoy gambling in moderation. We never thought that we ourselves would become addicted.

But before we knew it, we became burdened with debt. We tried several times to quit gambling, but were unable to do so.

Our everyday lives were filled with uncertainty and fighting, and we didn't know what to do or how to solve the problem.

One day, I found a blog that mentioned gambling addiction. I had not known that such an illness existed, and I felt that for the first time I was able to put a name to the suffering that my family was going through.

In 2004, my husband and I began attending Gamblers Anonymous, and through four years of hard work, we were able to recover from our addictions.

In 2014, I started the Society Concerned about Gambling Addiction and became its first president.

GAMBLING IN JAPAN

Before discussing the work of my organization in building communities and addressing stigma, I would like to briefly introduce the current situation of gambling addiction in Japan.

In Japan, there are four types of publicly funded gambling: horse racing, boat racing, bicycle racing, and auto racing.

In addition, there is pachinko, which is in effect gambling, but is not recognized as such by the government. Approximately 80% of those suffering from gambling addiction in Japan are addicted to pachinko.

Further, there exist illegal “black market” gambling. These black-market gambling rings are often busted by the police, leading to numerous arrests.

There are over 10,000 pachinko parlors in Japan. Anyone over the age of 18 can enter these parlors without any restrictions, and they are most prevalent in the Japanese countryside. This is to the extent that the further you go to smaller regions in Japan, many people say that the only form of entertainment available is pachinko. As you can see in the photos here, there are many large pachinko parlors in the middle of the countryside, with little else around the area.

In 2016, an Australian research institute released data on the number of Electronic Gaming Machines (EGMs) across the world. According to this data, Japan has 58.1% of the world’s share of EGMs, the largest concentration in any single country. For comparison, Italy has only 5% of the world’s EGMs.

Further, in studies of lifetime gambling addiction prevalence, Japan has an abnormally high rate at 3.2%, while other countries have prevalence rates that average at 1-2%. As you can see here in this slide, Japan has the highest prevalence rate for gambling addiction compared to other developed countries.

In Japan, crime, poverty, child abuse, and suicide resulting from gambling addiction has become a serious issue.

In July of this year, a law legalizing casino passed in Japan’s parliament, making way for a new form of gambling in the country.

The debate around this new law brought new attention and focus to the issue of gambling addiction in Japan.

So, what are some of the underlying issues of gambling addiction in Japan?

First and foremost, the gambling industry does not contribute funds to address gambling addiction in Japan. In other countries with legalized gambling, the gaming industry, as the one who profits from gambling, makes large contributions to addressing the issue in local communities.

Further, gambling addiction is considered an issue of “personal responsibility”. Both the government and industry did not see the necessity to invest in preventative education programs to address this problem.

However, most important to note is how Japanese culture prevents early detection and intervention in cases of gambling addiction.

I would like to ask everyone, what is the image you have of Japanese culture?

When someone thinks of Japanese culture, they may think of something like these beautiful geisha or traditional tea ceremony. While these are important parts of ancient Japanese art and culture, today I would like to talk about the cultural mentality of Japanese people.

Even when the son or daughter of someone famous has an addiction related issue, even if they are a fully grown adult, the celebrity parent often conducts a press conference to apologize for their son or daughter.

In Sociology, it is often said that Western cultures lean towards individualism and Eastern cultures lean towards collectivism. Collectivism or a so called “group mentality” can often be seen in the typical Japanese household.

In Japan, it is common and for three generations: grandparents, parents, and children, to live under one roof. For the oldest son of a family to live with his parents and raise his family under the same roof is considered a sign of filial piety. Because of this deep connection between family generations, even after a child becomes an adult, issues that the child faces are shared by the parents, and it is considered normal for parents to look after their children well into adulthood. This interconnected nature of the family unit in Japan leads to a blurring of boundaries between individuals, where one takes responsibility for actions of another, and often get involved in each other’s affairs.

Further, in Japan we are taught from a young age that we should not impose upon or cause trouble for other people.

Due to this deeply ingrained mindset, individuals and families believe that they should not bother others with their problems, and are reluctant to ask others for help. They feel a sense of guilt for taking up another person’s time and energy with their own problems, and feel a sense of shame from revealing their weaknesses to others.

Japan is considered to have what is called a “culture of shame.” Of course, we all know that shame is one of things at the core of any addiction. However, I believe we can say that even in cases not related to addiction, the shame in Japan is much stronger than in Western cultures. In Japan, people tend to have an intense fear of how they are evaluated and talked about by others. Problems within the family are hidden, and are taken care of within the family before they can be revealed to others.

Due to this culture of shame and blurred boundaries between family members, when the family discovers that one of their members has gam-

bling related debt, the family tends to quickly repay the debt rather than address the underlying issue.

As you all know, when a problem related to addiction is taken care of by others rather than by the one who caused the problem, this creates a vicious cycle where the same behavior tends to be repeated.

My organization partnered with the University of Tsukuba, where we conducted a survey of families with problem gamblers. I believe that this survey shows one of the key special characteristics in addressing gambling addiction in Japan.

Of the 224 people who responded to the survey, 83.9% have said that they have repaid the debt of a family member with a gambling problem.

This graph shows the frequency of debt repayment by family members. While many family members have repaid debt 1-3 times, there are also quite a few who have repaid gambling debt 10 times or more.

Finally, this graph shows the monetary amount of debt repaid by family members. 48 people paid 1-3 Million JPY (Appx. 10-30 thousand USD), and 41 people paid 3-5 Million JPY (appx. 30-50 thousand USD), and 31 people paid more than 10 Million JPY (appx. 100 thousand USD). Here, we can see the importance of supporting companies that are stuck in this situation.

BUILDING COMMUNITY

Now, in order to address these issues, it important to build a community of those facing the same problems.

We connect individuals to Gambler's Anonymous and Gamanon, for families of problem gamblers, so that problem gamblers and their families can work together to recover from this addiction. As indicated in the name, these self-help groups place an emphasis on anonymity, and do not actively advertise their activities. Since the idea of gambling addiction being an issue of personal responsibility is prevalent in Japan, most people do not know about these groups. In 2004, when I first attended a self-help group, there were only 15 Gamanon groups in Japan.

However, in 2014 when the bill to legalize casinos was first deliberated in the Japanese parliament, we believed that the already serious issue of gambling addiction would continue to worsen without being addressed. We decided to forgo anonymity and began to work together publicly to speak out about this issue.

That is how the Society Concerned about Gambling Addiction was born.

Our organization is involved in various activities. First and foremost, we work to support problem gamblers and their families, connecting them to treatment and rehabilitation facilities when necessary. We also proactively engage with the Japanese media to raise awareness about this issue. Further, we run a phone hotline and provide information online.

We are also focused on developing policy proposals for the government, preventative education, development of human resources, research, and developing partnerships with other relevant organizations across Japan.

Through our efforts, our organization now has 30 regional chapters across Japan, and through the awareness raised from our activities, there are now 170 GA and Gamanon groups throughout the country.

I would like to share with you one success story from our activities in Japan. One family contacted us because their son, a detective in the police force, had quit his job and gone missing. It turns out that the family had repeatedly repaid their son's debts from gambling, but finally refused to continue paying. He then quit his job and disappeared, causing a great deal of worry and anxiety for his family. When I spoke to them, they were worried that he might kill himself or that he might commit a crime. They questioned if they had done the right thing by refusing to repay his debt, and felt that his disappearance was their fault. However, I told them that they did the right thing, and to submit a missing persons report to the police and wait.

The family connected to a local Gamanon group, and prayed for their son's safety and his recovery. Eventually, a phone call came from a local municipal office several hundred kilometers away, where the son had applied for social welfare.

We went to where the son was living and tried to convince him to seek help. At first, he refused to even meet with us, and we were finally about to open the door with the help of the local police. Even then, he refused to hear us, violently saying "leave me alone! Go away!"

However, his family persisted saying, "we love you, and that is why we want you to get better." It took over 3 hours, but he finally agreed to enter a rehabilitation program. At the rehabilitation center, the son participated in a 12-step program, volunteered in the local community, played sports and went camping with others in his program. He was able to develop a sense of belonging in this community. After a year and a half in rehab, he was able to recover.



Now, this former detective is now a member of the staff at the rehabilitation facility, and is working hard to support others like him who are struggling with gambling addiction. He also actively speaks about his experience, seeking to become a living witness that gambling addiction is an illness that people can recover from.

CHALLENGES MOVING FORWARD

In Japan, where the idea of “self-responsibility” and a culture of shame is prevalent, we must work to combat stigma and create support structures where people can easily ask for help.

As the first step in addressing stigma, members of our organization, myself included, have come out openly as former gambling addicts. Our message has reached many people and families struggling with gambling addiction, and has served to offer a helping hand to more people in need.

I strongly believe that in order to wipe away the stigma of addiction, it is necessary for recovered addicts to come out and speak openly about their experiences. This gives courage and hope to others, and makes it easier for others to seek help when they need it most.

Second, we must work to promote a correct understanding of gambling addiction through awareness raising programs and preventative education.

It is important to spread the message that gambling addiction is an illness, not a result of a person’s weak will. We must also educate families not to pay the gambling debts of their family members. Further, we must conduct preventative education programs in schools and corporations, educating about self-help groups and providing information about addictions and support communities.

Third, the government must create support mechanisms and policies, including funding from the gaming industry.

This summer, the Gambling Addiction Countermeasures Bill passed in the Japanese parliament. This is the first step in the Japanese government addressing gambling addiction, and specific policies and countermeasures are in the process of being put in place. During deliberations on this bill, I was summoned to testify in parliament on gambling addiction and emphasized the need for specific policies to be undertaken by the government.

Further, the law legalizing casinos in Japan was passed at almost the same time. In this law, there is a 30% tax on gambling revenue. However, the law does not stipulate how this tax revenue will be used, and we are

currently lobbying for a portion of these taxes to be allocated to address gambling addiction.

When I was in the midst of my addiction, I discovered that I hated myself.

However, after connecting to the recovery community and recovering myself, I have made the decision to offer help for those who are also struggling with addiction. I have since come to learn to love myself and to show myself compassion, which gave me courage to do the work that I do today.

In 2014, when we first started this organization, we began lobbying the government to pass legislation to address gambling addiction. Everyone thought that this would be impossible, but we believed in our goal and continued on. Finally, in July 2018, the Basic Law on Gambling Addiction Countermeasures passed in parliament.

Even though our organization was small and we did not hold any political power, through the grace of God we were able to achieve our goal.

When I recovered through the 12-step program, I understood that everything I went through: being born in a family of addicts, struggling through poverty, falling into addiction together with my husband, it all had meaning. I realized that God had always been waiting. Even though less than 1% of Japanese people are Christian, I immediately went to get baptized. This was because through my recovery, I was able to discover God.

The fact that I am here in the Vatican, speaking to you today, is a result of the support that I found in the Japanese recovery community. Facing stigma and coming out as a recovered addict, has led to an increase of awareness, the establishment of more self-help groups across the country. Today, more and more people are leading lives in recovery. If it weren't for this community, our organization surely would not exist.

No matter what country you are in, no one should suffer alone. Learning to seek help and connect to a community who understands you is incredibly important when facing addiction.

Finally, I would like to leave you with some words that are often shared in the recovery community.

The opposite of addiction is not sobriety. The opposite of addiction is connection.

Thank you.

Sex Addiction and Addiction to Pornography

Dr. Peter C. KLEPONIS

Licensed Clinical Therapist and

Assistant Director of Comprehensive

Counseling Services in Conshohocken (USA)



I want to thank the Dicastery for Promoting Integral Human Development for inviting me to speak at this conference. While drug addiction is a global problem, we must address addictions to sex and pornography as they are just as, if not more, prevalent, and they are highly destructive to individual lives, marriages, families, and youths.

It is important to understand there are two categories of addictions: chemical and process. Chemical addictions are what we're most familiar with. With these addictions, foreign chemicals, such as drugs and alcohol, are ingested for the pleasurable effects they have on the brain and body. Process addictions are based on behaviors. So rather than ingesting a foreign chemical, a person will engage in a behavior that has a similar pleasurable effect on the brain and body. The most common process addiction is gambling addiction. Sex and pornography addictions are also process addictions.

Before we can discuss sex and pornography addictions, we must first define them. Sex addiction encompasses many behaviors (i.e. pornography, phone sex, fetishes, prostitutes, internet sex, anonymous sex, etc.); however, today the majority of people who become addiction generally restrict their behaviors to Internet pornography. Thus, I use the terms pornography addiction and sex addiction interchangeably. My preferred definition is as follows:

- Sex/pornography addiction: Any persistent and escalating unhealthy pattern of sexual behavior. It is compulsive in nature and used to avoid or change feelings, despite destructive consequences to self and others.

Because most addictive sexual behavior is limited to Internet pornography, my talk will focus on Internet pornography addiction. To do this, we must also define pornography. This can be difficult because it is very

subjective. I have two definitions for pornography. The first is my own clinical definition:

- Pornography: Any image that leads a person to use another person for their own sexual pleasure. It is devoid of relationship, love and intimacy. It can be highly addictive.

The second definition comes from the Catechism of the Catholic Church:

- Pornography consists in removing real or simulated sexual acts from the intimacy of the partners, in order to display them deliberately to third parties. It offends against chastity because it perverts the conjugal act, the intimate giving of spouses to each other. It does grave injury to the dignity of its participants, since each one becomes an object of base pleasure and illicit profit for others. It immerses all who are involved in the illusion of a fantasy world. It is a grave offense. Civil authorities should prevent the production and distribution of pornographic materials (CCC, 2354).

While this definition addresses many facets of pornography, it was developed over 20 years ago. If we were to update this definition today, we would probably also state that pornography is a highly addictive substance as we now have the neuroscience evidence to support this.

While pornography has existed for thousands of years, the advent of the internet has made pornography use a worldwide epidemic. It is now the primary drug of choice for the following five reasons. I call them the "Five A's" of pornography use. It's:

- Affordable: it's free
- Accessible: it's just a click away
- Anonymous: it's easy to hide
- Accepted: among many people today, viewing pornography is completely acceptable
- Aggressive: because it offers instant gratification, pornography is highly addictive

Here are some basic statistics on the prevalence of Internet pornography use in the United States:

- Every second 28,258 internet users are viewing pornography
- Every second 372 internet users are typing sexual terms into search engines

- Every 39 minutes a new pornographic video is being produced in the United States
- The pornography industry earns over \$100 billion U.S. dollars annually worldwide. \$13 billion of that comes from the United States
- Earns more than the top technology companies combined: Microsoft, Google, Amazon, eBay, Yahoo, Apple, Netflix and EarthLink.
- There are over 4.2 million pornographic websites worldwide
- 420 million pornographic Webpages
- 68 million daily pornographic search engine requests – Google
25% of all search engine requests are for sexual content
- 4.5 billion average daily pornographic emails
- 100,000 child porn websites worldwide

I have had the privilege of lecturing on the problem of pornography use and addiction in countries in North America, South America, Europe, and Asia. Everywhere I've spoken people have stated that pornography use and addiction is also a serious problem.

As you can see, the amount of pornography and its availability are staggering. Laws that once protected the public, especially minors, from the harmful effects of pornography are practically unenforceable on the internet. What's more disturbing is that because we are dealing with the worldwide web, any statistics provided are probably gross underestimates of what is really going on.

There are many ways that pornography enters our lives. When most people talk about pornography, they usually think of a visual image, such as a picture, photograph, or video. However, pornography can come in many forms. Along with the visual it can come in literary and auditory forms. Most pornography enters our lives through:

- Television
- Movies
- Internet
- Social Media
- Video Games
- Cell Phones
- Print Media

- Popular Music
- Clothing

The reason why there is so much pornography in our culture is because it makes a tremendous amount of money. Sex sells! Thus, pornographers will use any means possible to get their products to the public.

MEN AND PORNOGRAPHY

While both men and women are now using Internet pornography, many still consider it primarily a men's issues. Here are some recent statistics on men's use of pornography in the United States:

- Men admitting to accessing pornography at work: 20%
- Percentage of all Americans who seek out pornography at least occasionally: 51%
- The following percentages of men say they view pornography at least once a month:
 - 18-30-year-olds, 79%;
 - 31-49-year-olds, 67%;
 - 50-68-year-olds, 49%
- The following percentages of men say they view pornography at least several times a week:
 - 18-30-year-olds, 63%;
 - 31-49-year-olds, 38%;
 - 50-68-year-olds, 25%
- Men admitting to Internet sexual addiction: 10%

WOMEN AND PORNOGRAPHY

While men are currently the primary users of pornography, women are using it in increasing numbers. They are also becoming addicted to it. Here are some current statistics on female pornography use in the United States:

- Women keeping their online activities secret: 70%
- 25% of married women say they watch porn at least once a month, compared to 16% of single women.

- Percentage of visitors to adult websites who are women: 1 in 3 visitors
- Women accessing pornographic websites each month: 9.4 million
- Women admitting to accessing pornography at work: 13%
- 70% of women who use pornography meet most criteria for post-traumatic stress disorder.

Because women who use pornography generally feel more shame than men, they will work harder to keep it a secret. They often fear if people learned of their struggle, they would be labeled a “slut” or “whore.” Thus, many women who struggle with pornography addiction do not seek help. Instead, they suffer in silence.

THE ROOTS OF ADDICTION

While for many years it was naturally assumed by many that sex could be addictive, modern neuroscience has provided strong evidence to support this theory. Brain scans of drug addicts have been found to be identical to brain scans of sex addicts. So, how does a person become addicted to pornography? To understand this addiction, we need to look at it as two sides of a coin: Physical and Emotional.

- The Physical Side: The body becomes dependent on the pornography and physically craves it.
- The Emotional Side: Pornography is needed to ease emotional pain.

THE PHYSICAL SIDE OF ADDICTION

When a person encounters pornographic media, it has an immediate effect on them physically. A chemical called Dopamine is released into the brain in very large amounts providing an intensely pleasurable sensation. Another chemical, norepinephrine, locks the image into memory. Norepinephrine also activates the autonomic nervous system. Thus, while using pornography a person might begin to breathe more heavily, his heart will start beating faster, and some people may even begin to sweat. With all this brain activity going on a message is sent down to spinal cord to the genitals for sexual arousal. At this point, the body is being ramped up for sexual release. This tension can only be relieved with an orgasm, so the person masturbates. With the orgasm, natural opioid chemicals, endorphins, are released into the brain providing a sense of euphoria. After the orgasm, there is a tremendous feeling of relaxation. This physical process is extremely pleasurable and powerful.

The brain will want to return to it over and over again. Here is where a person can become physically dependent on this process and will need to return to it repeatedly just to function.

THE EMOTIONAL SIDE OF ADDICTION

Much research today points to attachment wounds and trauma as the foundation for the emotional side of addictions. Attachment wounds are incurred early in life. From the minute they're born, every child needs to develop a strong emotional bond with their primary caregivers. From this bond the child experiences a sense of safety and security. This is where he comes to feel loved, affirmed and valued. We call this a healthy attachment. He learns that in crisis situations he can reach out to others for help, and they will be there for him. This experience has an impact on healthy brain development, particularly in the limbic system. It comes to experience the world as a safe place. Emotionally, this process develops confidence in the child. As he grows into adulthood, he can go out into the world with the knowledge that he can handle whatever struggles, challenges or suffering life presents. We call this healthy self-regulation. In tough times, he can reach out to others with the knowledge that they will be there to help him.

But what if the child does not develop a healthy attachment with his primary caregivers? He will not develop the feeling of safety and security in the world. He may not feel loved, valued and affirmed. Contrarily, he may feel unlovable and ashamed. We call this an insecure attachment. Thus, as his brain develops physically and emotionally, it may interpret the world as a dangerous place. When presented with a crisis he may believe there will be no one there to help him. Thus, as he grows up, he does not develop the confidence to be able to go out into the world and successfully handle whatever challenges, struggles or sufferings that come his way. He may not be able to properly regulate negative emotions. To deal with tough times, such a person may look outside himself to cope. This is where he may turn to external substances (pornography) to cope with life.

It has been found that addicted people often live their lives by the following five unhealthy core beliefs:

1. I am unworthy of being loved.
2. If people really knew me, they would reject me.
3. I cannot trust anyone, including God, to meet my needs.

4. I must find something that I can control to meet my needs.
 5. Pornography/sex is my greatest need and source of comfort.
- Modified from Out of the Shadows by Patrick Carnes (2001)

It's not difficult to see the attachment wound in these core beliefs. These beliefs are common for most addicted people. In core belief #5 we can substitute drugs, alcohol, gambling, food, etc. for pornography/sex.

This leads us to the questions, "what prevents a healthy attachment from developing?" and/or "What can damage a secure attachment?" Research points to traumatic emotional wounds within and outside the family as sources of attachment wounds. They can be caused by major traumas, such as living in a home where there is abuse, addiction, divorce, etc. or many small traumas such as peer rejection. Some of the most common traumatic wounds include:

- Family of Origin Wounds
 - Abuse: physical, emotional, verbal, sexual
 - Parental addictions
 - Divorce
 - Early death of a parent
 - Parental abandonment/neglect
- Abuse outside the family
- Loneliness
- Peer Rejection
- Emotional insecurity
- Poor body image
- Marital conflicts
- Weak spiritual life
- Perfectionism
- Grief
- Anger
- Mistrust of women/men
- Lack of a sense of fulfillment
- Lack of sexual confidence

THE PROCESS OF ADDICTION

As one can see, the pleasurable physical and emotional effects of pornography can lead a person to use it to cope with the pain of deep emotional wounds (attachment and trauma). In addiction/recovery jargon, this is known as “self-medicating.” Because the effects of pornography use are temporary, one must return to it over and over again to keep the emotional pain at bay. This leads a person to become emotionally dependent on pornography to function in life. As the person continually uses pornography to keep their emotional pain at bay, the body also has the opportunity to become physically dependent on the intense neurochemical activity it produces in the brain. Here is where the physical and emotional sides of addiction work together.

TOLERANCE

As with any addiction, a tolerance soon develops. A little isn’t enough. The addicted person will need more of the substance and a stronger form of it to achieve the same effect. Thus, he will begin to spend more time pursuing and viewing pornography. Instead of viewing it once a week for 20 minutes, he might come to use it every day for several hours. Or he may go several weeks without it and then go on a binge that might last several hours or even days.

In addition to spending more time using pornography, the addicted person will need a stronger form of it. Soon “soft-core” forms of pornography are no longer satisfying. The addicted person then needs to move onto more “hard-core” forms of pornography to receive the same satisfaction. This can include pornography that portrays violence, fetishes, children, animals, and many other deviant forms of sexuality. Most addicted persons have no desire to participate in the types of sexual activity they view in pornography, and many are shocked and disgusted with themselves for seeking out such vile media. However, it’s the “shock-value” of the pornography that arouses them sexually and draws them back to it.

For some people, the tolerance develops to the point where just looking at sexual acts on a computer screen is no longer satisfying. At that point they might want to experience those sex acts live. This can lead them to patronize strip/sex clubs, prostitutes, and engage in anonymous sexual encounters. This is where a pornography addiction can turn into a full-blown sex addiction. This also leaves men and women at risk for contracting sexually transmitted diseases. For women this can lead to unplanned pregnancies and abortions. Here is where sex/pornography becomes both a personal and public health hazard.

This physical tolerance process is due to a chemical in the brain called Delta-fos-B. This chemical desensitizes brain cells to the effects of dopamine. However, the pleasure center of the brain, the nucleus accumbens, remembers how good the dopamine felt and wants to continue that feeling. Thus, more dopamine is needed to achieve the same effect. To do this, the addicted person will spend more time viewing pornography and will seek out more extreme forms of it.

DEPENDENCE

In addition to tolerance, a dependence on pornography will develop. Addicted people will need to seek it out regularly just to function in life. Here is where we go back to the physical and emotional sides of the addiction. Physically, the brain has become so accustomed to operating at such high levels of neurochemical stimulation, that it needs to maintain those levels just to function.

For many addicted people, not getting a needed pornography “fix” can result in withdrawal symptoms such as:

- Anxiety
- Depression
- Irritability
- Head aches
- Muscle aches
- Insomnia
- Difficulty with focus and concentration

A person may not experience any withdrawal symptoms and still be dependent on pornography. Consider the man who goes online, views pornography, and masturbates. Afterward he feels terrible and vows never to do it again. However, the next day he repeats this behavior. What is happening is the high level of dopamine in his brain is decreasing. Since the brain needs that high level of dopamine just to function in daily life, it goes into crisis mode. It knows that the only way to restore that unnaturally high level of dopamine is to go back to the pornography. This, paired with the need to use pornography to cope with deep emotional wounds, leads the person back to pornography over and over again. Here is where he is both physically and emotionally dependent on pornography. He is addicted.

Another factor in the development of an addiction is the way pornography physically affects brain structure. The frontal lobes of the brain, also known as the prefrontal cortex, are responsible for executive functioning. They allow us to think rationally and make informed decisions about what is and is not healthy for us. Studies have shown that those who are addicted to sex/pornography exhibit a decrease (shrinkage) in the size (mass) of the frontal lobes. This is called hypofrontality. This hampers the frontal lobes' ability to function. With the frontal lobes compromised, when the temptation to view pornography emerges, the addicted person may not have the willpower to resist it. The craving for dopamine and sexual release may then be too strong for the person to resist, and he or she will succumb to viewing pornography and masturbating. This is where addiction causes a person to lose his free will.

PORNOGRAPHY ADDICTION'S EFFECTS ON PEOPLE'S LIVES

As with any addiction, pornography addiction can have devastating effects on the lives of individuals, marriages, families, and Youths.

Individuals

For individuals, it hijacks their brains and makes them slaves to it. The addiction rules every area of their lives. Countless hours are lost pursuing pornography. For young people, this can have detrimental effects on academic performance. Many have failed out of school because of pornography addiction. Instead of attending classes and studying, they spend their time online viewing pornography. For adults, pornography addiction can seriously affect their careers. Every year companies lose billions of dollars in lost productivity because of pornography. Instead of doing their jobs at work, employees are spending their time viewing pornography. This has led to many people losing their jobs, which also affects spouses and families. There are also addicted people who have accumulated extreme debts from all the pornography they have purchased as well as money spent on strip/sex clubs and prostitutes. Economically this can be devastating not only to individuals, but also to spouses and families. Physically, pornography can affect individuals if the addiction leads them to act out with other people. This can result in contracting sexually transmitted diseases, unplanned pregnancies, and abortions.

Marriages

Nowhere do I see more damage from pornography addiction than in marriages and to spouses in particular. For example, when a wife dis-

covers her husband using pornography, she is often devastated. She feels deeply hurt and betrayed. For her this is as serious as an extra-marital affair. While a man may view pornography as nothing more than images on a computer screen, to a wife those aren't just images. They are other women. To them, this is adultery. Because the women in porn are very young and tend to have "perfect bodies" a husband's use of pornography can leave his wife feeling ugly and sexually undesirable. She may feel she has lost her beauty and that her husband wants to replace her with the women in porn. This wounds a woman to her very core.

The emotional pain a wife experiences as a result of her husband's pornography use can be so great that she can exhibit symptoms similar to posttraumatic stress disorder. We call this Betrayal Trauma. Thus, when pornography addiction infects a marriage, three types of recovery are needed. The addicted spouse needs to recover from the addiction, the betrayed spouse needs to recover from the betrayal trauma, and the marriage needs to recover from the infidelity.

Because of the tolerance and dependence on pornography, this addiction makes people more vulnerable to physical infidelity. As stated above, this can lead to sexually transmitted diseases, unplanned pregnancies, and abortions. This can have a devastating effect on marriages. I have worked with many couples where the wife discovered her husband's addiction because she contracted a sexually transmitted disease. She got it from her husband who got it from a prostitute or an anonymous sexual encounter. One can only imagine how devastating this can be for wives! In fact, studies in the United States have found that pornography use plays a significant role in over 50% of all divorces.

Families

Pornography addiction is also having a devastating effect on families. Children lose valuable time with the addicted parent because of all the time he/she spends online pursuing pornography. They can feel neglected and rejected by the addicted parent. Marital strife because of the addiction can affect children's sense of safety and security in the family. Large debts incurred by the addicted spouse and/or loss of employment due to pornography use at work can affect quality of life for children. Since pornography plays a significant role in many divorces, it can be the cause of children growing up in a broken home. All of this can be very traumatic for children.

Youth

Young people are also becoming addicted to pornography. Today, the average age when a child is first exposed to internet pornography is 8. Their attraction to technology makes them particularly vulnerable and pornographers know this. Whenever a new form of computer entertainment technology emerges, you can be sure that pornographers will use it to try to get young people addicted. This is leading countless young adolescents to become addicted to pornography. I have worked with many adolescents who have become addicted to Internet pornography. Because this is occurring during a time of crucial neural development, recovering from pornography addiction can be more difficult for an adolescent than for a person who becomes addicted later as an adult. I have also worked with many University students who have failed out of school. Because of their addiction, instead of attending classes and studying, they spend hours online viewing pornography.

Recovery

Because pornography addiction has become such a large problem in our society, many recovery programs have been developed to help those who are addicted. The International Institute for Trauma and Addictions Professionals (IITAP) has conducted much valuable research into the etiology and recovery process for sex/pornography addiction. Many therapists now specialize in sexual addiction to help those addicted to pornography. There are many effective in-patient, intensive out-patient, and out-patient recovery programs. There are also many effective 12-step groups such as Sexaholics Anonymous and Sex Addicts Anonymous. Such resources have helped thousands of people recover from this addiction.

Conclusion

Based on current research in neuroscience and psychology, much evidence supports the theory that pornography is an addictive substance. It is having devastating effects on individuals, marriages, families and youths. In the United States priests report that pornography use is the number one sin confessed in the Sacrament of Reconciliation. This is also true in many other countries. Because of this, the universal Roman Catholic Church should actively address this issue. In 2015 the United States Conference of Catholic Bishops (USCCB) issued a formal statement on the pornography problem entitled "Create in Me A Clean Heart." This can be downloaded from the USCCB website. Bishops should encourage priests to be formally trained to help parishioners who are affected by pornography addiction. This can not only help save souls, it can help save the lives of individuals, marriages, families and youths who have been affected by pornography addiction.

Farsi prossimo nel tempo delle crisi

Don Vincenzo SORCE

Fondatore di

“Casa Famiglia Rosetta” (Italia)



In una società caratterizzata dalla crisi di relazioni, segnata dalla violenza e dall'aggressività, dai continui attentati alla persona, diventa sempre più urgente la necessità di ricostruire rapporti autentici, espressione di una migliore qualità della vita, dell'umano, che privilegia la relazione d'aiuto per raggiungere un migliore bene del singolo, di ciascuno, e il bene comune, di tutti.

È dimensione costitutiva della persona la relazione intersoggettiva. Nella contemporaneità, di fronte alle derive utilitaristiche, narcisistiche, individualistiche, causate dalla rottura della relazionalità, è necessario ritessere relazioni e reciprocità tra le persone, costruendo un nuovo umanesimo.

La relazione è la legge fondamentale dell'esistenza. È la logica di Dio, è la logica dell'uomo.

PROSPETTIVA TEOLOGICA E ANTROPOLOGICA.

Il Dio della rivelazione veterotestamentaria è il Dio relazione, prossimità: “Ecco, la vergine concepirà e partorerà un figlio che chiamerà Emmanuele, il Dio-con-noi” (Is 7, 14).

“Il Signore nostro Dio ha stabilito con noi un'alleanza sull'Oreb” (Dt 5, 2); “Il Signore si è legato a voi e vi ha scelti, perché il Signore vi ama ... riconoscete dunque che il Signore vostro Dio è Dio, il Dio fedele che mantiene la sua alleanza e benevolenza...” (Dt 7, 7-9).

Il Nuovo Testamento, nel mistero dell'Incarnazione, rivela l'assoluta prossimità di Dio all'uomo, diventando in Cristo la radice e il fondamento della prossimità nella sua dimensione teologica e antropologica.

È necessaria una antropologia teologica che illumini la relazionalità, la prossimità, che si ispiri e si radichi nel mistero trinitario.

Nell'Incarnazione, il Cristo si cala nell'abisso dell'umano, lo assume totalmente, lo trasforma e si identifica completamente con l'uomo tranne che nel peccato, dando senso e significato all'essere uomo nei suoi dinamismi di relazionalità, di reciprocità, di prossimità.

Cristo è la prossimità dell'uomo e l'uomo è prolungamento di questa prossimità. In verità, il mistero di Cristo e il mistero dell'uomo non formano che un solo mistero.

Mediante Cristo l'uomo è rivelato a se stesso come essere relazionale, chiamato alla prossimità, alla reciprocità.

L'Incarnazione mette in luce evidente l'eminente dignità dell'uomo e Cristo è la radice dell'umano. Quando parliamo dell'uomo, ne parliamo in termini personalistici, nella complessità del suo essere terreno. Parliamo dell'uomo soggetto unico che, al tempo stesso, esce da sé e ritorna in sé, aprendosi all'altro da sé.

RECIPROCIÀ

La reciprocità è categoria forte e l'evangelista Giovanni è il cantore della reciprocità in chiave teologica: "Questo è il mio comandamento, che vi amiate gli uni gli altri come io vi ho amati" (Gv 15, 12); "Questo vi comando: amatevi gli uni gli altri" (Gv 15, 17); "Custodisci nel tuo nome coloro che mi hai affidato, perché siano una cosa sola come noi." (Gv 17, 11); "Prego perché siano anch'essi in noi una cosa sola, perché il mondo creda che tu mi hai mandato." (Gv 17, 21); "Perché questo è il messaggio che avete udito fin dal principio, che ci amiamo gli uni gli altri" (1Gv 3, 11); "Questo è il comandamento che crediamo nel nome del Figlio suo Gesù Cristo e ci amiamo gli uni gli altri, secondo il precetto che ci ha dato." (1Gv 3, 23); "Carissimi, amiamoci gli uni gli altri, perché l'amore è da Dio." (1Gv 4, 7); "Carissimi, se Dio ci ha amato, anche noi dobbiamo amarci gli uni gli altri." (1Gv 4, 11); "E ora prego te, Signora, non per darti un comandamento nuovo, ma quello che abbiamo avuto fin dal principio, che ci amiamo gli uni gli altri." (2Gv 1, 5).

C'è una disposizione fondamentale nell'essere umano, la disposizione d'essere per gli altri. L'essere per sé è sempre un risultato dell'essere per gli altri nell'orizzonte dell'amore¹.

Ed è importante rendere operativa la reciprocità, dinamismo che raffor-

¹ Cfr. P. Sequeri, *Il Dio affidabile*, Queriniana, Brescia 1996, pp. 712-722; E. Bonan, "Tra reciprocità e dissimmetria: la Regola d'oro nel pensiero di Paul Ricoeur", in S. Zanardo - C. Vigna (a cura) *Vita e pensiero. La regola d'oro come etica universale*, Milano 2005

za l'identità di ciascuno attraverso la visione dell'uomo della tenerezza e del dono.

Nell'incontro con l'altro, ciascuno ha la possibilità di trovare il luogo originario della propria identità e libertà responsabile. Ciascun uomo è anzitutto un tu-per-l'altro e solo grazie a questa relazione ciascuno può diventare effettivamente un io.

La relazione è mistero che prende forma e volto nell'esistenza umana che è data dall'essere l'uomo con l'uomo, è il luogo dell'abitare umano, della realizzazione dell'uomo come persona nell'incontro con altre persone, all'interno di una comunità nella quale il singolo membro conserva la propria personalità e responsabilità².

LA COMUNITÀ

La comunità è fonte di forza vitale e spirituale per la persona, è il luogo delle relazioni, della reciprocità, della prossimità.

Nella comunità si sperimenta l'uscire da sé come capacità di spodestarsi e di decentrarsi per aprirsi agli altri, del comprendere come atteggiamento di chi smette di considerare se stesso e il suo io come unico punto di partenza per integrarsi e reintegrare la propria prospettiva con quella dell'altro, dell'assumere su di sé il destino, la gioia e la sofferenza degli altri, del dare, come espressione di gratuità e come stile di vita, dell'essere fedele inteso come l'atteggiamento di chi assicura continuità creativa ai propri gesti e ai propri rapporti.

Per Edith Stein³, la comunità si sperimenta come vissuto comunitario, cioè come senso di appartenenza reciproca.

Da questo punto di vista, l'essere comunità implica un protendersi verso l'altro in un processo di riconoscimento personalizzante che rende prossimi gli uni agli altri.

Ogni persona è responsabile dei suoi atti davanti alla comunità, e corresponsabile per quelli dell'altro nella comunità. All'interno della comunità si realizza l'esperienza della prossimità.

² Cfr. A. Fabris, *RelAzione. Una filosofia performativa*, Morcelliana, Brescia 2016; E. Mounier, *Il personalismo*, AVE, Roma 1987; R. Pittitto, *Con l'altro e per l'altro. Un filosofia del dono e della condivisione*, Studium, Roma 2016; Z. Bauman, *Voglia di comunità*, Laterza, Roma-Bari

³ Cfr. E. Stein, *Psicologia e scienze dello Spirito. Contributi per una fondazione filosofica*, Città Nuova, Roma 1999; E. Lévinas, *Altrimenti che essere o al di là dell'essenza*, Jaca Book, Milano 1983

PROSSIMITÀ

Emmanuel Lévinas individua nell'esperienza della prossimità la categoria centrale per la comprensione dell'umano. Per Lévinas, la prossimità non è uno stato, una quiete: è un'inquietudine. La prossimità è la presenza vivente di un soggetto all'altro. La prossimità è un contatto con l'alterità. La prossimità non lascia indifferenti, condiziona, rende inquieti.

La prossimità è una fraternità imprescindibile, una convocazione irrecusabile, perché il prossimo mi convoca prima che lo designi. Prossimità è convocazione e approssimazione, è invito e risposta, è essere l'uno per l'altro. La prossimità concretizza il modo di stare insieme tra gli umani secondo la dinamica di una consegna reciproca della propria umanità all'umanità dell'altro.

La prossimità è strutturalmente cooriginaria con la reciprocità. La prossimità richiama immediatamente l'esperienza di una vicinanza che implica un rapporto tra persone. Prossimità significa presenza dell'uno all'altro, per cui ogni uomo è prossimo all'altro.

La prossimità tra le persone umane è costituita dalla propria partecipazione alla e nella stessa umanità.

La prossimità, secondo Paul Ricoeur, implica l'aver cura dell'altro da sé. Il miracolo della reciprocità sta nel fatto che le persone siano riconosciute come insostituibili nello scambio stesso. La sollecitudine riunisce la reciprocità, l'insostituibilità, la somiglianza tra l'io e l'altro. La prossimità si fa concreta nella sollecitudine per l'altro. La prossimità è alla base della comune convivenza tra gli uomini che pratica il bene di vivere.

La prossimità è collocata nell'ordine dell'amore che è definito. La prossimità è un evento che trasforma la persona, la cambia, l'arricchisce.

Lungi dall'isolarlo, l'amore consente all'uomo di camminare con gli altri, di entrare in relazione, di vivere la prossimità autentica.

L'amore fa sì che si ricerchi, con spontaneità di tipo nuovo, la felicità di un'altra persona.

La prossimità è un prendere posizione per l'altro con lo scopo di essere per e con, adoperandosi per il bene dell'altro. La prossimità è disponibilità, è donazione di sé nell'accoglimento dell'altro. La prossimità esprime la pienezza dell'umano⁴.

⁴ Cfr. A. Rigobello, Prossimità e ulteriorità. Una ricerca antropologica per una filosofia prima, Rubettino, Soveria Mannelli (CZ) 2009; E. Lévinas, Op. Cit, Jaca Book, Milano 1983; U. Beck, Il Dio personale, Laterza, Roma-Bari 2009; P. Ricoeur, Sé come un altro, Jaca Book, Milano 2011

EMPATIA

Non c'è prossimità senza l'empatia, che permette l'intreccio di esperienza di sé e di esperienza dell'altro. L'empatia è ciò che consente a ciascuno di conoscersi reciprocamente, di prendere coscienza dell'alte-rità, di individuare le condizioni di possibilità dei rapporti umani a livello interpersonale e comunitario.

Per Edith Stein, nell'empatia è decisiva l'esperienza del corpo. Mentre ognuno coglie il corpo dell'altro come suo simile, ciascuno coglie sé stesso, nel proprio corpo. Come simile all'altro, l'uno si fa prossimo all'altro e viceversa.

La prossimità si coniuga con una straordinaria ricchezza di aspetti che condividono l'umano, che è comune come un bene per tutti e per il prossimo⁵.

L'ICONA DEL BUON SAMARITANO

La prossimità è la strada sicura per la vita eterna. La prossimità verticale di Dio con l'uomo e dell'uomo con Dio, e la prossimità orizzontale come apertura all'altro e agli altri.

Le due dimensioni si intrecciano e si completano. Il mistero di Dio e il mistero dell'uomo si illuminano reciprocamente. Ma la prossimità non è evidente, non è scontata, non è facile da capire, da accettare. La prossimità è problema, inquieta, interpella, si fa domanda: "Chi è il mio prossimo?" La risposta arriva da Cristo stesso. È una risposta dalla quale non si può scappare. È una proposta concreta, coinvolgente, impegnativa. È la parabola della vita. "Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico" (Lc 10,29-37). Un uomo. L'uomo qualunque, senza etichette, l'uomo di sempre, l'uomo della vita ordinaria, l'uomo del quotidiano, l'uomo di ogni giorno, l'uomo della strada.

È l'uomo in cammino, alla ricerca, l'uomo che cammina nella sua solitudine, l'uomo disarmato, indifeso, l'uomo senza protezioni, l'uomo debole e fragile. Scende per la strada, per una strada insicura, la strada aperta ad ogni rischio, la strada piena di imprevisti, la strada non protetta, la strada scoscesa, la strada ostruita dalle pietre, coperta dalla polvere, percorsa da chiunque nell'anonimato, la strada della vita, dell'uomo viatore, dell'uomo in cammino. La strada che si percorre in compagnia dei propri pensieri, dei propri problemi, delle proprie ansie, delle proprie domande. L'uomo problema.

⁵ Cfr E. Stein, *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 2015; L. Boella – A. Buttarelli, *Per amore di un altro. L'empatia a partire da Edith Stein*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000

“Un uomo scendeva per la strada da Gerusalemme a Gerico”.

Gerusalemme, il monte, la sicurezza, sede del potere. Punto di partenza importante, la città del Tempio, dell'Arca, del culto. Punto di arrivo di popoli, di conquiste, incrocio di culture.

Gerico, presa, accerchiata, distrutta, umiliata, sterminata, maledetta per sempre. Parabola della vita dalla gloria alla polvere, dal fuoco alla cenere, dalla vittoria alla sconfitta. Dentro quest'arco di storia, storia dell'uomo, della drammaticità della sua esistenza, si colloca la vicenda di quest'uomo, dell'uomo, di ogni uomo.

La strada: un ambiente dilatato, imprevedibile, complesso, interessante, appassionante. Le strade dai mille volti, dai mille problemi, dalle mille domande, dai mille bisogni, dalle mille ferite. Le strade dove c'è l'uomo, dove vive l'uomo, senza schemi, nell'occasionalità, nella situazione, nella quotidianità. La strada da una angolatura dilatata, immensa e, perciò, variegata, non schematizzabile, non programmabile. Fatta di essenzialità, di precarietà, di insicurezza. Spesso solo, incompreso, giudicato, isolato. La strada al centro o ai margini, di giorno o di notte, sotto il sole cocente o la pioggia insistente. In un contesto di libertà e, contemporaneamente, vincolato alle esigenze dell'amore.

Io e gli altri, io e i miei compagni di strada, uomini e donne, figli di Dio. Non una qualsiasi avventura, non una qualunque compagnia, ma insieme per ricostruire la carovana di Dio.

La strada è un ufficio senza porte, senza poltrone, senza protezione. La strada ti chiede di andare, di saper sostare, vigilare, essere sentinella per cogliere un segnale, un grido, una voce, un messaggio. Ti chiede soprattutto di saper vedere oltre le apparenze, oltre il banale, oltre lo scontato. Saper vedere oltre. Saper ascoltare oltre. Ascoltare, accogliere senza biglietto da visita. Farti spazio all'altro chiunque sia, per qualunque cosa ti cerchi. Saper accogliere con simpatia, con umanità, con lo sguardo di mistero che nasconde e ti porta ad accogliere ed ascoltare senza voglia di rispondere, più capace di silenzio che di parole, senza fretta. La strada, la nostra strada.

E la strada può essere un'aula di studenti, la sala d'attesa di un aeroporto, un taxi, un aereo, la corsia di un ospedale, il salotto di amici, il parlatorio di un carcere, un confessionale, una sala da dibattito, un tratto di spiaggia, un rifugio di montagna, un lebbrosario o una comunità terapeutica per drogati o alcolisti, una casa per ammalati di aids o ex detenuti, per anziani o per minori a rischio.

Qualunque spazio in cui incontri un uomo o una donna di qualunque età e in qualunque situazione. La strada luogo di incontri apparentemente casuali, non programmati, non scelti, non voluti, non preparati. Ma nulla è per caso nell'ottica di Dio.

“Un uomo scendeva per la strada da Gerusalemme a Gerico”.

La strada che unisce le due città attraversa un territorio di deserto, tra valli e caverne, facile ricetto di malandrini, incutendo paura ancora oggi.

“Un uomo incappò nei briganti che lo spogliarono, lo percossero e poi se ne andarono lasciandolo mezzo morto.”

L'impatto con la violenza, con l'aggressività, con l'oppressione, con il disprezzo dell'altro. I briganti di ieri, i briganti di oggi, i seminatori di morte, gli spacciatori di droga, i venditori di alcol, si nascondono nelle strade, nelle città, nelle periferie, stanno sempre in agguato e assaltano i deboli, i fragili, i piccoli e i grandi.

I narcotrafficienti, i mafiosi, i delinquenti che ignorano la dignità della persona, distruggono la libertà degli altri, sono sordi al dolore e alla sofferenza altrui, sono contro l'umano, contro l'uomo, contro la donna, contro i minori, gli adolescenti, i giovani, gli adulti.

Ingiuriato e abbandonato, solo e spossato, l'uomo dei dolori, l'uomo della bellezza distrutta, coperto di insulti, di sputi, nudo di tutto, dal volto sfigurato, inguardabile. Un quadro di George Rouhalt.

“Per caso un sacerdote scendeva per quella stessa via; e veduto colui, passò oltre dal lato opposto.

Così pure un levita, giunto a quel luogo e vedutolo, passò oltre dal lato opposto” (Lc 10,31-32).

Per caso. Un incontro casuale, non previsto, non programmato. Un incontro carico di indifferenza, di lontananza, di freddezza, di insensibilità. Il disprezzo dell'uomo, il cinismo davanti al dolore, alla sofferenza. La negazione della relazione, della reciprocità, della prossimità, del rapporto, dell'amore, del dono. Umanità negata, solidarietà ignorata, condivisione bruciata.

VEDERE E PASSARE OLTRE

Vedere l'altro ferito e bendarsi gli occhi. Vedere l'altro e dargli le spalle, vedere l'altro e ignorarlo per la fretta, vedere l'altro e cambiare strada. Il volto disumano della società di ieri e di oggi. Sordi all'emarginazione e all'abbandono. Un cuore che non vede. L'assurdo della distanza dall'altro.

Ma il quadro si fa drammatico quando la scena è attraversata da un sacerdote e da un levita, gli uomini del sacro, espressione di una relazione senza amore, fatta di pura ritualità, chiusa alla cultura del dono, incapace di fermarsi e di condividere, di farsi carico del dolore e della sofferenza dell'altro, una relazione senza amore che scandalizza. Una controtestimonianza sempre attuale, la cancellazione della prossimità.

È necessario elaborare un sistema di approccio globale al disagio capace di mettersi al servizio della cultura della vita avendo al centro la persona e la cultura della solidarietà.

L'impegno a difesa dei diritti dei più deboli deve esprimersi nella formulazione e nella proposta di nuovi progetti di vita basati sui valori fondamentali e sul recupero della dignità della persona, che sono il presupposto essenziale a che possa essere permanentemente costituita una efficace capacità di prevenire ogni forma di violenza, illegalità, emarginazione sociale.

L'emarginazione è il risultato di una società a diverse velocità che scarica sui binari lenti della storia i più deboli, i più feriti. Li scarica dagli interessi attivi: economia, politica, amministrazione, cultura, comunità, diritti. Sono considerati ingombranti, scomodi, inutili, dannosi. E perciò da eliminare, da mettere tra parentesi, da allontanare. Nei loro riguardi si adotta spesso una lenta, prolungata, cinica eutanasia. Li si emargina nelle coscienze, innanzi tutto. Si demanda tutto alla sfortuna, alla disgrazia, allo Stato. Li si rimuove dall'orizzonte della propria responsabilità, della propria solidarietà, del proprio impegno.

La società attiva è travolta dalla frenesia della produzione, del successo, dell'attivismo. Una persona vale per quello che dà, che produce, che mette sul mercato. È ignorata la centralità della persona con i suoi bisogni, con le sue esigenze, con le sue domande. In un tempo di alta tecnologia, di futuro, di planetarizzazione, di ingegneria genetica, di new economy, non ci si può fermare accanto a chi ci è di ostacolo nella corsa al profitto. E si va oltre, si va avanti, ignorando chi non tiene il ritmo. Provando fastidio per chi non produce, per chi offusca l'immagine di una società ricca, moderna, efficiente. E nell'indifferenza vengono calpestati valori, dignità, libertà, diritti della persona.

L'arco delle responsabilità della società verso gli esclusi è ampio, ricco di gradazioni. C'è una violenza attiva come l'uccidere e una violenza passiva come il non fare, il non promuovere, il non far crescere. La vita politica, amministrativa, economica, burocratica che non si mettono al servizio dello sviluppo globale della persona, della promozione dei ser-

vizi, di una vita sempre più vivibile, sono espressione di violenza, sono forme nascoste, sofisticate di violenza, perché calpestano i diritti delle persone, dei più deboli. Bloccano l'affermarsi della giustizia sociale, negano i diritti umani, rallentano lo sviluppo della società, mortificano le energie del territorio, ostacolano l'affermarsi della creatività e della partecipazione attiva delle persone alla cosa pubblica. È violenza la non competenza degli amministratori, la non professionalità, la mancata capacità di programmare, la concezione della politica non come servizio, ma come potere.

Molte persone restano ai margini della vita sociale, della vita democratica per mancanza d'informazione. Non conoscono i loro diritti, le loro possibilità di crescita, le loro opportunità, i servizi esistenti. Non sanno a chi rivolgersi, a chi chiedere, cosa chiedere. La solitudine si moltiplica, la miseria dilaga, la frustrazione aumenta, il degrado sociale e morale si fa più forte. Il non sapere equivale a non vivere. Informare è come dare la parola che è consapevolezza, che è potere, che è strumento di liberazione da molti condizionamenti⁶.

Così: "Un samaritano che era in viaggio, passandogli accanto lo vide e ne ebbe compassione." Un samaritano. Invece. Un paradosso: lo straniero, il maledetto, il fuori dal popolo, il diverso, che è in viaggio, che ha i suoi affari da realizzare, i suoi obiettivi da ottenere, le mete da raggiungere, "passandogli accanto, lo vide". Straniero, lo riconosce uomo ferito, dolorante, in una grave situazione. Lo riconosce come persona.

Il primo atto di prossimità, la vicinanza fisica. Si ferma, non ha fretta, si accorge di quest'uomo in situazione, si cala dentro questa storia, vede, entra nel dramma di questa vittima.

"Lo vide": accorgersi di chi è ai margini, di chi è escluso, di chi è ignorato, accorgersi delle periferie dell'umano, accorgersi di chi è ammalato nella sua disperazione.

"Lo vide": lo riconosce. La dimensione del riconoscimento della persona costituisce la via per il rispetto della dignità delle persone, della convivenza pacifica, della pratica della giustizia, della realizzazione della libertà personale e della legittimazione dei processi di uguaglianza.

Dobbiamo accettare il valore dell'altro nella disposizione al riconoscimento nel cui spazio ogni persona può contare sulla possibilità di realizzare il proprio desiderio di essere e di sentirsi apprezzato e riconosciuto.

⁶ V. Sorce, Prete in avanti, Ed. Solidarietà, Caltanissetta 2018, pp.125-125

L'integrità della persona umana e la salute psichica dipendono dalla garanzia sociale di rapporti di riconoscimento capaci di offrire le migliori condizioni di protezione contro il disprezzo e l'esperienza dell'umiliazione.

Il riconoscimento si realizza come processo che implica il riconoscimento della diversità, il riconoscimento dell'uguaglianza, il riconoscimento dell'affinità.

In fondo, in questa logica si realizza l'essere se stessi in un estraneo, instaurando con lui una relazione significativa che conduce al riconoscimento reciproco. Il riconoscimento praticato permette a ciascuno di riconoscere la validità dell'altro già a partire dal contesto più immediato nel quale ognuno è inserito⁷.

“Ne ebbe compassione”: è il culmine della prossimità. Entra nella sofferenza dell'altro, si apre alla relazione, scende sul piano della reciprocità, si rapporta con l'altro in un fremito di empatia. Esce da sé, si immedesima con chi gli è accanto, abbandona i suoi progetti, si immerge nel mondo dell'altro, si commuove, attiva i suoi sentimenti, esprime tutta la sua carica umana, fa suo il dolore dell'altro. Lo straniero, il maledetto, si fa dono. Laboratorio di un umanesimo nuovo, l'umanesimo dell'amore. “Gli si fece vicino”: cade ogni distanza. Il samaritano sceglie la strada della prossimità, recupera la strada della fraternità, supera la tentazione della fuga dall'altro, si pone accanto. È la strada dell'umanizzazione del mondo, della società, della Chiesa, di ogni comunità.

Il farsi prossimo fa cadere le barriere dell'odio, del razzismo, della discriminazione, di ogni forma di separatismo, abbatte ogni muro, fa costruire ponti. La prossimità è concretezza, è amore creativo, è impegno, è dinamismo, è fantasia del dono, è capacità di inventarsi risposte efficaci, è passione per l'altro, è gioia di darsi, è ricostruire la vita, è la distruzione di ogni egoismo.

“Gli fasciò le ferite”. Le ferite della vita. Ognuno ha le proprie ferite. A volte nascoste, ignorate, dimenticate. Ancora una volta cristologia e antropologia si incontrano e si coniugano vitalmente. Le ferite di Cristo si prolungano nelle ferite dell'uomo.

Le ferite si possono curare e guarire con l'olio e il vino dell'amore, del servizio, dell'accompagnamento, della condivisione, con il farsi carico delle ferite dell'altro, prendendosi cura delle proprie ferite.

⁷ Cfr. C. Caltagirone, *Ragioni per stare insieme. Profili etici per il convivere umano*, Sciascia, Caltanissetta 2012; P. Ricoeur, *Percorsi del riconoscimento*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005; L. Boella, *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006

Ferite che si collocano come sorgenti di energie, risorse di nuova vitalità, se curate e guarite. C'è una verticalità e una orizzontalità nelle ferite del Cristo, dell'uomo. Conoscere le ferite, rapportarsi con esse, coglierne le profondità e le radici, il senso e il significato per una rielaborazione dinamica e creativa. Fermarsi per una importante endoscopia, per raggiungere la consapevolezza rispetto ai condizionamenti vissuti nell'infanzia, in relazione al rapporto con i genitori e con altre figure significative.

È importante cogliere la comprensione della dipendenza dalle figure genitoriali introiettate, questa dipendenza ha determinato l'acquisizione di possibili modelli di comportamento autodistruttivo, di particolari convinzioni e abitudini di pensiero, di modalità compulsive, di espressione delle emozioni, e il sistematico ripetersi di questi nella storia dell'individuo.

Il processo generazionale si propone di aiutare l'individuo a ritrovare la propria storia familiare individuando le difficoltà che l'hanno caratterizzata, permettendogli di sciogliere l'intreccio che lo bloccava nel cammino verso l'essere persona responsabile, recuperando la propria autonomia individuale di scelta e di autorealizzazione⁸.

La ferita di Paternità, quindi, concerne questo bisogno vitale presso ogni essere umano: quello di un rapporto di vita, che è da intendersi nel senso di un'accoglienza e di un dono di sé nello stesso tempo. Il rapporto di vita si nutre di un doppio movimento: quello del ricevo da... e quello del ho molto da dare...

Una ferita di Paternità si rivela assai difficile da esprimere in parole, tanto si avvicina al mistero. Essa ritorna a sperimentare un rifiuto che la vita ci sia data o confermata da un altro, mentre il bisogno di essere autorizzato a vivere è essenziale. Una tale esperienza la si vivrà sempre in una sofferenza di tipo discreto, ma più spesso morboso. Si tratta di una sofferenza profonda, oltre i sentimenti, le emozioni, di certe ferite psichiche, benché queste possano apparire come conseguenze della ferita di Paternità.

È per questo che è bene ricordare che una ferita della vita non può veramente guarire al di fuori di un cammino radicato nel pensiero cristiano anche se questo rispetta assolutamente la libertà di ciascuno, fra le altre quella religiosa. In effetti, la prospettiva cristiana non consiste nel far entrare la persona ferita in una fede incondizionata nel Cristo morto e risuscitato, ciò ci riporterebbe ad una forma sottile e velata di proselitismo, approfittando di una situazione di sofferenza. La dimensione cristiana fa entrare in una fede e in una luce riguardo all'uomo e alla sua vita. D'altra parte è lei che conferisce a quest'ultima tutta la sua dignità,

⁸ V. Sorce, Op. Cit., p.61

senza alcun compromesso di altre prospettive alla fine meno rispettose dell'uomo di quanto non sembrasse a priori.

La guarigione implica il recupero della salute biologica, psicologica, morale o spirituale. La ferita psichica aveva aperto una breccia nell'equilibrio e, grazie ad un cammino di guarigione, la breccia si rimargina più o meno rapidamente. L'equilibrio si ricrea, la salute ritorna, almeno in parte.

Riguardo alla ferita della vita, il concetto di guarigione, inteso nel suo senso classico, anche come effetto della potenza del Cristo è fuori luogo e inopportuno perché una ferita della vita non è inizialmente chiamata a guarire... almeno non come noi pensiamo abitualmente la guarigione. Questa implica, come abbiamo visto, la scomparsa dei sintomi di un male, senza pertanto toccare il concetto di vita. Una ferita della vita, anche la più incerta, è sempre chiamata ad una sorta di risurrezione interiore, in cui la persona si sente diventare più libera, più se stessa, ma qualche volta al prezzo di risentire ancora dei pungoli, dei ricordi di ciò che la distruggeva in profondità. La fiducia nella vita, però, ha preso il posto della disperazione, la pace profonda si è sostituita all'angoscia esistenziale, la gioia di conoscersi nella verità ha sostituito la falsa identità, i sentimenti morbosi che abitavano il cuore non sono più che un cattivo ricordo, la coscienza di poter amare nella verità, di poter donare (e donarsi) e di essere infine se stessi si fa sempre più viva. Si tratta, quanto ad un'identità messa in luce e liberata, più di una felicità ritrovata che di una guarigione sperimentata nel proprio corpo o nella propria psiche.

Il concetto di risurrezione rinvia a quello di vita che riemerge dalla morte. Abbiamo già ricordato questa grazia di vita che chiama la ferita della vita.

Una scelta di vita, benché compiuta attraverso la volontà dell'uomo, in una coscienza di identità illuminata, si può fare solamente attraverso una comunicazione della vita, quella di Dio.

Infatti, la vita ferita può ritrovare la sua integrità solamente in un'accoglienza della Vita divina, quella che il Cristo è venuto a portare a coloro che erano morti... e ci sono parecchie maniere di sperimentare questa morte! Pertanto, il fare delle proprie ferite una fonte di guarigione non vuole una compartecipazione a dolori superficiali e personali, bensì una volontà costante di capire che il dolore e le sofferenze individuali emergono dal profondo della condizione umana, cui tutti partecipiamo.

A qualcuno questo concetto del guaritore ferito può apparire morboso e malsano. Egli potrebbe pensare che l'ideale di autorealizzazione sia stato rimpiazzato da un ideale di autotopizzazione e che il dolore, invece di essere criticato è stato reso romantico. Ma vorrei dimostrare che l'idea del



guaritore ferito non contraddice quello di autorealizzazione o di autoadempimento, ma l'approfondisce e l'allarga. Come avviene la guarigione? Molti termini, come cura e compassione, comprensione e misericordia, associazione e comunità sono stati usati per definire il compito risanatore del ministro cristiano. A me piace l'uso del termine ospitalità, non solo perché ha radici tanto profonde nella tradizione giudaico-cristiana ma anche e soprattutto perché illumina meglio la natura della risposta alla condizione umana della solitudine. L'ospitalità è una virtù che permette di superare la ristrettezza dei timori personali aprendo la casa agli estranei, con l'intuizione che la salvezza ci giunge sotto l'aspetto di un viandante stanco. L'ospitalità trasforma i discepoli timorosi in testimoni potenti, fa dei possidenti sospettosi donatori generosi e muta i gretti settari in uomini volenterosi di accogliere nuove idee e nuovi concetti.

Oggi però è diventato molto difficile capire pienamente le implicazioni dell'ospitalità. Come i nomadi semiti, noi viviamo in un deserto percorso da molti viaggiatori solitari, in cerca di un attimo di pace, di una bevanda fresca, di un cenno di incoraggiamento per continuare la misteriosa ricerca della libertà.

Cosa esige l'ospitalità come potere risanatore? Prima di tutto che chi ospita si senta a suo agio in casa propria, e poi che egli crei per il visitatore inatteso uno spazio libero e privo di paure. Perciò l'ospitalità abbraccia due concetti: concentrazione e comunità⁹.

“Poi, caricatolo sopra il suo giumento, lo portò a una locanda e si prese cura di lui”.

Lo portò ad una locanda. La locanda richiama l'ospitalità, l'accoglienza. Nella locanda abitano insieme il familiare e lo straniero, l'estraneo. Convivono l'uno accanto all'altro, operatori dello stare insieme. L'accoglienza è responsabilità per l'altro. È lo spazio che si apre agli altri in un incontro relazionale ospitale, accogliente, riconoscente. L'ospitalità è capacità di accogliere gli abitanti delle strade, i rifiutati, gli abbandonati.

Tossicodipendenti, alcolisti, giocatori d'azzardo, barboni senza fissa dimora, abitanti della strada alla ricerca di una casa e di una famiglia. Le comunità di accoglienza, terapeutiche, sono le tende dell'ospitalità dove trova rifugio l'umano ferito e dove si ricostruiscono nuovi progetti di vita.

L'ospitalità permette a due stranieri di incontrarsi e di riconoscersi, in quanto l'incontro determina lo svelamento reciproco dei soggetti. L'ospitalità è crocevia di cammini¹⁰.

⁹ P. Madre in V. Sorce, Op. Cit, p. 64, pp.72-75

¹⁰ Cfr V. Sorce, Op. Cit., p.75

“E si prese cura di lui”. La cura per sé e per l'altro si rivela come una fondamentale caratteristica di quella prossimità antropologica ed etica che è chiamata a riempire l'esistenza, cioè a renderla ricca della pienezza dell'umano. Il prendersi cura implica la ragione del farsi carico, del prendersi cura di sé e dell'altro.

Questo comporta il farsi carico della realtà e suppone uno stare nella realtà delle cose, uno stare reale nella realtà delle cose, incaricarsi della realtà. L'assumersi il compito di preoccuparsi dell'umano nella sua interiorità e di creare le condizioni per la fioritura dell'umano nella sua totalità.

L'impegno della cura, fondato sulle relazioni interpersonali, indica la pratica di un atteggiamento di apertura disponibile verso i bisogni dell'altro, attento alla realtà corporea, sensibile verso la natura. Senza relazioni di cura la vita umana cesserebbe di fiorire, non potrebbe realizzarsi nella sua pienezza.

Riscoprendo la propria vulnerabilità, l'uomo comprende la relazione di cura e comprende come questa possa incidere sulla determinazione della fioritura della propria esistenza. Si esprime anche attraverso la donazione di tempo, costituita dal tempo dell'ascolto, dell'ospitalità, dell'accoglienza, del riconoscimento e dono reciproco, dell'altrui umanità che, altrimenti, andrebbe dispersa.

Essa scaturisce dall'empatia sperimentata nella compartecipazione di sé all'esperienza dell'altro e viceversa, dalla capacità di trascendere i propri interessi immediati, per vivere esperienze di gratuità e di benevolenza tra umani che si prendono cura reciprocamente gli uni degli altri.

“Il giorno seguente estrasse due denari e li diede all'albergatore dicendo: Abbi cura di lui e ciò che spenderai in più te lo rifonderò al mio ritorno”.

Il samaritano si prende cura dell'uomo ferito investendo la sua umanità, la sua emotività, la sua affettività, la sua capacità del dono, il suo avere, il suo denaro, condividendo i suoi beni. Il denaro strumento di una condivisione solidale, concreta, linguaggio della capacità d'amore oltre ogni avarizia, oltre ogni egoismo. Esprimendo una valutazione importante: al primo posto non i propri soldi, ma l'assoluto del servizio. L'uso del denaro senza calcoli. Il denaro al servizio dell'uomo e non l'uomo al servizio del denaro, il denaro come moneta dell'incontro.

Il samaritano vive l'etica del dono. Il riconoscimento reciproco tra le persone implica che ciascuno sia dono per l'altro. La logica del dono rompe lo schermo dell'utile, dell'interesse e si fa relazione di aiuto.

Il dono è il principio costitutivo delle relazioni umane e della stessa vita sociale. Nel dono c'è la scommessa dell'alleanza che è fondamentale per consentire agli uomini di sentire tra loro un clima di fiducia superando ogni forma di disuguaglianza tra chi dona e chi riceve. La relazione di dono manifesta il bisogno di ricevere e di appartenere ad una comunità e rappresenta il grado più intenso di ogni rapporto di riconoscimento e la qualità autenticamente umana delle relazioni.

Nella dinamica del dono c'è la testimonianza dell'antropologia del fragile, che fa scendere il soggetto dal piedistallo dell'autosufficienza, esponendolo al duplice vincolo, attivo e passivo, dell'aiutare e dell'essere aiutato.

“Estrasse due denari e li diede all'albergatore”. Un esercizio di corresponsabilità. Servire l'uomo insieme, partecipi di una responsabilità. La sollecitudine verso l'altro, espressa nella relazione di cura, e il senso della reciprocità, rappresentano le due modalità privilegiate per attivare un'autentica corresponsabilità con l'altro. Con l'esperienza della corresponsabilità ogni uomo entra in uno spazio che comprende appello, ascolto e, soprattutto, risposta.

Corresponsabilità dice la disponibilità a rispondere, di rispondere a qualcuno, rispondere di qualcuno, rispondere di qualcosa.

Essere corresponsabili vuol dire custodire, stare accanto all'altro con attenzione di amore, rispettando e accompagnando il suo cammino, facendosene carico, coltivando e promuovendo la sua vita come bene assoluto.

La corresponsabilità fa comprendere che gli uomini non sono frammenti isolati, chiusi nella difesa del proprio interesse, ma mette in evidenza che la responsabilità si incontra e si consolida intrecciandosi sinergicamente con quella degli altri. Diventa perciò necessario considerare il legame tra gli uni e gli altri, corresponsabili gli uni degli altri, e corresponsabili insieme del bene comune.

Essa è un percorso verso l'umanizzazione, verso la vita buona vissuta in pienezza.

Abbiamo vissuto un itinerario che ci ha illuminato il senso della prossimità. Non possiamo fuggire da questa luce abbagliante. Un imperativo ci costringe ad essere consequenziali: “Va' e anche tu fa' Lo stesso.” Abbi anche tu compassione come lui. Di chi ci sta inquietando, di chi ci sta interrogando. Oggi. Insieme.

La Pastorale sanitaria nell'ambito delle dipendenze: inquadramento e Counseling

P. Antonio MANCINI, M.I.

Professore presso l'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria "Camillianum" (Italia)



INTRODUZIONE

a) Breve analisi generale della realtà odierna

La presente relazione, che mi accingo ora a presentare, riguarderà alcune problematiche relative il variegato mondo delle *dipendenze* presenti oggi nella società. Come la pastorale della salute può interagire oggi nell'ambito delle antiche e nuove dipendenze? La Conferenza internazionale di questo anno 2018 tende giustamente ad analizzare e sottolineare la svariate forme di *dipendenza*; le quali, pur essendo molteplici partono tutte dal disagio profondo procurato dalla perdita di punti di partenza fondativi dell'esistenza. "La vita ha un senso?"; "Per che cosa vale veramente la pena di vivere?" "Perché c'è il male, la sofferenza, la morte?". Queste le domande fondamentali che l'uomo, da quando è sulla terra, si è posto e si pone. Interrogativi che ritornano anche in un mondo segnato da un incontrastato dominio della cultura neo-positivista ove i riconosciuti progressi delle tecno-scienze e, nei nostri Paesi opulenti dell'Occidente, l'accumulo della ricchezza, sono viste come vere e proprie panacee da ogni male... anche di quello "spirituale", "dell'anima". L'aver posto poi il denaro al di sopra di ogni cosa ha favorito non solo il desiderio da parte di alcuni di cercare di accrescere "smisuratamente e facilmente" (come promettono alcuni spot pubblicitari!) il proprio "benessere" attraverso il cedimento alle lusinghe rappresentate da alcune dipendenze (il gioco d'azzardo, la droga...); ma anche da parte di altri, il desiderio di acquisire "onorabilità" nel "mondo che conta" *ripulendo* i proventi di traffici spesso non sempre limpidi.

Non è un mistero per nessuno infatti che organizzazioni criminali internazionali vivono sugli utili del traffico-vendita di stupefacenti, sul gioco d'azzardo e le scommesse sportive, sulla prostituzione (anche minorile) e conseguente pubblicazione di materiale pornografico, sull'usura, ecc...

Il detto latino *pecunia non olet* ("il denaro non ha odore") è divenuta la "regola aurea" dell'odierno sistema finanziario. È in questo contesto che tali organizzazioni allignano attraverso la presenza sul mercato di proprie società di facciata. Un sistema, quello neoliberista, scevro da qualsiasi legge morale è inoltre fautore di un nuovo tipo di totalitarismo: quello economico¹ detto anche "finanzcapitalismo"².

Un totalitarismo, potremo definirlo "morbido" (rispetto ai tragici precedenti del XX secolo³), tendente a sacrificare il sistema democratico sull'altare della nuova divinità: *il denaro*. Da una parte infatti, si assiste all'accumulo smodato di beni nelle mani di pochi "fortunati" (l'1% della popolazione mondiale) a scapito di tutti coloro (la stragrande maggioranza degli uomini) che Papa Francesco chiama gli "scarti"; mentre dall'altra, si sta assistendo a un fatto nuovo nella storia: la limitazione della libertà di opinioni. Tutto il mondo dell'informazione (o la stragrande parte di esso) è nelle mani di quei pochi che detengono ricchezze e ciò comporta che le poche "voci fuori dal coro" vengano ben presto tacitate. Anche la parola stessa del Santo Padre, che si eleva a difesa degli ultimi e contro ogni forma di "disuguaglianza"⁴ sempre più pervasiva, passa molto spesso o sotto silenzio o viene completamente stravolta attraverso l'opera costante dei persuasori occulti del *politicamente corretto*. Quest'ultimi, cioè intellettuali al servizio dei potenti, cercano di imporre come dogmaticamente "scienza esatta" la cosiddetta "cultura del piagnisteo"⁵.

¹ Cfr. POLICETTI A., *La grande dittatura. Nell'era dell'economicismo totalitario*, La scuola di Pitagora, Napoli 2013.

² Cfr. GALLINO L., *Finanzcapitalismo. La civiltà del denaro in crisi*, Einaudi, Torino 2011 e 2013.

³ Cfr. TERNON Y., *Lo stato criminale. I genocidi del XX secolo*, Corbaccio, Milano 1997 e AA.VV., *Storia, verità, giustizia. I crimini del XX secolo*, Bruno Mondadori, Milano 2001.

⁴ Cfr. FRANCESCO, *Laudato Si'. Enciclica sulla cura della casa comune*, LEV-San Paolo, Città del Vaticano-Cinisello Balsamo (MI) 2015,. Al posto del termine "disuguaglianza" troviamo, nel magistero di Papa Francesco, "molto più frequentemente [...] la parola *inequità*" (PRODI M., *Per una nuova umanità. L'orizzonte di papa Francesco*, Cittadella, Assisi 2018, p. 95). Vedi anche STIGLIZ E.J., *Il prezzo della disuguaglianza. Come la società divisa di oggi minaccia il nostro futuro*, Einaudi, Torino 2013 e DE VECCHIS G., *Il GPS della disuguaglianza. Il mondo sotto lo sguardo di Papa Francesco*, LEV, Città del Vaticano 218.

⁵ HUGHES R., *La cultura del piagnisteo. La saga del politicamente corretto*, Adelphi, Milano 2003.

b) La situazione dell'uomo

Di fronte a una realtà così complessa l'uomo si sente impotente, schiacciato in un solipsismo estremo e costretto a vivere come in una "gabbia" dalla quale sembra non poter (o voler) fuggire. È talmente condizionato da tutti i fattori esterni alla sua persona al punto che accetta di buon grado anche il vincolo disumano della "servitù volontaria" quasi negli termini e condizioni descritti in un pamphlet da Étienne De La Boétie, umanista del XVI secolo⁶. Un individuo che vive una tale situazione di vita è suo malgrado soggetto a ricercare in qualcuna delle *dipendenze* la propria "uscita di sicurezza". Tragicamente, estraniandosi da una realtà così opprimente, si illude di trovare la via che lo condurrà alla felicità. Una felicità solitaria sempre più schiacciata nell'immanenza.

Solo superando la visione individualistica dell'uomo possiamo recuperare quella visione solidaristica che è alla base della propria natura sociale della persona. È quanto sostiene il Santo Padre nell'enciclica *Laudato Si'*:

Nella modernità si è verificato un eccesso antropocentrico che, sotto altra veste, oggi continua a minare ogni riferimento a qualcosa di comune e ogni tentativo di rafforzare i legami sociali. Per questo è giunto il momento di prestare nuovamente attenzione alla realtà con i limiti che essa impone, i quali a loro volta costituiscono la possibilità di uno sviluppo umano e sociale più sano e fecondo⁷.

La Chiesa, unitamente alla comunità civile, ha oggi perciò il grave compito, attraverso la propria testimonianza, di riunire un mondo lacerato da egoismi, odio e sete di potere. Cambiare rotta è ancora possibile.

Infine, oltre all'adulto uno sguardo particolare vogliamo rivolgerlo alla realtà che i nostri giovani vivono spesso drammaticamente in un contesto culturale e sociale, quello odierno, caratterizzato dal nichilismo, dal relativismo e dall'individualismo. Un contesto ove sembrerebbe non esserci alcuno spazio per loro. Eppure sono essi il nostro futuro come ha sottolineato Papa Francesco nel recente Sinodo dei Vescovi per e con i giovani. Il Pontefice, nella lettera inviata il 13 gennaio 2017 all'apertura del Sinodo sui Giovani, così si esprimeva con le seguenti parole piene di speranza:

"Un mondo migliore si costruisce anche grazie a voi, alla vostra voglia di cambiamento e alla vostra generosità. Non abbiate paura di ascoltare lo Spirito che vi suggerisce scelte audaci, non indugiate quando la coscienza vi chiede di rischiare per seguire il Maestro. Pure la Chiesa desidera

⁶ Cfr. DE LA BOÉTIE É., *Discorso sulla servitù volontaria*, Chiarelettere, Milano 2015.

⁷ FRANCESCO, *Laudato Si'*, n. 116.

mettersi in ascolto della vostra voce, della vostra sensibilità, della vostra fede; perfino dei vostri dubbi e delle vostre critiche. Fate sentire il vostro grido, lasciatelo risuonare nelle comunità e fatelo giungere ai pastori. San Benedetto raccomandava agli abati di consultare anche i giovani prima di ogni scelta importante, perché spesso è proprio al più giovane che il Signore rivela la soluzione migliore”.⁸

c) Il nichilismo in una società “liquida”

Oggi il mondo è abitato – come sostiene il pensatore laico non credente Umberto Galimberti – da un “ospite inquietante”: il nichilismo. Sono quanto mai emblematiche le sue affermazioni riferite al mondo giovanile:

“Le parole che alla speranza alludono, le parole di tutti più o meno sincere, le parole che insistono, le parole che promettono, le parole che vogliono lenire la loro [dei giovani] segreta sofferenza languono intorno a loro come rumore insensato. Un po’ di musica sparata nelle orecchie per cancellare tutte le parole, un po’ di droga per anestetizzare il dolore o per provare una qualche emozione, tanta solitudine tipica di quell’individualismo esasperato, sconosciuto alle generazioni precedenti, indotto dalla persuasione che – stante l’inaridimento di tutti i legami affettivi – non ci si salva se non da soli, magari attaccandosi, nel deserto dei valori, a quell’unico generatore simbolico di tutti i valori che nella nostra cultura si chiama denaro. Va da sé che quando il disagio non è del singolo individuo, ma l’individuo è solo la vittima di una diffusa mancanza di prospettive e di progetti, se non addirittura di sensi e di legami affettivi, come accade nella nostra cultura, è ovvio che risultano inefficaci le cure farmacologiche cui oggi si ricorre fin dalla prima infanzia o quelle psicoterapeutiche che curano le sofferenze che originano nel singolo individuo”⁹.

In riferimento poi all’uso delle droghe o schiavi delle altre dipendenze, Galimberti, ci offre la seguente illuminante osservazione:

Alla base dell’assunzione delle droghe, di tutte le droghe, anche del tabacco e dell’alcol, c’è da considerare se la vita offre un margine di senso sufficiente per giustificare tutta la fatica che si fa per vivere. Se questo senso non si dà, se non c’è neppure la prospettiva di poterlo reperire, se i giorni si succedono solo per distribuire insensatezza e dosi massicce di insignificanza, allora si va alla ricerca di qualche anestetico capace di renderci insensibili alla vita¹⁰.

Viviamo oggi immersi nella “vita liquida” secondo la suggestiva (e in sé,

⁸ *Regola di San Benedetto III*, 3.

⁹ GALIMBERTI U., *L’ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*, Feltrinelli, Milano 2018, p. 12.

¹⁰ GALIMBERTI U., *Op. cit.*, p. 72.

preoccupante!) definizione del sociologo Zygmunt Baumann¹¹. Una realtà talmente “fluida” da rendere ancor più complessa, e spesso indecifrabile, la società in cui stiamo “affondando”. Tanto più che tale “liquidità” è tutta proiettata nel “presente”. In essa infatti non c’è spazio né per il “passato” e tanto meno per il “futuro”. Tutto scivola inesorabilmente e velocemente verso il nulla. Questa situazione, caratterizzata dalla “liquidità”, dalla “complessità” e da una vita apparentemente senza senso, si riflette in maniera a nostro avviso preoccupante nel contesto socio-economico e culturale della nostra civiltà occidentale tanto da rispecchiarsi nella stessa formazione delle giovani generazioni.

1. PASTORALE SANITARIA E DIPENDENZE

La *pastorale* è “l’azione multiforme della comunità ecclesiale, animata dallo Spirito Santo, per l’attuazione nel tempo del progetto di salvezza di Dio sull’uomo e sulla sua storia, in riferimento alle concrete situazioni di vita”¹². Un ambito dell’azione della Chiesa che ha quale punto di partenza una concezione lineare della storia ove passato, presente e futuro hanno una collocazione ben precisa. Tale visione però oggi, in una realtà mondana tutta appiattita sul *presente*, ci offre non poche difficoltà. È quanto analizzano con lucidità Giuseppe De Rita e Antonio Galdo in un recente pregevole saggio:

“Nel momento più solenne della celebrazione della messa, la preghiera eucaristica poco prima della comunione, alla formula *Mistero della fede*, pronunciata dal sacerdote, i fedeli rispondono così: Annunciamo la tua morte, Signore. Proclamiamo la tua resurrezione, nell’attesa della tua venuta. L’attesa del cristiano è l’ottimismo del tempo lungo, il non rassegnarsi allo *status quo*, il vedere oltre l’incompiutezza, e spesso l’ingiustizia, del quotidiano. L’attesa è azione. Un elemento essenziale nel lungo percorso della fede, con i suoi alti e bassi, parte integrante della spiritualità, del riconoscere e coltivare una dimensione soprannaturale, ma nella società *presentista* anche il sacro entra in crisi, fatica ad essere individuato e dunque ricercato¹³”.

Come la Chiesa, attraverso la *pastorale sanitaria*, è chiamata a rispondere alle sfide che il mondo contemporaneo le pone di fronte? È in una

¹¹ Cfr. BAUMAN Z., *Vita liquida*, Economica Laterza, Bari-Roma 2008.

¹² TONELLI R., *Pastorale giovanile. Dire la fede in Gesù Cristo nella vita quotidiana*, LAS, Roma 1987, p. 16..

¹³ DE RITA G.-GALDO A., *Prigionieri del presente. Come uscire dalla trappola della modernità*, Einaudi, Torino 2018, pp. 8-9.

realtà così complessa e diversificata infatti che deve situarsi l'attività pastorale-educativa della chiesa. Accanto ad una rinnovata pastorale familiare e giovanile essa deve mettere in gioco anche una "pastorale sanitaria" atta a cercare di comprendere in profondità il multiforme fenomeno delle *dipendenze*, nelle sue varie declinazioni, presente oggi nel mondo, specie in quello giovanile.

Da come desumiamo dalla *Nuova Carta degli operatori sanitari*:

"La dipendenza, sotto il profilo medico-sanitario, è una condizione di asuefazione a una sostanza o a un prodotto – come farmaci, alcool, stupefacenti, tabacco – di cui l'individuo avverte un incoercibile bisogno, e la cui privazione può causare turbe psicofisiche. Il fenomeno delle dipendenze costituisce nelle nostre società una preoccupante e, per certi aspetti, drammatica realtà. Esso è da mettere in relazione, per un verso, con la *crisi di valori e di senso* di cui soffre la società e la cultura odierna, per altro verso, con lo *stress* e le frustrazioni ingenerate dall'efficientismo, dall'attivismo e dalla competitività e anonimia delle interazioni sociali¹⁴".

Quindi, oltre alle "classiche" dipendenze rappresentate dalla droga, dall'alcolismo, dal tabagismo e dal'esagerato consumo di farmaci, la Chiesa, ha il compito di prendersi carico delle vittime delle emergenti *dipendenze* quali: quelle dello *shopping* compulsivo, dell'esposizione esagerata, spesso fin dalla tenera età, alla TV, del gioco d'azzardo, della pornografia e dei vari tipi di ludopatia come anche di altre forme di dipendenza legate per esempio ad un uso smodato dei moderni mezzi di comunicazione sociale¹⁵. Non è un caso che una delle cause principali degli incidenti stradali è legata all'uso quasi maniacale del PC, del telefonino, dello *smartphon* o del *tablet* utilizzati anche durante la guida dell'automobile¹⁶.

La Chiesa anche per le varie forme di *dipendenze* legge il manifestarsi di un tale fenomeno sempre a partire dal Vangelo. O meglio – nell'accezione tanto cara a Papa Francesco – dal "Vangelo della Misericordia". Questa è stata da sempre la "chiave di lettura" tendente a comprendere la realtà in cui essa si trova a vivere e, oggi più che nel passato, questa "chiave" può

¹⁴ PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI (PER LA PASTORALE DELLA SALUTE), *Nuova carta degli operatori sanitari*, Libreria Editrice Vaticana (LEV), Città del Vaticano 2016, n. 121, p. 102. Vedi anche: PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, *Chiesa, droga e tossicomania. Manuale di pastorale*, LEV, Città del Vaticano 2001, p. 39.

¹⁵ Cfr. SPITZER M., *Connessi e isolati. Un'epidemia silenziosa*, Corbaccio, Milano 2018. Vedi anche: *Il lato oscuro della rete*, in SINODO DEI VESCOVI. XV ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA, *I giovani, la fede e il discernimento vocazionale. Documento finale. Lettera ai giovani*, LEV, Città del Vaticano 2018, n. 23, p. 29.

¹⁶ Cfr. PORTELLI C.-PAPANTUONO M., *Le nuove dipendenze. Riconoscerle, capirle e superarle*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 2017.

offrire un'interpretazione che si avvicini, con discrezione e autorevolezza, alle problematiche del vissuto della società e specialmente dei giovani.

Essa, attraverso il proprio impegno nel mondo, cerca di rendere evidente l'importanza della "presenza" e della capacità di "ascolto" del formatore o dell'operatore pastorale che deve farsi carico del "cammino interiore e sociale" di chi, dalla "dipendenza", desidera riprendere in mano la propria vita e progettare così il proprio futuro. La pastorale sanitaria (o più propriamente della salute) è "la presenza e l'azione della Chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti ne prendono cura"¹⁷. Il vescovi italiani la definiscono "presenza e azione della Chiesa", e perciò suo compito e sua missione. La Chiesa, infatti è il "Corpo di Cristo"; in lui continua nel mondo l'azione redentiva del Salvatore; a lei è affidato da Gesù stesso, il compito di continuare nei secoli la sua missione in favore dei malati e sofferenti. In altre parole, l'azione della Chiesa è rivolta a tutti coloro che in un modo o nell'altro sono "piagati nel corpo e nello spirito". La sua azione di salute/salvezza è perciò indirizzata a tutti gli uomini e a tutto l'uomo visto nella sua interezza psico-somatica.

1.1 VANGELO: DIAGNOSI E CURA DELLE DIPENDENZE. LA PARABOLA DEL PADRE MISERICORDIOSO (Lc 15,11-32)

Nella missione salvifica di Gesù la cura dei malati occupa un posto privilegiato. Circa un quinto dei Vangeli è dedicato all'attività del Cristo in favore dei malati: dei 3.779 versetti dei quattro Vangeli, 727 si riferiscono specificamente alla cura fisica e mentale e alla risurrezione dei morti. Il maggior numero di guarigioni è in favore dei lebbrosi e dei ciechi. Anche le malattie mentali occupano un posto di rilievo¹⁸.

Senza dubbio una delle più belle pagine del vangelo, nella quale possiamo trovare spunti di riflessione molto attinenti alle tematiche svolte nel corso del Convegno, è quella del "padre misericordioso" detta anche "parabola del figlio prodigo" o "dei due figli" riportata dall'evangelista Luca al capitolo 15, versetti 11-32. Una "parabola" molto studiata e riflettuta da teologi, esegeti e autori di spiritualità (vedi per es.: Nouwen, *L'abbraccio benedicente*) specialmente in riferimento al "cuore misericordioso di Dio"; ma credo, poco approfondita dal punto di vista pedagogico e sociale. Qui si impone una domanda: cosa ci suggeriscono le parole di Gesù in riferimento ai vari tipi di *dipendenza* che si trovano a vivere oggi

¹⁷ CEI, *La pastorale della salute nella chiesa italiana*, Roma 1989, n. 19.

¹⁸ Cfr. VENDRAME C., *La cura dei malati nel nuovo testamento*, Camilliane, Torino 2000, pp. 37-42.

i nostri giovani e anche non pochi adulti?

“Disse ancora: Un uomo aveva due figli. Il più giovane dei due disse al padre: Padre, dammi la parte di patrimonio che mi spetta. Ed egli divise tra loro le sue sostanze. Pochi giorni dopo, il figlio più giovane, raccolte tutte le sue cose, partì per un paese lontano e là sperperò il suo patrimonio vivendo in modo dissoluto. Quando ebbe speso tutto, sopraggiunse in quel paese una grande carestia ed egli cominciò a trovarsi nel bisogno. Allora andò a mettersi al servizio di uno degli abitanti di quella regione, che lo mandò nei suoi campi a pascolare i porci. Avrebbe voluto saziarsi con le carrube di cui si nutrivano i porci; ma nessuno gli dava nulla. Allora ritornò in sé e disse: Quanti salariati di mio padre hanno pane in abbondanza e io qui muoio di fame! Mi alzerò, andrò da mio padre e gli dirò: Padre, ho peccato verso il Cielo e davanti a te; non sono più degno di essere chiamato tuo figlio. Trattami come uno dei tuoi salariati. Si alzò e tornò da suo padre.

Quando era ancora lontano, suo padre lo vide, ebbe compassione, gli corse incontro, gli si gettò al collo e lo baciò. Il figlio gli disse: Padre, ho peccato verso il Cielo e davanti a te; non sono più degno di essere chiamato tuo figlio. Ma il padre disse ai servi: Presto, portate qui il vestito più bello e fateglielo indossare, mettetegli l'anello al dito e i sandali ai piedi. Prendete il vitello grasso, ammazzatelo, mangiamo e facciamo festa, perché questo mio figlio era morto ed è tornato in vita, era perduto ed è stato ritrovato. E cominciarono a far festa.

Il figlio maggiore si trovava nei campi. Al ritorno, quando fu vicino a casa, udì la musica e le danze; chiamò uno dei servi e gli domandò che cosa fosse tutto questo. Quello gli rispose: Tuo fratello è qui e tuo padre ha fatto ammazzare il vitello grasso, perché lo ha riavuto sano e salvo. Egli si indignò, e non voleva entrare. Suo padre allora uscì a supplicarlo. Ma egli rispose a suo padre: Ecco, io ti servo da tanti anni e non ho mai disobbedito a un tuo comando, e tu non mi hai mai dato un capretto per far festa con i miei amici. Ma ora che è tornato questo tuo figlio, il quale ha divorato le tue sostanze con le prostitute, per lui hai ammazzato il vitello grasso. Gli rispose il padre: Figlio, tu sei sempre con me e tutto ciò che è mio è tuo; ma bisognava far festa e rallegrarsi, perché questo tuo fratello era morto ed è tornato in vita, era perduto ed è stato ritrovato¹⁹”.

- “*Un uomo aveva due figli*”: da questa semplice affermazione, vengono rappresentati due modi diversi di paternità e altrettanti modi di vivere la propria figliolanza. Due modalità diversificate relative all'età di ciascuno (il maggiore e il minore). Tale assunto ci porta a considerare l'impossibilità di formulare teorie generali atte a rispondere universalmente a tutte

¹⁹ Lc 15, 11-32 in *La Bibbia. Via verità e vita*, Ed. Paoline-San Paolo, Cinisello Balsamo (Milano) 2012, pp. 2509-2510.

le emergenze educative presenti nella società. Come ho già affermato precedentemente: ogni persona è diversa dall'altra. Ogni giovane ha un vissuto esperienziale diverso da un altro.

- *“Il più giovane disse al padre...”*: qui siamo di fronte al desiderio di autoaffermazione da parte del giovane. Come afferma Romano Guardini, “la vera e propria crisi di autoaffermazione inizia con il destarsi della persona, cioè con la consapevolezza di voler essere qualcuno diverso dagli altri”²⁰. È il desiderio della persona di sentirsi libera e responsabile, consapevole di aver conseguito nella crescita una certa forma di maturità (maturità non ancora raggiunta pienamente!) che la pone in costante ribellione nei confronti dell'autorità rappresentata dall'adulto.
- *“Il figlio più giovane, raccolte tutte le sue cose, partì per un paese lontano e lì sperperò il suo patrimonio vivendo in modo dissoluto”*: da quanto ascoltato possiamo trarre ulteriori riflessioni:
 - 1) Il giovane parte “verso un paese lontano”: sottolineando in ciò il desiderio di spezzare – da parte del soggetto agente – ogni forma di legame con il passato rappresentato dalla propria famiglia di origine.
 - 2) Egli in realtà non ha raggiunto, come aveva pensato, la vera maturità e dilapida così quanto ricevuto dal padre. Ricchezze che, se amministrate con oculatezza, gli avrebbero permesso di vivere agiatamente per il resto della vita.
 - 3) *“Vivendo da dissoluto”*: un altro aspetto della crisi della crescita (oltre quella dell'autoaffermazione) è – sempre secondo Guardini – quello del “destarsi dell'istinto sessuale” nel giovane. È il periodo in cui ragazzi e ragazze “sono più difficilmente disposti ad accettare le direttive dell'autorità o gli influssi della morale e della religione. L'involucro protettivo nel quale si era svolta la crescita, che però al contempo aveva inserito il bambino nell'ambito della vita dei genitori entro il focolare domestico, si fa insopportabilmente stretto, e da ciò nasce un'opposizione verso l'ambiente circostante, che ha il suo nucleo nell'istinto sessuale, non ancora completamente capito o non ancora integrato nella totalità dell'esistenza personale”²¹.
 - 4) Inoltre, ben presto, tutte le false amicizie basate sull'interesse vengono meno con il venir meno delle ricchezze. È questa la dura realtà con la quale il giovane viene presto in contatto. La ricchezza lo aveva posto in alto nella scala sociale ora però non ha più nulla e lentamente ma inesorabilmente si sente precipitare in un abisso apparentemente senza fondo.

²⁰ GUARDINI R., *Le età della vita*, Vita e Pensiero, Milano 2011⁸, p. 17.

²¹ GUARDINI R., *Op. cit.*, pp. 18-19.

- Alle difficoltà economiche e affettive si aggiunge poi “*una grande carestia ed egli cominciò a trovarsi nel bisogno. Allora andò a mettersi al servizio di uno degli abitanti di quella regione, che lo mandò nei campi a pascolare i porci*”. Si spalanca davanti ai suoi occhi la durezza della vita. Una realtà, quella della vita, spesso idealizzata ma mai vissuta nella concretezza. La protezione del padre prima, la sicurezza economica poi sembrano tenerlo lontano dal crudo realismo della vita. Ora avendo perduto tutto, ogni certezza viene a mancare. Se inoltre ci caliamo nel ritratto della realtà, tratteggiata da Gesù in questa parabola, possiamo comprendere la situazione di completa abiezione nella quale il giovane si trova a vivere durante tutto il succedersi di situazioni traumatiche: deve pascolare i porci. Con tutto il significato che questo genere di animale rappresenta nell’immaginario culturale e religioso di una persona vissuta in contesto giudaico del I secolo d. C. Un contesto presente ancora oggi in un’epoca caratterizzata dal multiculturalismo come la nostra!
- A questo punto, nell’intimo del giovane, si accende un flebile barlume di speranza: “**Allora ritornò in se**”. Questo è il *punto di partenza della propria rinascita interiore*. Solo quando il giovane inizia a riflettere sull’utilità o meno della propria esistenza riesce, con l’aiuto poi empatico di un educatore ben preparato, a rimettersi in carreggiata così da riprogettare il futuro della propria esistenza. Guai a lasciarsi rubare il proprio futuro e continuare a non “pensare altrimenti” in un mondo contrassegnato da un “pensiero unico” che intende svuotare di significato ogni tentativo di far emergere liberamente il pensiero e un diverso *modus vivendi*. È ciò che più volte non si sono mai stancati di richiamare all’attenzione degli “uomini di buona volontà” sia il giovane filosofo contemporaneo Diego Fusaro in alcuni saggi che il Santo Padre nei suoi discorsi rivolti ai giovani²².
- Sarà il padre a incarnare la figura dell’educatore attraverso il proprio comportamento successivo: “*Quando (il giovane) era ancora lontano, suo padre lo vide, ebbe compassione, gli corse incontro, gli si gettò al collo e lo baciò*”. Egli non giudica il comportamento del giovane. Compie, attraverso la propria vicinanza e disponibilità all’ascolto, le azioni necessarie finalizzate ad un proficuo *Counseling*. Esso, come vedremo, non è altro che una relazione di aiuto, che si instaura fra un professionista (il *counselor* appunto) e una persona che presenti un disagio o una dipendenza e manifesti il desiderio di uscirne. Nella successiva parte, riguardante il suo “utilizzo terapeutico” da parte della Chiesa, potremo vedere la grande attinenza che c’è tra Vangelo e *relazione di aiuto* o *Counseling*.

²² Cfr. FUSARO D., *Il futuro è nostro. Filosofia dell’azione*, Bompiani, Milano 2014/2016. Id., *Pensare altrimenti*, Einaudi, Torino 2017.

2. L'AZIONE DELLA CHIESA NEL COUNSELING

2.1 LA RELAZIONE DI AIUTO O COUNSELING

La chiesa nel mondo della salute, attraverso agenti pastorali ben preparati, fa propri gli stessi strumenti comunicativi largamente utilizzati dalla psicoterapia. Tra quest'ultimi troviamo la *relazione di aiuto* o *Counseling*. Quella della "relazione" è infatti una delle mansioni prioritarie dell'assistente o operatore pastorale. Ciò è fondato sul fatto che l'uomo ha un innato bisogno di porsi in relazione con gli altri.

Comunicare è impellente anche nel "tempo della sofferenza" di fronte ad un'impostazione sanitaria che [...] ritiene primari gli aspetti organici della malattia trascurando quelli relazionali ed emozionali²³.

Due sono i sistemi espressivi della comunicazione:

- Il "modello analogico", cioè la "comunicazione verbale" che attualizza con la parola;
- Il "modello analogico", non verbale, che si manifesta con i movimenti, i gesti, i simboli...

2.2 LA FUNZIONE LOGICA

Come abbiamo detto, la funzione logica, o comunicazione verbale, pone come fondamento la "parola". Il "colloquio verbale" è comunque sempre una sfida. Come afferma Comolli: "possiamo pronunciare parole giuste o sbagliate che aprono ferite o guariscono, che costruiscono o distruggono, che creano *unione* o che producono *divisioni*, che infondono *timore* o che emanano *pace*, parole di *vita* o di *morte*!"²⁴. nel dialogo con il sofferente "dobbiamo andare oltre giungendo ad uno 'scambio di sentimenti' poiché, solo a questo livello, comprendiamo come il bisognoso d'aiuto sta affrontando il suo dolore"²⁵.

2.3 LA FUNZIONE ANALOGICA

Tale funzione osserva soprattutto il *non verbale* e il *simbolismo comunicativo*: aspetti poco conosciuti ma molto importanti nella comunicazione. Infatti – come afferma Comolli – "l'influenza della funzione analogica si fonda sul fatto che spesso gli aspetti comportamentali sono istintivi più che logici e l'azione frequentemente precede la logica".

²³ COMOLLI G.M., *Compendio di pastorale della salute. Tutto esordisce con il Vangelo*, Romani, Savona 2018, p. 285.

²⁴ COMOLLI G.M., *Op. cit.*, p. 286.

²⁵ Ibidem.

La comunicazione analogica – continua l'autore – si concretizza nella posizione degli spazi fisici (distanza tra sé e gli altri...), nell'instabilità della postura (dondolio, posizione arti superiori e inferiori...), nella contrazione muscolare del volto (deglutizione, irrigidimento mascellare, fuga dello sguardo...) nell'utilizzo di rumori e di suoni (raschiamento della gola, emissione di sbuffi, ricorso continuo a interazioni prive di logicità...) nel palpeggiare tratti del corpo (fronte, orecchio, sopracciglio, naso, polso, dorso della mano...), nel valersi di alcuni oggetti (giocherellare con la penna o con l'anello, toccare la cravatta o la collana...), nell'abbigliamento (vestiti, trucco...). L'ascolto delle parole, la concentrazione sui gesti e la comprensione dei sentimenti, sono componenti basilari da rammentare in ogni incontro²⁶.

2.4 COME COMUNICARE “AUTENTICAMENTE” CON IL SOFFERENTE

Elementi fondamentali per una comunicazione realmente “autentica” con la persona sofferente sono:

- a) L'accoglienza: riconoscere l'altro come “unico” e “irrepetibile”, metterlo a proprio agio identificando i suoi bisogni essenziali e fondamentali, particolarmente quelli di essere accolto e amato.
- b) Ascolto. Per ascoltare è indispensabile “il silenzio” esterno e interiore, poiché unicamente udendo la nostra interiorità ascolteremo meglio gli altri superando pregiudizi e preconcetti.
 “L'ascolto è un incontro di libertà, che richiede umiltà, pazienza, disponibilità a comprendere, impegno a elaborare in modo nuovo le risposte. L'ascolto trasforma il cuore di coloro che lo vivono, soprattutto quando ci si pone in un atteggiamento interiore di sintonia e docilità allo Spirito. [...] La Chiesa quindi, attraverso l'ascolto, entra nel movimento di Dio che, nel Figlio, viene incontro a ogni essere umano²⁷”.
- c) Non giudicare. È essenziale porre come criterio delle nostre affermazioni, e anche dei giudizi quando siamo invitati a formularli; l'accogliere un segreto come “un privilegio”, superando gli irrigidimenti difensivi e l'inclinazione a colpevolizzare.
- d) Rapporto assiduo con la propria interiorità: da un rapporto assiduo con la propria interiorità germoglia la consapevolezza di quello che stiamo compiendo oltre l'onestà con se stessi e con gli altri.
- e) Saper selezionare le richieste. Il sofferente si rivolge al suo interlocutore con due modalità:

²⁶ COMOLLI G.M., *Op. cit.*, p. 287.

²⁷ SINODO DEI VESCOVI. XV ASSEMBLEA GENERALR ORDINARIA, *Op. cit.*, n. 6, p. 13.

- Il desiderio di *essere preso a cuore*, esternando dubbi e timori;
- Il *bisogno di capire* ciò che sta vivendo in quel preciso momento.

La risposta al primo bisogno può essere espressa dal silenzio partecipativo che manifesta la nostra disponibilità. Riguardo al “significato” ognuno deve verificare se è in grado di fornire un riscontro veritiero.

- f) Determinare una “distanza ottimale”: il bisogno, da parte dell’interlocutore, di prendersi cura del sofferente senza un proprio coinvolgimento emotivo e psicologico a motivo di incorrere nel rischio del *burnout*.
- g) Il tempo opportuno. Il tempo è ciò che di più prezioso possiamo donare agli altri procedendo “contro corrente” in una società dove solitamente si afferma “Non ho tempo!”.

2.5 LE RISPOSTE DEL COUNSELING

Carl R. Rogers (1902-1987), psicologo statunitense famoso per i suoi studi sul counseling, evidenzia nella dinamica della comunicazione sei tipologie di risposte: cinque, affermava: “disturbano il processo di aiuto”, mentre una, quella “comprensiva”, consente una valida relazione. Risposte inopportune: *valutativa* (che propone consigli sull’interrogativo postoci o magari giudica), *interpretativa* (qui l’attenzione si sposta dall’evento contingente alle motivazioni che sollecitano una modalità d’azione o di reazione, oscurando la tensione e l’effettivo bisogno dell’altro, soprattutto rispetto al significato), *rassicurante* (è efficace in alcune situazioni poiché consola e incoraggia il malato che percepisce umanità e comprensione), *interrogativa* (di solito, lo stile investigativo è negativo, essendo dettato dalla curiosità e dalla fretta. È positivo unicamente se stimola l’interlocutore ad approfondire il proprio pensiero, aiutandolo a riconoscersi ancora idoneo a gestire la sua vita, superando la tentazione di abbandonarsi completamente agli altri) e di *soluzione immediata* (si suggerisce con autorità come comportarsi).

La *comprensiva* (o di comprensione): le risposte di comprensione germogliano nell’accoglienza dell’altro, della sua diversità e dei suoi limiti. Unicamente così comprendiamo totalmente la sofferenza e le problematiche dell’interlocutore.

2.6 LA RELAZIONE DI AIUTO

Nell’ambito della comunicazione intra-umana rivolta al malato troviamo la *relazione di aiuto*. L’uomo infatti vive di relazioni che l’aiutano a crescere o a regredire. Quelle impostate dalla relazione di aiuto sono

determinate sul *dono* e sulla *solidarietà*, avendo come base la sacralità della persona e il rispetto di ogni situazione che l'altro sta vivendo.

Per formularne una definizione è lo stesso Rogers che ci viene in soccorso. La *relazione d'aiuto* è quel “tipo particolare di relazione tra un aiutante preparato e una persona in cerca di aiuto, che si prefigge, attraverso la pratica di attitudini e l'uso di tecniche appropriate, di favorire la crescita dell'individuo a livello personale, interpersonale e spirituale”²⁸. È “una relazione – prosegue Rogers – non direttiva, ma centrata sulla persona aiutata più che sui suoi problemi o difficoltà, dove l'aiutante unisce i propri sforzi a quelli dell'aiutato, ma è quest'ultimo il responsabile primo del proprio cambiamento”²⁹. Due peculiarità devono caratterizzare la relazione di aiuto:

- La spontaneità o genuinità dell'aiutante;
- Non formulazione di giudizi morali. L'accoglienza incondizionata, la stima e il rispetto dell'altro devono evitare la formulazione di giudizi morali almeno fino a quando non si è compreso totalmente il problema. Unicamente in un confronto dove l'altro avverte di essere riconosciuto “per quello che è”, potrà compiersi una reale e pacata auto esplorazione poiché, senza timore, saranno evidenziati e riconosciuti errori e fallimenti passati, azioni controproducenti e limiti attuali.

2.7 COMPrensione EMPATICA

L'*empatia*: realizzarla, significa far propri “i problemi dell'altro, cogliere i suoi sentimenti, mettersi al suo posto, avere fiducia nella sua capacità di andare avanti, rispettare la sua libertà e la sua intimità, non giudicarlo, accettarlo così com'è e come vuole diventare, vedere lui e non i nostri problemi”³⁰. L'empatia è, perciò, la capacità di mettersi nell'ottica dell'altro o meglio nei “panni” dell'altro; “nei sui significati più intimi e personali come se fossero i propri, senza d'altronde dimenticare che nostri non sono”³¹, cioè senza giungere al coinvolgimento totale che in psicologia si chiama “simpatia”.

Dopo aver percepito la preoccupazione e i sentimenti dell'altro potremo offrirgli un aiuto nel cogliere le problematiche fondamentali della sua

²⁸ BRUSCO A.-MARINELLI S., *Iniziazione e al dialogo e alla relazione di aiuto, I livello*, Il Segno dei Gabrelli, S. Pietro in Cariano (VI) 1997, p. 19.

²⁹ MORO A., *La relazione di aiuto*, in *Manuale di Pastorale Sanitaria*, Camilliane, Torino 1999, p. 224.

³⁰ MELENDO M., *Passione per la vita*, CVX, Roma 1990, p. 29.

³¹ ROGERS C., *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze 1970, p. 92.

situazione, fargli assumere le sue responsabilità, stabilire degli obiettivi e dei percorsi, possibilmente da verificare insieme. Ma anche quando non si potrà agire concretamente, il sofferente avvertirà un autentico giovamento, avendo fatto esperienza di una profonda condivisione.

UNA BREVE CONCLUSIONE

Questa mia relazione ha quale intento principale quello di farci riflettere sul problema delle varie dipendenze che assediano la vita dell'uomo del nostro tempo. Una vita sempre più segnata dall'incertezza per il futuro e tutta proiettata nel presente vede nel miraggio della tecnologia la soluzione di tutti i suoi problemi. È proprio in questo contesto che si moltiplicano forme di *dipendenze*. Quest'ultime sviluppatasi maggiormente negli ultimi anni contrassegnati da una ristagnante crisi economica e antropologica non ancora giunta al suo termine.

La Chiesa ha il dovere di aiutare la società civile a ritrovare la strada per la ricostituzione di un nuovo umanesimo, un nuovo modo cioè di far comprendere all'essere umano il senso profondo della sua esistenza liberandolo da quella "gabbia" nel quale è stato posto dalla cultura oggi dominante.

Perciò la pastorale della salute oltre a prendersi cura delle vittime delle dipendenze ha il compito di ri-orientare l'uomo verso ciò per cui la vita è veramente degna di essere vissuta. Infatti, come ha accennato Papa Francesco nell'Esortazione apostolica *Evangelii Gaudium* e nell'Enciclica *Laudato si'*, "dobbiamo recuperare la centralità delle relazioni dentro al progetto di una nuova umanità, di una ecologia integrale"³².

³² PRODI M., *Op. cit.*, p. 42.

“La pietra scartata” (Intervento con proiezione)

Dott. Alessandro ZACCURI

Scrittore, giornalista,

inviato speciale del quotidiano

“Avvenire” (Italia)



LE ARTI DEL RACCONTO, L'IMMAGINAZIONE, LA VITA

La droga come racconto, la dipendenza come una storia che proviamo a raccontarci: se faccio così starò meglio, questa volta e poi basta, non è colpa mia, sono meglio di tanti altri... La dimensione narrativa, com'è noto, sta conquistando un ruolo sempre più importante all'interno della pratica clinica, che la utilizza quale strumento attraverso il quale il paziente prende coscienza del proprio stato, fino a trovare in sé le risorse che possono guidarlo nella guarigione. Ma non occorre affrontare una malattia per comprenderlo.

Ciascuno di noi, ripensando alla propria storia personale, non può fare a meno di ammettere che questa è in primo luogo una *storia*, appunto, e che come tale può essere ripercorsa. Lo stesso insegnamento di Gesù, così come ce lo presentano i Vangeli si struttura come un racconto grandioso, articolato in parole efficaci (le parabole) non meno che in gesti eloquenti (i miracoli).

Impariamo dai racconti e attraverso i racconti insegniamo. In modo ancora più radicale, immaginiamo la nostra vita prima di viverla: pensare la realtà (e pensare noi stessi all'interno di questa realtà) nella prospettiva dell'altruismo o, all'opposto, di una spasmodica affermazione di sé ci porterà, per esempio, ad assumere comportamenti coerenti con queste premesse. Come in ogni trama ben congegnata, sono sempre possibili colpi di scena e perfino contraddizioni, ma in linea di massima l'immaginazione rappresenta per ciascuno di noi una guida costante. Anche chi è persuaso di essere un realista assoluto non sta facendo altro che adeguarsi a un racconto del mondo.

Questo non significa che le storie di cui veniamo a conoscenza determinino in modo meccanico il nostro comportamento. Al contrario, la lettura di un romanzo o la visione di un film possono metterci in contatto con

elementi rimossi, se non addirittura con pulsione nascoste, permettendoci di rielaborarle e superarle. È la funzione della catarsi nella tragedia greca, è il motivo per cui non tutte le lettrici di *Madame Bovary* diventano adultere, né tutti i lettori dello *Strano caso del dottor Jekyll e del signor Hyde* si rinchiodono in un laboratorio a trangugiare pozioni.

STORIA E PREISTORIA DELLE DIPENDENZE

La novella di Robert Luis Stevenson (1866) ci riporta al nostro argomento principale, anticipando uno dei temi che più caratterizzano il panorama narrativo di questi anni: il consumo delle cosiddette *smart drugs*, le sostanze psicoattive che potenziano le prestazioni individuali e, potenziandole, inducono dipendenza. Con lo scellerato esperimento del dottor Jekyll siamo sull'estremo limite dell'Ottocento, il secolo nel quale, attraverso le *Confessioni di un mangiatore d'oppio* di Thomas de Quincey (1821) e i versi di Charles Baudelaire sull'hashish, l'assunzione di droghe acquisisce cittadinanza letteraria. Ma non possiamo dimenticare come già in età classica Euripide ci consegni nelle *Baccanti* (405 a.C.) una descrizione minuziosa dell'invasamento indotto dall'assunzione di principi psicotropi. *Dio di illusioni* (1992), il romanzo d'esordio della scrittrice americana Donna Tartt, è molto convincente nello stabilire una connessione tra questa preistoria dell'esaltazione autoindotta e l'atteggiamento libertario delle controculture novecentesche, in una sostanziale linea di continuità (a volte evidente e dichiarata, più spesso latente e nascosta) tra l'antichità e gli scritti di Aldous Huxley, di Jack Kerouac, di Allen Ginsberg e di William Burroughs, per citare soltanto i nomi più noti di una costellazione molto complessa e frastagliata.

Con una generalizzazione abbastanza schematica, ma non del tutto imprecisa, potremmo sostenere che, fino a un certo punto, la letteratura si fa carico di una visione tendenzialmente ottimistica del consumo di droghe, nel segno di quella paradossale rivelazione lisergica di cui danno conto, in campo poetico, molte pagine di Henri Michaux, cantore della lucidità visionaria che scaturisce dall'assunzione di mescalina. Il cinema, almeno fino agli Sessanta del secolo scorso, si è dimostrato più prudente. Film come *L'uomo dal braccio d'oro* di Otto Preminger (1955, dal romanzo di Nelson Algren) o *I giorni del vino e delle rose* di Blake Edwards (1962, dal dramma di J.P. Miller) propongono un'immagine drammatica e niente affatto rassicurante della tossicodipendenza e dell'alcolismo, ribadendo uno stigma sociale che in questa fase appare ancora largamente condiviso. Tra denuncia e condanna, questo processo giunge a compimento con *Noi, i ragazzi dello Zoo di Berlino* di Uli Edel (1981), che

traduce in immagini lo sconvolgente memoriale autobiografico della giovane eroinomane Christiane F. Si tratta, probabilmente, del documento che meglio di ogni altro rappresenta la visione della dipendenza come marginalità. Come pietra scartata, appunto.

L'ESTETICA DEL REHAB

Una svolta significativa arriva, grosso modo, con il cambio di millennio e non è prodotta direttamente dalle arti del racconto più tradizionali (la letteratura e il cinema, alle quali si stanno affiancando le prime serie televisive di nuova generazione), ma da una forma più diffusa e spontanea di narrazione: i periodici popolari, i programmi televisivi dedicati alla vita e alle sventure delle celebrità, i siti internet votati al pettegolezzo e al retroscena. Non sarà arte, ma è racconto anche questo, e un racconto pervasivo e incessante, una specie di rumore di fondo capace di penetrare nella mentalità corrente in modo molto efficace e insinuante. Caduta la barriera della finzione, che comporta un negoziato continuo fra realtà e rappresentazione, la pretesa di mostrare “le cose come stanno” finisce per produrre una legittimazione pressoché indiscutibile, tanto più insidiosa quanto meno risulta argomentata. La potenza del racconto, che suscita modelli e invita all'emulazione, si dispiega in modo incontrollato e ambiguo. Saltano le mediazioni e con esse viene meno il principio di responsabilità su cui dovrebbe poggiare l'autorevolezza del narratore. Si sente ripetere sempre più spesso che “stiamo solo raccontando una storia”, come se una storia valesse l'altra. Meglio ancora, come se ogni storia (ogni favola) non comportasse una morale.

In questo senso l'estetica del *rehab* svolge una funzione determinante. Il ricovero temporaneo in un centro di disintossicazione e riabilitazione sembra diventare un passaggio obbligato per le star dello spettacolo, in un andirivieni tra dipendenza e sobrietà spesso compiuto a favore di telecamera. L'esito tragico di molte di queste vicende assolve solo in parte il compito di dissuasione. La morte di Michael Jackson nel 2009 e di Amy Winehouse nel 2011 assumono semmai una connotazione epica, contribuendo a consolidare la fama già leggendaria degli artisti. Non per niente, uno degli eroi di questi anni è il “dottor House”, protagonista dell'omonima serie televisiva (2004-2012): un medico abilissimo nel formulare diagnosi, benché sia – o forse perché è – dipendente dall'assunzione di antidolorifici. Del resto, in almeno una delle rivisitazioni contemporanee della figura di Sherlock Holmes (si tratta, anche in questo caso, di una serie tv: *Elementary*, in onda dal 2012) la tossicodipendenza dell'investigatore assume un indiscutibile rilievo narrativo, come già avveniva in un

romanzo di qualche decennio fa, *La soluzione sette per cento* di Nicholas Meyer (1974), dove Holmes cercava l'aiuto di un medico viennese, il dottor Sigmund Freud, per recedere dal consumo abituale di cocaina.

L'INFERNALE PARADISO DELLE SMART DRUGS

Diretto nel 2011 da Neil Burger, *Limitless* è un film che gode di una notorietà non straordinaria, ma straordinariamente duratura. Segno, probabilmente, dell'importanza che il tema affrontato riveste nella cultura dei nostri anni: nel modo in cui le persone immaginano e provano a realizzare la propria vita. Sotto il profilo formale, *Limitless* costituisce un esempio pressoché perfetto di circolarità mediatica: è tratto da un romanzo di Alan Glynn (*Territori oscuri*, 2001) e ha a sua volta generato una serie televisiva, di cui è stata realizzata una sola stagione tra il 2015 e il 2016. Questo significa che esiste nel mondo una comunità, non sappiamo quanto estesa, che in qualche misura si identifica o comunque si confronta con Eddie Morra, lo scrittore in disastrosa crisi creativa ed esistenziale che, all'inizio del film, assume in modo abbastanza casuale una pasticca di NZT-48. Non una droga, almeno formalmente, ma un farmaco sperimentale dalle proprietà sbalorditive. Finché dura l'effetto, Eddie (interpretato dall'attore Bradley Cooper) gode di un vigore fisico e mentale mai provato in precedenza. È rapido nel ragionamento, intuitivo nelle conclusioni, seducente e resistente alla fatica. La violenza del *crash*, però, è altrettanto vistosa. La dipendenza dalla sostanza che permette di vivere “senza limiti” è immediata. Da qui in poi il racconto segue Eddie nei suoi tentativi di procurarsi scorte costanti NZT-48, anche attraverso un duello sempre più serrato con Carl Van Loon (Robert De Niro), un magnate della finanza che intende prendere il controllo della società produttrice del farmaco. Alla fine avrà la meglio Eddie, che non solo ha ormai assimilato in sé il principio attivo della portentosa *smart drugs*, ma è anche riuscito a perfezionarne la formula in modo da cancellarne gli effetti collaterali.

Molto più problematica, fin dal titolo, è una serie televisiva del 2018, *Maniac*, scritta da Patrick Somerville per la regia di Cary Joji Fukunaga. Rielaborazione dell'omonimo precedente norvegese, anche in questo caso il racconto si incentra sulla sperimentazione di una nuova famiglia di farmaci nootropi. Tre pillole per l'esattezza, contraddistinte dalla prime lettere dell'alfabeto. Verso una di esse, la A, ha già contratto dipendenza Anne (l'attrice Emma Stone), una giovane donna affetta da un disturbo della personalità che accetta di aderire al protocollo con l'obiettivo di evitare crisi di astinenza. Nel corso della somministrazione delle pillole B e C, però, Anne stabilisce una sorta di contatto telepatico con un altro

soggetto, Owen (interpretato da Jonah Hill), che è in cerca di una cura per la schizofrenia che gli è stata diagnosticata. Sotto l'effetto dei medicinali i due vivono esperienze di sogno vigile, che li conducono in situazioni molto lontane l'una dall'altra per collocazione temporale e geografica. Ogni situazione comporta una nuova modulazione del rapporto fra Anne e Owen, che di volta in volta si trovano a essere moglie e marito oppure una coppia di prestigiatori oppure ancora gli eroi di un'improbabile fiaba fantastica. Il filo delle loro allucinazioni condivise si intreccia con sempre maggior complessità a quello che accade nel laboratorio in cui si svolgono gli esperimenti, costringendo lo spettatore a interrogarsi su quale sia la vera natura dell'impresa nella quale Anne e Owen sono coinvolti: trovare la panacea per ogni tipo di disagio mentale o esercitare un'estrema forma di controllo? E siamo sicuri, nel caso, che la vera cura possa essere patrocinata da un dispositivo esterno e non costruita grazie alla relazione con un altro essere umano?

SYMPATHY FOR THE DEVIL

È una celebre e molto controversa canzone dei Rolling Stones: porta la data, di per sé emblematica, del 1968 e presenta una vertiginosa sintesi della storia umana a opera del diavolo, dalla crocifissione di Cristo all'assassinio dei fratelli Kennedy. In questa sede non ci importa analizzare significato e intenzioni del brano, quanto piuttosto prenderne a prestito il titolo per provare a descrivere un'altra tendenza molto presente nel racconto dei nostri anni: quella per cui, pur riconoscendo la negatività dei comportamenti di un personaggio, siamo in qualche misura indotti a simpatizzare per lui. Questo accade perché, il più delle volte, il diavolo si presenta anzitutto come un povero diavolo. È il caso di Walter White, il protagonista della serie televisiva *Breaking Bad*, ideata da Vince Gillian e trasmessa con grande successo tra il 2008 e il 2013. Impersonato da Bryan Cranston, White è un uomo che dovrebbe apparirci immacolato come il cognome che porta. Insegna chimica in un liceo di Albuquerque, in New Mexico, ma per fare fronte alle esigenze economiche della famiglia (a un figlio gravemente disabile sta per aggiungersi la bambina di cui la moglie è incinta) svolge un secondo impiego così modesto da risultare umiliante. Questa mitezza perfino eccessiva, da vittima sacrificale, si incrina quando Walter scopre di avere un cancro in fase ormai incurabile. Nel momento in cui tutto sembra perduto, l'incontro con un ex allievo, divenuto nel frattempo spacciatore di metanfetamine, gli fa scoprire il mercato delle droghe sintetiche, nel quale il professore entra in modo dapprima marginale, producendo cristalli di Mdma di straordinaria

purezza, e poi con sempre maggior convinzione e violenza, arrivando a contendersi il primato per lo spaccio.

Il crescendo degli avvenimenti va di pari passo con la complessità dei dilemmi morali che la serie suscita nello spettatore, in un sovrapporsi di istanze che fanno di *Breaking Bad* uno dei racconti più interessanti e inquietanti degli ultimi anni. Nello stesso tempo, non andrà taciuto il fatto che la fortuna della trasmissione ha portato allo sviluppo, sia pure temporaneo, di un flusso turistico al quale la città di Albuquerque si è adeguata proponendo, tra l'altro, dolciumi dall'aspetto del tutto simile a quello delle anfetamine. Un processo di banalizzazione e, in ultima istanza di accettazione, che ha un omologo italiano nella trilogia cinematografica *Smetto quando voglio* (2014-2017, sempre per la regia di Sydney Sibilla). Lo spunto è molto vicino a quello di *Breaking Bad*, ma declinato in forma deliberatamente comica: un gruppo di precari universitari, stanchi di sbarcare il lunario con lavoretti sottopagati, sfrutta un vuoto legislativo per far circolare una sostanza psicotropa sintetizzata per l'occasione, arricchendosi con sbalorditiva rapidità e cacciandosi in guai sempre più paradossali.

LE COSE COME STANNO

Con le droghe si può scherzare, dunque? La dipendenza può essere affrontata con ironia? Così sembrerebbe, almeno stando a una parte non trascurabile dell'immaginario contemporaneo, che guarda al fenomeno da una prospettiva non priva di ambiguità. Ma anche se non è più pietra d'inciampo per la mentalità corrente, l'esperienza di cui danno conto i film e le serie televisive di cui ci siamo occupati continua comunque a rivestire un'indubbia drammaticità. Chi la affronta rimane pietra scartata, patisce una marginalità che non è meno dolorosa per il fatto di subire oggi una condanna sociale meno esplicita. Illuminante, in questo senso, la testimonianza di un poeta romano, Daniele Mencarelli, che nel romanzo autobiografico *La casa degli sguardi* (2018) ha voluto raccontare senza infingimenti il proprio percorso dall'alcolismo alla sobrietà. Il teatro di questa redenzione è, non casualmente, uno dei luoghi deputati alla sofferenza, l'ospedale (nella fattispecie, il Bambin Gesù di Roma), nel quale Mencarelli è entrato indossando la tenuta di un addetto alle pulizie ma senza rinunciare alla sua profondità interiore. Le sue parole sono un monito, non un congedo. E il suo libro, forse, è uno dei pochi racconti contemporanei che ci mostra veramente "le cose come stanno":

Mentre torno dai miei compagni di squadra arriva preciso, sussurrato nelle orecchie: si potrebbe festeggiare con un brindisi, un bicchiere di bianco, uno solo, giusto per aumentare l'allegria.

All'invito del male neanche rispondo. Non so cosa s'inventerà in futuro, per ora i suoi tentativi mi paiono tristi, patetici.

Devo chiamare mia madre e mio padre, dirgli che è andata come meglio non si poteva immaginare.

Mi piacerebbe inventare una parola nuova, dal suono meraviglioso, un lessema che contenga mille sentimenti, dalla gratitudine alla necessità continua di chiedergli perdono per questi ultimi anni. Ma non sono le parole che mancano, quelle mai sono mancate, quel che serve a mia madre e mio padre è la consuetudine della normalità, il ritorno a un'esistenza degna di questo nome, senza dover trascorrere ogni notte scesa sulla Terra con il respiro tranciato dalle preoccupazioni per un figlio disperso chissà dove. Sì. Il mio perdono non potrà risolversi nelle parole, per quanto belle e precise, ma sarà nel trascorrere degli anni, sino al giorno, se mai arriverà, in cui tutto sarà un ricordo lontano, comunque doloroso, ma sepolto.



Prevention as an Educational Dimension

Mr. C. C. JOSEPH

Director, Fourth Wave Foundation (India)



The underpinning philosophy for this discussion would be “ Education is what you remember after you forget what they taught you in class”

My presentation will have two parts, the first would be the Philosophy of Education we believe in and second part would be what we actually do on the ground.

Before getting into that, we take a few seconds to understand what the Fourth Wave Foundation's. History has been divided into three waves by Alvin Toffler, first being the green revolution, then the industrial revolution and finally the technological revolution. For us, the Fourth Wave is a revolution within an individual that will help him/her use the other three waves more responsibly.

Let me share something that happened between Sherlock Holmes and Dr Watson. Sherlock Holmes and Dr. Watson decide to go on a camping trip. After dinner and a bottle of wine, they lay down for the night, and go to sleep.

Some hours later, Holmes awoke and nudged his faithful friend.

“Watson, look up at the sky and tell me what you see.”

Watson replied, “I see millions of stars.”

“What does that tell you?”

Watson pondered for a minute.

“Astronomically, it tells me that there are millions of galaxies and potentially billions of planets.”

“Astrologically, I observe that Saturn is in Leo.”

“Horologically, I deduce that the time is approximately a quarter past three.”

“Theologically, I can see that God is all powerful and that we are small and insignificant.”

“Meteorologically, I suspect that we will have a beautiful day tomorrow.”

“What does it tell you, Holmes?”

Holmes was silent for a minute, then spoke: “Watson, you idiot. Someone has stolen our tent!”

Very often we forget to see what is actually happening and we tend to diverge into various interpretations. These interpretations in themselves are not wrong, but could it be that we are missing the main point... the fact that our tents are stolen. Today if you ask any teacher what it is that they are teaching, you can be sure most of them will name the subject or papers they teach, but we forget the fact that we are not teaching, subjects we are teaching students.

We realize that when we start teaching students there is a complete paradigm shift in the way we approach. Almost everything becomes student centric and more than just learning; the holistic development of the children becomes important. What is equally important is to create memories, create teachable moments, teach them for life not for exams or certifications.

Pope Francis said, “it is clear that, in many instances, these forms of addiction are not the consequence of people succumbing to vice, but rather an effect of the dynamics of exclusion” (Instrumentum Laboris -Youth people, the Faith and Vocational Discernment Para 50)

At Fourth Wave Foundations, Project VENDA, (VENDA is the vernacular for NO), our primary focus is to empower Children to say NO to the menace of drugs that’s eating at the core of their future.

At Fourth Wave Foundation we believe in a multi stakeholder approach in addressing issues. Project VENDA works at various levels. We have multiple stakeholders interventions, media, teachers, students, parents, healthcare professionals, government and community at large. Since the scope of this discussion is limited to Education, I will highlight the approach we take in schools working with teens and young adults.

Project Venda’s Philosophy - A community is where a child grows and we as adults need to be held accountable if our children do not gain es-

sential knowledge regarding their wellbeing and cannot articulate a value position.

Drug prevention education is the best weapon to combat the menace of drugs. By teaching schoolchildren how to keep away from drugs and avoidance skills, they can be shielded against dangerous and life-changing drugs. Life-skills based drug prevention education is a holistic approach for the development of values, skills and knowledge, which assists young people to protect themselves and others in a range of risk situations. Life-Skills based education aims to include the promotion of responsible behaviour, self-confidence, resistance to abuse. This includes skills for building self-esteem, setting realistic goals, coping with anxiety, resisting pressures, communicating effectively, making decisions, managing conflict and dealing assertively with social situations in which drugs may be offered.

The children we work with are either affected by or addicted to substances or a lifestyle that leave them at risk of being exposed to it. The primary reasons are peer pressure, experimentation, exclusion, non-performance, neglect, expectations, poverty and misguidance.

Project Venda has various interventions like classroom trainings, community interventions, teacher and schools management trainings, parenting workshops, S.A.F.E. (Substance Abuse Free Environment) Audits, off school interventions like enabling children to explore/ identify/ focus on alternative pursuits, like sports, music, theater, art, dance, cooking etc . We also work on early skill building for employment. In a nutshell, we work with children at high risk and handhold them till they find a way to steer clear from substance abuse. Prevention, Harm reduction, Treatment and Mainstreaming into society are all part of our focus.

A school centric approach is one of the best ways to get inroads into parents, teachers, and community at large. That is why we believe that Education plays a very crucial role in keeping our children safe. Our S.A.F.E. programs target various stakeholders who work and live with children to enable them to understand the child centric approach, to helping them steer clear of substance abuse.

S.A.F.E. (Substance Abuse Free Environment) Trainings are modules that we have developed in line with UNODC and are customized for addressing the socio economic realities.

Part of the mission of Venda is to also educate and equip parents. Parents have a very important role as primary educators; therefore, the

project becomes more effective when working in partnership with parents. Partnerships with parents and community help to integrate consistent and relevant messages into the home and the community, improving student health of mind and body. Programmes that are implemented and initiated in consultation with parents are not only more successful, but also empower parents. Parents often have difficulties discussing drug issues with their children, yet they can be the most trusted and preferred source of information on health issues for young people. Venda will assist parents by providing them with information on drug issues as a group. Venda works to initiate schools to work in partnerships with parents to remove some of the anxiety. Further, such programmes have the potential to provide parents with skills and knowledge to broach and discuss the topic of drugs with their children. Parents are also important because families are a primary source of socialization and because parental opinion can either reinforce or countermand the messages of education that Venda will disseminate for drug abuse prevention programmes. The easiest access to parents is through the schools.

In Homer's epic 'Odyssey', there is this story about lotus-eaters who lived in a drugged, indolent state from feeding on the lotus, a narcotic. The story relates how even battle-hardened soldiers were reduced to lazy children at the mere taste of this flower. The hero of the Trojan War, Odysseus had a tough time getting his men back on the ship. They had to be chained to their seats. It took days before those men did anything but cry for the taste of their lotus flowers, the flowers that 'tasted just like honey on a warm, summers' day'. Zoom in to the present. Replace the lotus with methamphetamine, ecstasy, cannabis, marijuana and heroin and you have another war being fought keenly very much at our doorstep, namely drug abuse/addiction and drug trafficking. Drugs which benefit mankind when administered in the appropriate way turn demonic and wreck people's lives if abused. Drug abuse sucks money, time, health, family and even friends. It is virtually a Pandora's Box. As in the story of lotus eaters, we need Odysseuses to drag the erring away from drugs to a safer future. And the surest way is prevention and education. After all, it's our life, our children's life, our community. There should be no place for drugs here.

Like they say in the old proverb, if it's the responsibility of the whole village to raise a Child then in the modern context it's the responsibility of the community to keep children SAFE.

El papel de la familia y la escuela

Prof. José Ramón FERNÁNDEZ HERMIDA

Profesor de Psicología

Universidad de Oviedo (España)



Para comprender la importancia del papel de la familia y la escuela en las adicciones, es importante aclarar primero cuál es la naturaleza de las adicciones. El concepto de adicción está sujeto ahora mismo a una fuerte controversia, en la que por un lado se sitúan los que creen que las adicciones son enfermedades, y más concretamente enfermedades cerebrales crónicas (Leshner, 1997), tal y como propone, por ejemplo, el NIDA (National Institute on Drug Abuse de USA) y, por otro, se encuentran los que opinamos que las adicciones son patrones de comportamiento, estructurados en forma de hábitos más o menos complejos, que han sido adquiridos a lo largo del desarrollo de la persona (Becoña, 2016; Hall, Carter, & Forlini, 2015; Heather, 2017; Heather et al., 2018; Pedrero-Pérez, 2015).

La primera perspectiva, ve el comportamiento adictivo como una consecuencia no voluntaria de la supuesta alteración cerebral subyacente, que a su vez viene indefectiblemente vinculada al contacto reiterado con la sustancia, en el caso de las adicciones a drogas, o la actividad, en el caso de las adicciones conductuales (Volkow, Koob, & McLellan, 2016). Este modelo pone el foco en las modificaciones cerebrales que se van produciendo en la medida que se avanza en el proceso adictivo, y en los correlatos comportamentales que las acompañan, mientras que se pierden de vista las ideas de persona, contexto y significado.

La segunda perspectiva ve el comportamiento adictivo como conducta aprendida a través de la interacción del individuo con el contexto en donde se desarrolla. Este modelo no excluye la investigación sobre la neurobiología subyacente, pero la interpreta como una expresión de la capacidad plástica cerebral, y no como una patología subyacente (Lewis, 2017). Ve más al cerebro como una variable dependiente que independiente. El foco de su estudio se centra en las complejas interacciones entre la persona y los contextos macro y microsociales en los que se desarrolla, estando entre estos últimos la familia y la escuela.

La visión del comportamiento adictivo como conducta aprendida subraya la importancia del medio en donde se desarrolla la persona que presenta una conducta adictiva. Es un lugar común el reconocimiento de que tanto la familia como la escuela son entornos esenciales para el desarrollo humano. Hay otros elementos sociales relevantes, tales como las reglas y normas, el estatus socio-económico, los factores socioculturales que influyen en los valores del individuo, la influencia del contexto social cercano (ciudad, pueblo, barrio) y otros. Sin embargo, estos factores suelen estar sometidos a la influencia moderadora de la familia y la escuela (Eddy, Martínez, Metzler, & Heyman, 2014).

La importancia relativa de la influencia de la familia y la escuela está ligada al momento evolutivo del desarrollo de la persona, con efectos que tienen gran importancia tanto en el desarrollo de su salud, sea física o psicológica, como en la construcción de sus actitudes, conocimientos y habilidades. En este sentido, se asegura que la influencia familiar es mucho mayor en la infancia, y decrece con la llegada de la preadolescencia, momento en el que crece la influencia de los iguales y del entorno escolar (Williams-Washington, Melon, & Blau, 2008). Esta visión es concordante con el proceso de individualización que se da en la adolescencia, pero no debería llevar a sobre-simplificar las complejas interacciones que se dan entre los diversos contextos de influencia. Así, por ejemplo, las familias siguen teniendo una gran influencia sobre los adolescentes, seleccionando y condicionando el centro escolar, supervisando la actividad extraescolar, limitando los recursos económicos disponibles o moderando la influencia de los iguales. Todas estas acciones operan sobre la forma en la que el centro escolar y los iguales influyen, de la misma forma que los centros escolares, tanto en su vertiente académica como mediante la interacción con los iguales, potencia el proceso de construcción del individuo y de independencia frente a la familia.

Siendo tan importantes estos contextos, no resulta extraño que desde el primer momento la prevención primaria de las conductas adictivas haya intentado ejercer su influencia mediante la acción sobre la familia y la escuela.

El papel que la familia desarrolla en la evolución y desarrollo de la persona empieza en momentos muy tempranos. Ya en la etapa prenatal, la exposición a tóxicos puede tener una influencia determinante para el desarrollo cerebral del feto y posterior desempeño psicológico del niño. Continúa con los cuidados perinatales, donde la psicopatología parental, pueden influir en la evolución de los cuidados y el desarrollo del recién nacido, como sucede con los cada vez más estudiados trastornos afectivos perinatales en las madres.

De forma resumida, el papel de la familia se desarrolla en dos frentes. Por un lado, se encontraría la provisión de los medios materiales necesarios para que se pueda producir un desarrollo normal. Los padres son actores clave, aunque no únicos, para garantizar las condiciones necesarias de abrigo y alimento que son imprescindibles para que el organismo se desarrolle. Por otro lado, la familia aporta el contexto de interacción humana inicial y primario que permite el normal despliegue de nuestro potencial cognitivo y de aprendizaje, emocional y social (Williams-Washington et al., 2008). Este doble papel es de extrema importancia sobre las condiciones materiales y psicológicas que son nucleares para el desarrollo de la conducta humana. A su vez, la calidad de este desarrollo es esencial para afrontar con éxito la exposición de los jóvenes a las drogas.

Hay investigaciones que apoyan este punto de vista. En los primeros años de vida, la atención de los padres, proporcionando cuidados y respuesta a las necesidades del niño parecen esenciales para conformar un desarrollo físico y psicológico saludables. La presencia de negligencia o abuso en la crianza (Oshri, Carlson, Kwon, Zeichner, & Wickrama, 2017) y la falta de desarrollo de apego o vínculo emocional (Fairbairn et al., 2018) con los padres produce consecuencias múltiples, que en último lugar podrán llevar al desarrollo de conductas de riesgo más adelante, como el consumo de drogas. Las cadenas causales que llevan de las causas a los efectos, a menudo muy separados en el tiempo, son complejas, pero la covariación está bien documentada. La presencia de las carencias parentales incrementa el riesgo de que se presente la conducta de consumo de drogas y que sea de mayor gravedad, tanto en la adolescencia como en la edad adulta.

La forma en la que se relacionan los padres con los hijos es lo que se denomina estilo educativo. Se ha afirmado que el estilo educativo es un factor de protección de importancia frente al uso de sustancias en los jóvenes (Becoña, Martínez, Calafat, Juan, Duch, et al., 2012; Becoña, Martínez, Calafat, Juan, Fernández Hermida, et al., 2012; Calafat, García, Juan, Becoña Iglesias, & Fernandez Hermida, 2014), en la medida en que es capaz de “construir” resiliencia frente al riesgo. Los estilos parentales pueden clasificarse en cuatro tipologías a partir de dos dimensiones ortogonales, o independientes. La primera dimensión es la “responsividad” (responsiveness) que hace referencia a la calidez y disposición a la aceptación e implicación en la interacción, y la segunda dimensión es el “control” (demandingness) que apunta a la exigencia, rectitud y capacidad de imposición. De la combinación de ambas surgen cuatro estilos parentales que se denominan autoritativo, autoritario, indulgente y negligente,

dependiendo de si presentan o no calidez y control. La investigación ha arrojado cierta variación en la importancia del factor control sobre el riesgo del consumo de sustancias, aunque ha confirmado consistentemente la relevancia del factor de responsividad. Este dato es consistente con los trabajos que apuntan a la importancia del apego que se mencionaron previamente. Lo que parece señalar la importancia del afecto percibido en la influencia parental.

El estilo educativo parental construye tres de los principales factores de protección (K. L. Kumpfer & Alvarado, 2003) frente al consumo de sustancias. Estos factores son la existencia de unas relaciones positivas entre padres e hijos, la presencia de una monitorización y supervisión adecuadas y el uso de un método de disciplina positivo. El cuarto factor protector se refiere a la comunicación de valores y expectativas prosociales y constructoras de salud a los hijos por parte de los padres. La acción de este factor protector puede explicar la influencia positiva de la religiosidad en el consumo de sustancias, bien por su acción directa, bien de forma indirecta a través del estilo educativo parental (Casey et al., 2011; Farmer, Sinha, & Gill, 2008; Rezende-Pinto, Moreira-Almeida, Ribeiro, Laranjeira, & Vallada, 2018).

La familia también puede ser un medio en el que el conflicto familiar, la exposición al estrés intrafamiliar (Fairbairn et al., 2018), a conductas de consumo de los padres, o la manifestación de actitudes favorables hacia el uso de drogas (Ritter, Stewart, Bernet, Coe, & Brown, 2002), favorece más que protege el consumo de sustancias. Cuando están presentes estos factores de riesgo se reduce la influencia familiar positiva, bien de forma directa, a través del aprendizaje vicario y la imitación de modelos, bien de forma indirecta, ya que los padres en situaciones de conflicto o de estrés intrafamiliar pueden ser menos eficaces a la hora de implicarse en las tareas educativas. En esas condiciones, el contacto padres-hijos se reduce, bien porque los hijos evitan un medio familiar que se ha vuelto aversivo, bien porque los padres dedican más esfuerzo a las fuentes del estrés que a sus obligaciones educativas. En consecuencia, no es extraño que se encuentren estilos más autoritarios o negligentes, que son menos eficaces en la enseñanza de habilidades sociales y académicas, y en la transmisión de conductas o valores prosociales. Ese menor tiempo dedicado supone normalmente también una supervisión ineficaz, lo que puede llevar a un control excesivo o a una disciplina laxa e inconsistente, con una mayor frecuencia de conductas de abuso. Las consecuencias en todos estos casos es una mayor probabilidad de que los jóvenes presenten más problemas psicológicos tanto externalizantes (como el consumo

de sustancias) como internalizantes (como depresión y ansiedad (Fals-Stewart, Kelley, Fincham, Golden, & Logsdon, 2004).

La prevención parte del supuesto que la familia no está ejerciendo su rol de forma adecuada y busca cambiar las condiciones en las que ejerce su papel educativo y de crianza. Los programas preventivos abordan la reducción de los factores de riesgo y la potenciación de los de protección, que fueron mencionados anteriormente, mediante dos modelos teóricos muy generales. Por un lado, estarían los programas basados en el déficit, que parten de la premisa que la ineficacia de los padres para hacer prevención pasa por una carencia de actitudes o de habilidades y conocimiento. En este caso la solución consiste en facilitar a los padres el aprendizaje de habilidades y métodos educativos y de crianza. Por otro lado, están los programas basados en la disfunción, que postulan que la ineficacia parental resulta del patrón de relación intrafamiliar y de la familia con el entorno. Los programas buscan en este caso cambiar los patrones de relación disfuncional, de forma que la familia pueda recuperar las funciones educativas o de crianza que no ejerce adecuadamente. Estos modelos teóricos no son incompatibles entre sí, y algunos programas pueden combinar perfectamente ambas perspectivas, educadora y reparadora.

La escuela es el otro medio importante de socialización en el que se desarrolla la vida de los jóvenes. Cabe decir que la falta de escuela, en sociedades de escolarización obligatoria y donde el acceso a la escuela está garantizado, es en sí mismo un factor de riesgo. O, dicho de otra forma, la vinculación con la escuela y el éxito escolar son factores protectores. Y eso es así porque la escuela es la institución social en la que se aprenden, desarrollan y también se desempeñan comportamientos normativos y prosociales gobernados por normas implícitas y explícitas, que se pueden encontrar en oposición a las normas y valores que se aprenden en ambientes no escolarizados.

El papel de la escuela no se agota en su función de transmisión del conocimiento y en la adquisición de habilidades académicas y profesionales. Tiene también una función formativa de la individualidad, que debe atender desde una perspectiva ética mediante la transmisión de conocimientos, habilidades y, de forma muy relevante, valores que promuevan la salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, tal y como la define la Organización Mundial de la Salud. La escuela también es un espacio privilegiado para detectar y abordar los problemas familiares que afectan a los jóvenes, y que interfieren con su desarrollo y maduración.



La prevención escolar es el vehículo principal, aunque no único, a través del que cumple la función formativa. Sus objetivos son fortalecer al individuo frente a la oferta de drogas legales e ilegales mejorando su información sobre las drogas y efectos, y sobre las normas (explícitas o implícitas) asociadas a su consumo. También busca mejorar la motivación, las habilidades y destrezas necesarias para el desarrollo de hábitos saludables, desarrollar valores prosociales analizando su conexión con las diferentes conductas que se pueden adoptar, promover habilidades para resistir la presión del grupo y la competencia social en general, desarrollar las habilidades para la solución de problemas y la toma de decisiones, promover el pensamiento crítico que permita analizar los problemas más allá de las apariencias, y, por lo último, mejorar la autoestima y la auto-imagen a través de la adecuada educación afectiva.

Las estrategias que despliega la prevención escolar para conseguir estos objetivos son diversas. En primer lugar, y probablemente lo más conocido, se encuentran los programas educativos dirigidos al alumnado, tanto dentro como fuera de su curriculum normal escolar. Estos programas buscan los objetivos que se han mencionado previamente, que son aumentar el conocimiento, habilidades y destrezas del alumnado para disminuir las probabilidades de un uso no normativo o perjudicial de las sustancias, e incrementar la motivación y los recursos psicológicos del alumnado para el desarrollo de conductas saludables. En segundo lugar, se utilizan programas cuyos destinatarios únicos no son los alumnos, sino también padres y profesores. En este caso, se pretende que aumenten los conocimientos de los destinatarios sobre las drogas y sus efectos, informar sobre los determinantes y causas del consumo, aumentar sus habilidades para el establecimiento de límites y normas, e imposición de la disciplina, así como desarrollar sus habilidades educativas encaminadas a promover valores prosociales, así como la autonomía y autoeficacia en el desarrollo de las conductas saludables por parte de los jóvenes. En tercer lugar, se encontrarían las estrategias ambientales y comunitarias que tienen como objetivo establecer entornos escolares seguros y coherentes con los objetivos que desean alcanzar, y promover alianzas entre todos los miembros de la comunidad educativa (alumnos, directivos, padres, profesores y comunidad) para el logro de los objetivos a través de la planificación y la aplicación de los programas.

Los programas de prevención escolar y familiar tienen un éxito discreto. En una revisión sistemática de los programas de prevención escolar universal dirigidos a reducir el consumo de alcohol en jóvenes se sugiere que hay algunos programas, con componentes de tipo psicosocial y

sensibles a la etapa evolutiva de los jóvenes, que parecen ser moderadamente efectivos (Foxcroft & Tsertsvadze, 2012). En otra revisión, los programas escolares basados en la mejora de la competencia social, que además mejoraban tanto la conciencia como la resistencia a la influencia social, mostraron una moderada efectividad en la prevención del uso de drogas ilegales (Faggiano, Minozzi, Versino, & Buscemi, 2014). Por último, en una revisión sistemática de programas que combinan intervención en los estudiantes y en sus padres, los resultados parecen indicar también resultados positivos moderados, superiores a las intervenciones escolares o familiares realizadas por separado, con efectos que, en algún caso, duraron más allá de los seis años (Newton et al., 2017).

En lo que se refiere a la prevención familiar, un reciente artículo (Karol L. Kumpfer & Magalhães, 2018) que resume años de investigaciones de uno de los programas de prevención familiar más conocidos (Strengthening Family Program), construido fundamentalmente dentro del modelo del aprendizaje social, se concluye que su aplicación parece haber arrojado resultados positivos en el uso de sustancias en los jóvenes, y en otras áreas de la salud juvenil, como son la depresión y la ansiedad. Con las adaptaciones convenientes el programa parece funcionar en 36 países, aunque no ha dado los resultados esperados en todos los casos (Skärstrand, Sundell, & Andréasson, 2014). También dentro de la prevención familiar, la utilización de estrategias menos complejas como los programas de formación de padres con hijos adolescentes parecen ser generalmente efectivas sin relación con el género, edad, raza o etnia del adolescente, tal como se pudo observar en una reciente revisión (García-Huidobro, Doty, Davis, Borowsky, & Allen, 2018).

En todas estas revisiones, los resultados son variables a través de los distintos trabajos que entran en los análisis, sin que se conozcan siempre las razones de tal variabilidad, dada la extrema complejidad que entraña el control de las múltiples variables que tienen influencia en el éxito de estas intervenciones. Los programas de prevención, como toda intervención psicológica, se encuentran dentro de un marco cultural y de valores que condiciona su viabilidad y éxito.

Hay datos del Observatorio Europeo de la Droga (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2017) que indican que la implantación de los programas escolares es muy desigual. Algunos desarrollos normativos están muy extendidos como la prohibición de fumar en las escuelas, pero el uso de programas de prevención que buscan aumentar las competencias personales y sociales es más escaso. Aun así, las fuentes de información del informe parecen ser los estados miembros.

En un estudio local realizado por la Unidad de Investigación sobre Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo, con evaluación “in situ”, visitando los centros escolares, el uso de programas de prevención fue aún anecdótico o asistemático. Conviene subrayar esta realidad, ya que es necesario señalar que los estudios de efectividad conocidos presentan una notable limitación, ya que es una efectividad conocida mayoritariamente a través de investigaciones pilotadas por académicos, y no son evaluaciones de resultados que se obtengan a partir de aplicaciones sistemáticas y continuadas en el medio escolar.

En mi opinión, la prevención debe superar dos importantes limitaciones. Por el lado de la prevención escolar, hay una cierta resistencia de la escuela a asumir más responsabilidades formativas que vayan más allá de los conocimientos y habilidades académicas. Por el lado de la prevención familiar, existe una clara dificultad para abordar la problemática familiar antes de que genere problemas visibles tanto dentro como fuera de la escuela. La focalización sobre los resultados académicos y la parcelación de las responsabilidades escolares por asignaturas, materias o competencias puede llevar a que la institución escolar y el profesorado pierdan de vista su responsabilidad en la formación integral de los alumnos. Los valores, actitudes y comportamientos que comprometen la salud física y psicológica de los individuos deberían ser abordados, dentro del entorno escolar, con la adecuada planificación y con responsables perfectamente delimitados, que tengan como cometido poner en marcha programas de prevención universales, selectivos e indicados para promover la salud y reducir los problemas asociados a la exposición a las sustancias. Esos responsables, además, deberían lidiar con los graves problemas que presenta la prevención familiar. La escuela, en los países de educación obligatoria, es un marco de gran valor para la detección de los problemas en el desarrollo de los jóvenes con un funcionamiento familiar disfuncional. Sin embargo, el mayor problema de la prevención familiar es la continuada dificultad para atraer a las familias que más lo necesitan para que participen en las actividades de prevención. Este es un problema insoluble si no se dedican recursos personales y materiales para resolverlo.

REFERENCES

- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37, 118-125.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Duch, M., & Fernández Hermida, J. R. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de

los hijos? Una revisión. *Adicciones*, 24(3), 253-266.

Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Fernández Hermida, J. R., & Secades Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: A review. *Drugs: education, prevention and policy*, 19(1), 1-10.

Calafat, A., García, F., Juan, M., Becoña Iglesias, E., & Fernandez Hermida, J. R. (2014). Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. *Drug and alcohol dependence*, 138, 185-192.

Casey, D. M., Williams, R. J., Mossière, A. M., Schopflocher, D. P., el-Guebaly, N., Hodgins, D. C., . . . Wood, R. T. (2011). The role of family, religiosity, and behavior in adolescent gambling. *Journal of adolescence*, 34(5), 841-851.

Eddy, J. M., Martínez, C. R., Metzler, C. W., & Heyman, R. E. (2014). Family. In Z. Sloboda & H. Petras (Eds.), *Defining Prevention Science*. New York: Springer.

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. (2017). *Health and social responses to drug problems. A European Guide*. Luxembourg: Publications Ofce of the European Union.

Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database Syst Rev*(12), CD003020. doi:10.1002/14651858.CD003020.pub3

Fairbairn, C. E., Briley, D. A., Kang, D., Fraley, R. C., Hankin, B. L., & Ariss, T. (2018). A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security. *Psychological bulletin*, 144(5), 532-555. doi:10.1037/bul0000141

Fals-Stewart, W., Kelley, M. L., Fincham, F. D., Golden, J., & Logsdon, T. (2004). Emotional and behavioral problems of children living with drug-abusing fathers: comparisons with children living with alcohol-abusing and non-substance-abusing fathers. *J Fam Psychol*, 18(2), 319-330. doi:10.1037/0893-3200.18.2.319

Farmer, A. Y., Sinha, J., & Gill, E. (2008). The effects of family religiosity, parental limit-setting, and monitoring on adolescent substance use. *J Ethn Subst Abuse*, 7(4), 428-450. doi:10.1080/15332640802508176

Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2012). Cochrane Review: Universal school based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Evidence Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7(2), 450-575.

Garcia-Huidobro, D., Doty, J. L., Davis, L., Borowsky, I. W., & Allen, M. L. (2018). For Whom Do Parenting Interventions to Prevent Adolescent Substance Use Work? *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 19(4), 570-578. doi:10.1007/s11121-017-0853-6

Hall, W., Carter, A., & Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychi-*

atry, 2(1), 105-110. doi:10.1016/s2215-0366(14)00126-6

Heather, N. (2017). Q: Is Addiction a Brain Disease or a Moral Failing? A: Neither. *Neuroethics*, 10(1), 115-124. doi:10.1007/s12152-016-9289-0

Heather, N., Best, D., Kawalek, A., Field, M., Lewis, M., Rotgers, F., . . . Heim, D. (2018). Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. *Addiction Research & Theory*, 26(4), 249-255. doi:10.1080/16066359.2017.1399659

Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *Am Psychol*, 58(6-7), 457-465.

Kumpfer, K. L., & Magalhães, C. (2018). Strengthening Families Program: An Evidence-Based Family Intervention for Parents of High-Risk Children and Adolescents. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 27(3), 174-179. doi:10.1080/1067828X.2018.1443048

Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45-47.

Lewis, M. (2017). Addiction and the Brain: Development, Not Disease. *Neuroethics*, 10(1), 7-18. doi:10.1007/s12152-016-9293-4

Newton, N. C., Champion, K. E., Slade, T., Chapman, C., Stapinski, L., Koning, I., . . . Teesson, M. (2017). A systematic review of combined student- and parent-based programs to prevent alcohol and other drug use among adolescents. *Drug and alcohol review*, 36(3), 337-351. doi:doi:10.1111/dar.12497

Oshri, A., Carlson, M. W., Kwon, J. A., Zeichner, A., & Wickrama, K. K. (2017). Developmental growth trajectories of self-esteem in adolescence: associations with child neglect and drug use and abuse in young adulthood. *Journal of youth and adolescence*, 46(1), 151-164.

Pedrero-Pérez, E. J. (2015). ¿Qué es y qué no es la adicción? Evidencia científica disponible (Publication no. 10.13140/RG.2.1.2217.5208). Retrieved 12/03/2016, from Madrid Salud <https://www.researchgate.net/publication/282211489>

Rezende-Pinto, A., Moreira-Almeida, A., Ribeiro, M., Laranjeira, R., & Vallada, H. (2018). The effect of religiosity during childhood and adolescence on drug consumption patterns in adults addicted to crack cocaine. *BJPsych open*, 4(5), 324-331. doi:10.1192/bjo.2018.25

Ritter, J., Stewart, M., Bernet, C., Coe, M., & Brown, S. A. (2002). Effects of childhood exposure to familial alcoholism and family violence on adolescent substance use, conduct problems, and self-esteem. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 113-122. doi:doi:10.1023/A:1014803907234

Skärstrand, E., Sundell, K., & Andréasson, S. (2014). Evaluation of a Swedish version of the Strengthening Families Programme. *European Journal of Public Health*, 24(4), 578-584. doi:10.1093/eurpub/ckt146

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *The New England journal of medicine*, 374(4), 363-371. doi:10.1056/NEJMra1511480

Williams-Washington, K. N., Melon, J., & Blau, G. M. (2008). Childhood Growth and Development within a Family Context. In T. Gullota, P. & G. M. Blau (Eds.), *Family Influences on Childhood Behavior and Development*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

Ogden Thomas H., (2016) Vite non vissute. Esperienze in psicoanalisi (Traduttore: S. Boffito), Cortin.

Prevention in Contemporary Society

Dr. Immaculate NANZIRI

Senior Social Worker/Monitoring and Evaluation Officer

Youth Development Link (Uganda)



1. INTRODUCTION

The Presentation focuses on a case study of the Uganda Youth Development Link (UYDEL) and shares the best practices and interventions that UYDEL implements in the prevention work among the slum and vulnerable youths in Uganda. It also discusses the situation of drug abuse in Uganda, some of the challenges and recommendations.

2. UYDEL Background

Uganda Youth Development Link (UYDEL), is a National Non – Governmental Organization that was started in 1993 with the aim of enhancing the socio-economic transformation of disadvantaged young people aged 10 -24 years through evidence-based interventions that: advocate; create linkages to services and information; and encourage social and livelihood skills and development for self-reliance.

UYDEL has direct presence of its interventions in 8 Districts in Uganda with 7 drop-in centers in Urban slums of Kampala, 53 girls only safe spaces and a residential rehabilitation centre that accommodates 300 young people both boys and girls.

The core program areas are on child rights protection, HIV prevention among high risk groups of children and youth, alcohol and substance abuse prevention, socio-economic strengthening and income generating activities.

3. ALCOHOL AND SUBSTANCE ABUSE PREVENTION

THE SITUATION IN UGANDA

Uganda is faced with a problem of alcohol and substance abuse and according to the 2017 report of the Uganda Police, a total of 2,854 cases

were reported compared to 2,851 cases in 2016 reflecting a 0.1% increase. It further shows that a total of 2,264 suspects were arrested and charged to court, out of whom 2,132 were male adults, 78 female adults, 45 male juveniles and 09 female juveniles.

A total of Cocaine seized in that year was 67.7kgs, Cannabis Herbal 1,110.98 kgs seized, and Cannabis plants destroyed were 152 acres.

Drugs that are commonly abused in Uganda include; alcohol, marijuana, and khat (mairungi). While these are locally produced, the report also indicates an increase in the use of hard drugs such as cocaine, heroin and methamphetamines. There is also a challenge of tobacco use among children where Tobacco use in rural areas is reported to be at 8.9% higher than urban areas where it is reported to be at 4.5%.

Alcohol Industry Targeting Children

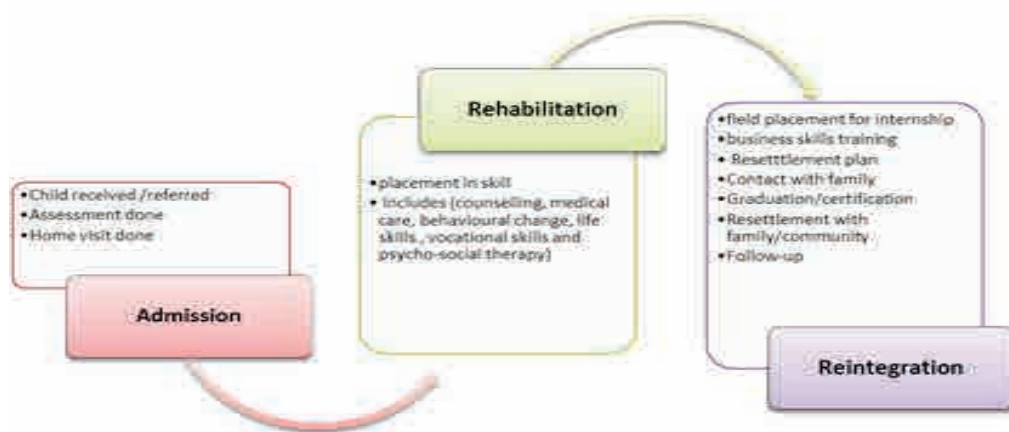
In Uganda, the alcohol industry targets children through a number of ways that include, proliferation of alcohol sachets in lowest quantities of 30 mls, making it very cheap, easy to conceal and being very accessible to minors. Consequently young people (10-24 years) are increasingly getting hooked to alcohol in addition to other drugs of abuse.

Key issues/ Causes

- ▶ Attributed to parental negligence
- ▶ Unemployment.
- ▶ Increasing number of children living on the streets
- ▶ Increased Slums
- ▶ **Rehabilitate.** Police also say that for cases of children arrested over abusing drugs or criminality, they engage parents but those without parents are often taken to rehabilitation centres.

4. UYDELS REHABILITATION CYCLE AND PREVENTION INTERVENTIONS

The rehabilitation model summaries the key interventions that form the best practices of the UYDEL model in prevention.



Source: UYDEL M&E Reports

PREVENTION INTERVENTIONS

1. Parenting and care giver sessions in the communities: Parenting sessions are effective in that they bring together the young person and the care giver to create time to discuss about issues of drugs, alcohol and HIV prevention.
2. School out-reaches: Evidence-based drug education based on life skills that offer personal, social, resistance and communication skills
3. Social Research
4. Peer to Peer networks
5. Livelihood skills training and Vocational development
6. Life Skills Education and Group Discussions
7. Community Drama Shows to create awareness
8. Training Law enforcement Officers
9. Sports and Talent Identification
10. Music, Dance and Drama (MDD)
11. Graduation and certification after completion of training course
12. Reintegration back into the community

Challenges faced:

- ▶ Limited support for activities which provide alternative survival strategies (vocational skills trainings, livelihood programs).
- ▶ Insufficient funding to support preventive work in Uganda.
- ▶ Limited capacity and skills in areas of prevention and other interventions that protect young people from drugs of abuse.

5. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS:

- ▶ Enhance multiple collaborations
- ▶ Protect the human rights especially the rights of children
- ▶ Counselling and psychosocial support to the young people
- ▶ Create capacity building opportunities to learn and exchange experience



I Media e la comunicazione

Prof. Pier Cesare RIVOLTELLA

Professore di Didattica e

Tecnologie dell'istruzione e

dell'apprendimento presso

l'Università Cattolica di Milano e Direttore del Centro di Ricerca

sull'Educazione ai Media, all'Informazione e alla Tecnologia (Italia)



1. INTRODUZIONE

In questo intervento vorrei focalizzare la mia attenzione sul significato e il ruolo che oggi i media (più in generale l'attuale scena della comunicazione) svolgono in relazione al tema delle dipendenze o, in termini più comprensivi, a quello che tradizionalmente si è sempre chiamato "prevenzione" e oggi si preferisce definire "promozione della salute".

Nell'accingermi a farlo faccio tre velocissime premesse:

- quel che descriverò è più la mappa di un territorio che un'analisi esauritiva. Altri sarebbero i tempi di un'indagine più approfondita che quindi rinvio ad altra occasione;
- la centratura del mio discorso è orientata ai giovani e ai loro comportamenti. Non che gli adulti non meritino attenzione, o che abbiano meno problemi dei più giovani, ma credo che in un'ottica di profezia e di lavoro per il futuro i giovani debbano avere la precedenza;
- infine, tre sono le metafore attorno a cui organizzerò i passaggi (tre anch'essi) della mia riflessione. Queste metafore corrispondono ad altrettanti modi di mettere in forma il rapporto tra i media e le dipendenze: l'ambiente, lo specchio, il ponte.

2. I MEDIA-AMBIENTE

Il punto di partenza di qualsiasi riflessione sui media in chiave educativa e di prevenzione non può prescindere dal considerarli come un vero e proprio ambiente, cioè:

- a) come linguaggi dotati di logiche specifiche;
- b) come uno sfondo sociale dentro il quale spiegare il comportamento dei soggetti;
- c) come una vera e propria cultura che, nel caso dei giovani, assume i tratti di una precisa subcultura che ispira e contribuisce a costruire i loro valori.

Conoscere questi aspetti significa, da parte degli operatori, disporre degli strumenti senza di cui non è possibile inquadrare correttamente il profilo del *target* e, di conseguenza, rendere efficace tanto l'intervento di prevenzione che quello di cura.

3. LA CULTURA DEI MEDIA

Senza pretesa di esaustività si possono indicare alcune delle caratteristiche del nuovo ambiente mediale:

- mobilità e connettività. I media digitali sono piccoli, leggeri, sempre connessi. Consentono di emancipare l'accesso alla comunicazione dal fatto di trovarsi in un certo luogo in un certo tempo (Rivoltella, 2017);
- questa emancipazione della comunicazione dal suo rapporto con il luogo ridefinisce le forme della cultura sottraendole al controllo dell'adulto (Tisseron, 2013). Sonia Livingstone (2007) efficacemente dice che le culture giovanili sono diventate, da *bedroom cultures* che erano (la stanza dei figli come mondo a parte, ma pur sempre ancora nel perimetro della casa), *pocket cultures*. La cultura da tasca segue chi la possiede: il mondo a parte dei figli non è più accessibile perché esce dal perimetro della casa (alla metà degli anni 2000 l'80% del consumo di Internet degli under 25 era da casa, oggi è in mobilità);
- cambiano l'accesso alle informazioni e il modo in cui queste vengono certificate. L'ascesa dei social e di *Youtube* sancisce l'avvento degli *influencers*, degli *youtubers*, delle *fashion bloggers*. Come nel two-step flow of communication è cruciale il ruolo dei leader di opinione, ma sono cambiate le logiche che stabiliscono la loro credibilità. Al tempo della post-verità è credibile tutto ciò che conferma le cornici mentali della gente e che, facendolo, riesce a emozionare (Gili e Maddalena, 2017; Maffeis e Rivoltella, 2018);
- i media finiscono per svolgere una funzione sociale, operano come aggregatori di gruppi di affinità (Gee, 2007), ovvero catalizzano l'interesse di tutti coloro che condividono una certa passione, o un modo di

pensare, e ne favoriscono l'aggregazione e gli scambi. Il risultato è una sociabilità a maglie larghe, una socialità leggera, fatta di legami deboli e di affiliazioni multiple (Boyd, 2014): sono pur sempre qualcosa e magari proprio da questa debolezza occorre ripartire, ma certo si tratta di fenomeni molto diversi da quelli della gruppaltà tradizionale.

4. I MEDIA-SPECCHIO

Su questo sfondo si comprende in che senso si possa parlare dei media come di uno specchio. Essi funzionano come dispositivi di triangolazione del desiderio (Girard, 1972), ovvero come modelli in base ai quali si è portati a desiderare. Non sono specchi riflettenti i media: in essi non vediamo la nostra immagine, ma attraverso di essi – proprio come capita ad Alice di Carrol – il nostro desiderio ha la possibilità di orientarsi sul proprio oggetto, di abitare mondi, di vivere avventure.

5. ATTRAVERSO LO SPECCHIO. COSA SI VEDE ATTRAVERSO LO SPECCHIO DEI MEDIA?

Si vedono, anzitutto, immagini del corpo. In una società dell'esposizione (Han, 2012) come la nostra, il corpo è esibito senza spazio alcuno per l'immaginazione e orienta il desiderio in almeno due direzioni. La prima direzione è quella che porta a volere un corpo magro, asciutto, atletico, performante: lo spazio dei disturbi alimentari (anoressia, bulimia) si apre qui. L'altra direzione è invece quella che porta a pensare che il corpo nella relazione sessuale sia solo uno strumento, un dispositivo, e che la sessualità stessa sia un problema di prestazione, misure, durata: qui si apre lo spazio della caduta del desiderio e della farmacologia.

In seconda battuta, si vedono attraverso lo spazio dei media delle opportunità. Sono opportunità quelle dischiuse dal miraggio della vincita che possa funzionare da riscatto come accade nelle diverse forme del gambling on line, ma anche quelle di poter sostituire con un'esistenza digitale un'esistenza in carne e ossa che non si riesce per diversi motivi a sostenere, come succede nel gaming, o nei social.

Si tratta in tutti e due i casi di forme di comportamento che possono condurre alla dipendenza perché attivano in qualche modo il circuito della ricompensa, ma occorre rifuggire dalla tentazione di fornire spiegazioni basate su semplificazioni riduzionistiche o deterministiche e optare piuttosto per uno sguardo complesso, mai scontato. Sono i media a generare dipendenza? O l'uso eccessivo dei media non può essere piuttosto un indicatore di comorbidità per soggetti che sono strutturalmente

dipendenti, da molte altre cose e quindi anche dai media? Da ultimo, può capitare che i media, come nei casi di ritiro sociale, rappresentino piuttosto l'ultimo labile contatto tra il ritirato e il mondo e, quindi, anche l'ultimo argine all'esito in una psicosi? (Lancini, 2017).

6. I MEDIA-PONTE

Nell'ambiente che abbiamo descritto e sulla base di questa funzione di specchio cui abbiamo fatto rapidamente cenno, i media si propongono anche (sarebbe meglio dire: quindi) come mediatori dell'intervento educativo e preventivo. Proviamo a capire cosa questo significhi.

Innanzitutto i media possono mediare l'intervento educativo e di prevenzione nella misura in cui consentono agli operatori di interagire con le nuove forme del bisogno. I più giovani fanno fatica a rivolgersi ai servizi, risolvono i loro problemi rivolgendosi a Internet o affidando al gruppo dei pari nei social le domande che li affliggono e che sono relative alla sessualità, o all'uso delle sostanze. I servizi, per questo tipo di utenza, possono immaginare di progettare ambienti o app grazie a cui fornire informazioni affidabili, intercettare il bisogno, fare riduzione del danno, accompagnare al servizio. Penso, nella realtà italiana, all'esperienza di *Younge*, una piattaforma on line in cui gli adolescenti possono trovare risposta ai loro problemi da parte di loro coetanei coordinati da un'équipe di psicologi; ma penso anche a una app come *CalcolApp*¹, coprogettata insieme a un gruppo di adolescenti e giovani e sviluppata per prevenire il fenomeno della guida in stato di ebbrezza negli under 25.

Questo tipo di impiego dei media come opportunità di intervento educativo e il fatto che spesso (come nell'esperienza di *Younge*²) si faccia ricorso ai giovani stessi come attori dell'intervento, favorisce l'incontro della *Peer Education* (strategia tradizionale di prevenzione delle dipendenze o più in generale dei comportamenti a rischio) con la *Media Education* (che da sempre si occupa di educare a un uso critico e consapevole dei media). Da questo incontro nasce una nuova metodologia di lavoro preventivo e di intervento educativo come la *Peer&Media Education* (Ottolini e Rivoltella, 2014).

7. PREVENZIONE 2.0

Da quel che siamo venuti rapidamente argomentando si intuisce che i servizi non possono fare altro che modificarsi. Potremmo parlare a que-

¹ Cfr. in Internet, URL: <https://itunes.apple.com/it/app/calcolapp/id813616109?mt=8>

² Cfr. in Internet, URL: <http://www.younge.it>

sto riguardo di servizi “in uscita”, ovvero servizi capaci di pensare le loro attività nel web e nei social, le nuove strade e le nuove piazze in cui intercettare il disagio. Si tratta di una rivoluzione analoga a quella che portò alla nascita e allo sviluppo dell'educativa di strada e che chiede flessibilità e capacità di autoprogettazione.

Naturalmente si delinea anche un nuovo profilo di competenze degli operatori. A quelle classiche, di tipo clinico e pedagogico, se ne aggiungono altre che contemplano la conoscenza dei linguaggi e delle culture mediali, i metodi di analisi, il *media making*. Come a dire che servizi 2.0 hanno bisogno di operatori 2.0.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Boyd, D. (2014). *It's complicated. The social lives of networked teens*, Yale University Press, New York (tr. it. *It's complicated. La vita sociale degli adolescenti sul web*, Castelvechi, Roma, 2014).

Gee, J.P. (2007). *What Videogames have to teach us about Teaching and Learning*. (tr. it. *Come un videogioco. Insegnare e apprendere nella scuola digitale*, Raffaello Cortina, Milano 2012).

Gili, G., Maddalena, G.M. (2017). *Chi ha paura della postverità?*. Torino: Marietti.

Girard, R. (1972). *La violence et le sacré*, Grasset, Paris, 1972 (tr. it. *La violenza e il sacro*, Adelphi, Milano, 1992).

Han, B. (2012). *Transapernzgesellschaft*. Berlin: Matthes & Seiz (tr. it. *La società della trasparenza*, Nottetempo, Milano 2014).

Lancini, M. (2017). *Abbiamo bisogno di genitori autorevoli*. Milano: Mondadori.

Livingstone, S. (2007), *Strategies of parental regulation in the media-rich home*, Computers in Human Behavior 23 (3), pp. 920-941.

Ottolini, G., Rivoltella, P.C. (eds.)(2014). *Il tunnel e il kayak. Teoria e metodo della Peer & Media Education*. Milano: Franco Angeli.

Maffeis, I., Rivoltella, P.C. (eds.). *Fake news e giornalismo di pace*. Brescia: Scholè.

Rivoltella, P.C. (2017). *Media Education*. Brescia: Scholè.

Tisseron, S. (2013). 3-6-9-12. *Aprrivoisier les ecrans et grandir*. Paris: (tr.it. 3-6-9-12. *Diventare grandi con gli schermi digitali*, ELS La Scuola, Brescia 2015).

Presentación de un proyecto sobre la prevención del abuso de drogas

S.E. D.^a María Elvira

VELÁSQUEZ RIVAS-PLATA

Embajadora Extraordinaria y

Plenipotenciaria del Perú ante la Santa Sede

(Perú)



Eminencia, Excelencias, señoras y señores,

Le agradezco al Cardenal Peter Turkson la oportunidad que me brinda de participar en esta importante conferencia que ha organizado el Dicasterio para el Servicio del Desarrollo Humano Integral que visibiliza la compleja realidad que la droga y la dependencia representa para las personas y las sociedades de nuestro siglo. La Conferencia propicia un valioso espacio de encuentro para examinar la situación actual, compartir visiones y experiencias así como fortalecer el compromiso de todos nosotros en esta lucha contra droga, guiados por los principios del respeto a la dignidad de la persona, la justicia social, la paz y el desarrollo.

Gracias especialmente al Papa Francisco cuyo mensaje evangélico nos confronta con la realidad en la que vivimos y nos convoca a salir de nuestro vacío y de nuestra indiferencia para ir al encuentro del otro y poder recuperar la alegría del Evangelio. Su palabra nos da coraje y esperanza, como nos la da también la labor que cada uno de ustedes realiza. Gracias por el trabajo que realizan cada día para que nuestro mundo no pierda su sentido de humanidad.

Cada uno de ustedes contribuye desde su especialidad, desde su puesto de responsabilidad o desde su voluntario apostolado a prevenir y a curar la herida que la droga le infringe a nuestra sociedad. Una herida que como ha dicho el Papa Francisco genera “una dependencia que destruye a la persona y, con ella, a todos los que están a su alrededor¹”.

¹ Discurso del Santo Padre en la clausura del encuentro “Narcóticos: problemas y soluciones de esta lacra mundial”. Pontificia Academia de las Ciencias. 24 de noviembre de 2016.

El problema de la droga es muy complejo y amenaza las diversas dimensiones del desarrollo humano integral de la persona y la sociedad. En ese sentido, las políticas orientadas a combatirla de manera específica se interrelacionan y establecen sinergias con aquellas destinadas a alcanzar los objetivos de desarrollo al 2030.

En esta ocasión les presentaré el programa “Familias Fuertes: Amor y Límites” que se viene desarrollando en mi país como una intervención preventiva del consumo de drogas. Sin embargo permítanme situar dicha acción en el marco de nuestra Estrategia Nacional.

El Perú está firmemente comprometido en la lucha contra el flagelo de las drogas para lo cual viene implementado la Estrategia Nacional 2017-2021² que “fundamentalmente, se centra en la persona, en su derecho a una vida con dignidad, sin amenazas y en paz”. Dicha Estrategia es consistente con las convenciones de las Naciones Unidas en la materia, piedra angular de la respuesta global frente a este desafío y sustento de la fiscalización de estupefacientes, así como con los compromisos políticos adoptados en dicho foro.

Asimismo, dado su carácter global, la lucha contra este fenómeno requiere de la cooperación internacional efectiva y creciente, la cual se desarrolla bajo el principio de “responsabilidad común y compartida” de todos los Estados, bajo un enfoque integral, multidisciplinario, equilibrado y sostenible que prioriza por igual todos los componentes de dicho desafío. Se forja así una alianza de cooperación entre todos los interesados sobre la base de una percepción común de un problema compartido y la necesidad de alcanzar un objetivo común mediante una acción coordinada.

La cooperación internacional es muy valiosa para el desarrollo de la Estrategia Nacional. El Programa “Familias Fuertes: Amor y Límites” que les presento hoy es un buen ejemplo de dicha cooperación. Se trata de una intervención preventiva de consumo de drogas a nivel educativo y familiar que lleva adelante en nuestro país la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) y en la cual han intervenido diversas fuentes cooperantes, entre ellas la OPS, la GTZ y la CTB, en diferentes fases. Dicha intervención se basa en evidencias, siguiendo el modelo de prevención primaria para prevenir el abuso de sustancias en la adolescencia y otros problemas de comportamiento. Su objetivo general es orientar a las familias a mejorar la salud y el desarrollo de los adolescentes entre 10 y 14 años, así como a prevenir conductas de riesgo a través

2 Decreto Supremo Nro. 061-2017-PCM “Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2017-2021” (ENLCD), de 1 de junio de 2017.

de la promoción de la comunicación entre padres e hijos. La meta es fomentar un entorno de protección y prevención del abuso de sustancias y otras conductas que comprometan la salud de los adolescentes.

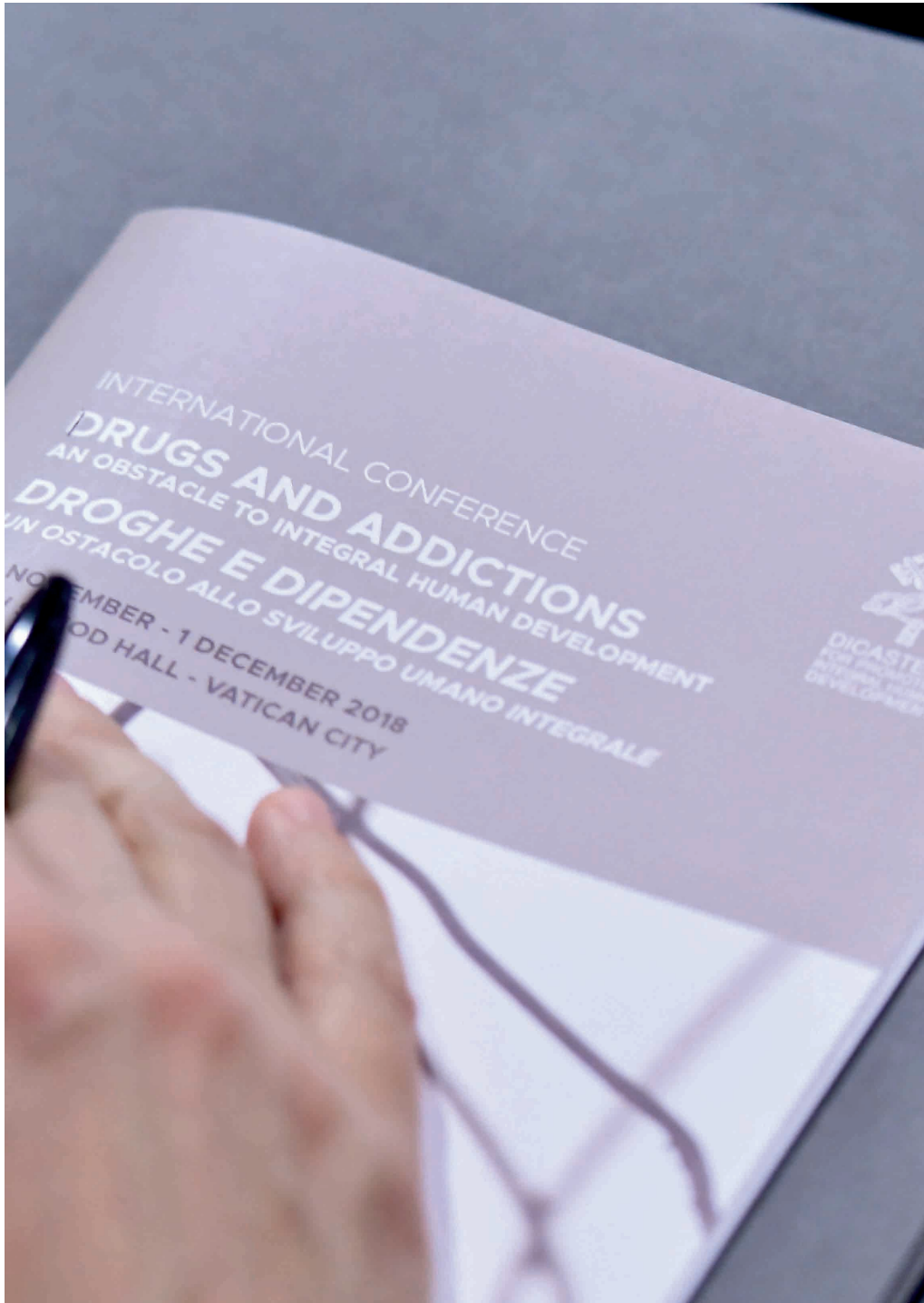
La ejecución de este programa, cuya evaluación de impacto se encuentra en proceso, se vió facilitada por el proyecto que DEVIDA realizó, en paralelo, con la cooperación técnica belga destinado a fortalecer las competencias del personal de dicha institución en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas sostenibles de prevención en este ámbito.

Asimismo, el proyecto con la CTB fortaleció la capacidad del Estado para generar información a través del Observatorio Nacional de Drogas que facilita evidencia científica para la toma de decisiones. Se cuenta así con un sistema de información sobre demanda y tratamiento por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, así como brinda señales de alerta a los patrones de consumo de los grupos más vulnerables que recurren a sus servicios. Este programa financió las encuestas nacionales de escolares y de la población en general que permiten tanto monitorear la evolución del consumo como encontrar elementos relacionados con las causas del consumo y los efectos asociados al problema. Dicho Observatorio coopera con el sistema de información de la CICAD de la OEA y de la Comunidad Andina. Asimismo, la cooperación belga dejó como lección que la comunidad tiene que participar desde un inicio y que nada es sustentable si no se lleva a política pública y se incorpora en los presupuestos de los tres niveles de gobierno.

Actualmente, Familias Fuertes se ha insertado como parte de las actividades que cuentan con financiamiento público a través del Programa Presupuestal por Resultados, que DEVIDA ha gestionado con el Ministerio de Economía y Finanzas. Para la implementación del programa el MEF les asigna un presupuesto, en el marco del Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas, el cual es efectuado a través de las Direcciones Regionales de Educación. Este presupuesto se destina a la implementación y aplicación del programa, el cual se ha desarrollado de manera sostenida e ininterrumpida, teniendo cobertura nacional.

El fortalecimiento de DEVIDA en dichos ámbitos ha permitido que sus programas específicos en materia de prevención se basen en evidencias y se inserten como política pública en los diferentes presupuestos tanto de las regiones como de los gobiernos locales, asegurando su sostenibilidad.

Ahora los invito a ver el video que ha preparado DEVIDA en el que los especialistas nos informan con mayor detalle sobre el programa y los miembros de las familias participantes comentan su experiencia.



Healing Addictions: Recovery Pathways

Dr. Linda NILSSON

Secretary General, World Federation

Against Drugs-WFAD (Sweden)



Thank you for giving me the opportunity to address you in this forum.

I represent World Federation Against Drugs, WFAD, a membership organization consisting of around 240 member organizations from all over the world. The work of WFAD is built on the principles of universal fellowship and basic human and democratic rights. We believe that working for a drug-free world will promote peace, human development, democracy, tolerance, equality, freedom and justice.

WFAD was founded in Sweden in 2009 by four Swedish organizations but we have from then grown and the majority of our members are today located in the global south. The members are different in many aspects but we all agree on the vision of the drug-free society and the importance of prevention as a key to keeping drug prevalence on a low level, and preferably see a trend of a decreasing prevalence.

Another important issue that the members of WFAD agree on is the importance of recovery-oriented policies. I am therefore happy to address you here today on the topic on recovery pathways. Many of WFAD's members are recovery organizations, working to promote the recovery process, both on an individual level, but also that we create a society that promotes and supports the recovery process. A very important network that I would like to mention is the Recovered Users Network. A network that works to raise the voice of the recovery movement, to promote and share experience of recovery – both on the political and practical level.

Over the past decade the focus has been on the addiction problem and in some ways we have lost sight of the fact that there are solutions to this problem. With growing evidence that addiction negatively affects individuals, family members and a community as a whole, a critical inquiry is whether, in like manner, recovery can positively affect people and the society.

The reality is that the majority of people with substance use disorders can and do recover. Not only do people recover, but studies also confirm that they achieve an improved quality of life. Recovery has come to mean more than a return to what some would call “normal state” and it actually includes transcending to a state that can be characterized as ‘better than well’. Terms such as “recovery capital” and “recovery-oriented systems of care” have emerged to explain the internal and external changes that initiate and sustain long-term recovery.

There are many definitions of recovery, which mostly emphasize voluntary sustained control of substance use that enables health and well-being, as well as participation in the rights, roles and responsibilities of society. According to a research undertaken in the UK, if you ask patients in drug treatment what they want nearly three in four say that their goal is rehabilitation with no drug use. The patients are ambitious and the treatment system must support their aspirations for full recovery. One way to do this is to strengthen the resources that are needed to sustain recovery – what some have called “recovery capital”.

Recovery capital includes personal skills and interpersonal relationships, but also other factors like employment, meaningful activities and communities supportive of recovery. People in recovery, who are abstinent and engaged in meaningful activities have increased connectedness, improved quality of life and greater contributions to the community than people who have never had problems with drug addiction. Peer support groups and recovery networks are among the factors that are related to higher “recovery capital”. Recovery networks are important not just for the individual and their families, but can also provide support and hope for other people with drug problems.

There is also recognition that recovery is a journey and not an event, and that it takes around 5 years before recovery can be regarded as self-sustaining. The UNODC describes treatment as a smart investment, treatment costs are lower than the costs of untreated drug dependence as people in recovery have reduced drug-related criminal activities, criminal justice costs, theft and health care costs etc. But, it is not enough to make treatment better; we also need more efforts to address exclusion and stigmatization which pose a major barrier to recovery. Change of negative mindset in the society can promote sustained recovery and improve the access to the opportunities for the community participation, help people influence their situation and participate as equal members of society, have better access to treatment, meaningful jobs and stable housing.

An important question is how we can create more recovery friendly communities. The responsibility for people after treatment is shared between sectors and often there is a risk of gaps in services. We as a society need to provide better support over the course of the recovery journey to social reintegration, secure access to social networks and community assets and help people live fulfilling lives, characterized by hope and engagement with society and community.

One very interesting model is the Recovery Cities model, which aims to create sustainable connections and networks at a city level. By creating pathways to hope and reintegration and sustainable partnerships within the city the vision is to generate active participation in community activities, and create a safe environment supportive of recovery. We believe that by paying as much attention to the solutions as we do to the problem and by promoting recovery, we can improve quality of life and strengthen meaningful participation of our citizens.

Drogas e outras dependências: Experiências e Estratégias

Irmão Hans STAPEL, OFM

Fundador "Fazenda da Esperança" (Brasil)



Em 1979 o meu superior da ordem dos franciscanos menores me transferiu para Guaratinguetá em São Paulo no Brasil. Devo confessar que no início eu não entendi o que Deus queria com aquela transferência.

Mesmo sem entender, comecei imediatamente a colocar em prática o Evangelho, como havia na minha juventude já aprendido no contato com o Movimento dos Focolares. “Tudo o que fizeres para o menor dos meus pequeninos, a mim o fizestes”. Esta palavra para mim determinou minha atitude de acolher na casa paroquial mães solteiras, crianças abandonadas, pobres, famintos, desempregados. Todos para mim eram Jesus. Em pouco tempo não fiquei sozinho neste modo de viver. Muitos paroquianos aderiram a esta proposta de viver e comunicar as experiências de vida de tal maneira que espontaneamente surgiram várias atividades sociais como uma casa para mães solteiras, famílias que adotaram crianças, oficinas para desempregados.

Uma das experiências mais marcantes foi o início de um trabalho com os jovens dependentes de droga e álcool. Nelson, hoje aqui presente, um jovem paroquiano, que queria também viver o evangelho diariamente, no percurso de sua casa ao trabalho passava por uma esquina onde muitos jovens se drogavam publicamente. Inspirado pela Sagrada Escritura “Fiz-me fraco com os fracos, para ganhar os fracos” (1Cor 9,22) teve a coragem de se aproximar desses marginalizados, pedindo a um deles que o ensinasse a fazer uma pulseira de artesanato. Com esse simples gesto começou a história da Fazenda da Esperança que já dura mais de três décadas.

Nós, porém, não tínhamos nenhuma experiência com a recuperação de drogados ou qualquer tipo de dependência. Assim, a única coisa que podíamos propor como ajuda era aquilo que nós mesmos procurávamos viver: o Evangelho.

A essa nova experiência quiseram participar não somente os drogados, mas outros jovens da Paróquia que, vendo o testemunho de partilha desta primeira comunidade, sentiram o chamado de servir aos "pequenos".

A felicidade de colocar tudo em comum, de dividir as alegrias e as tristezas, de morar diretamente com os jovens tóxicodependentes, de viver concretamente o Evangelho era o germe de uma comunidade de irmãos e irmãs que posteriormente tomariam a decisão de consagrar-se totalmente a Deus. Com estes nasceu a Família da Esperança, uma Associação Internacional de Fieis que recebeu da Igreja através do Conselho Pontifício para os Leigos, sua aprovação definitiva no ano de 2015, atualmente com mais de 1000 membros que querem levar no mundo o carisma e devolver a Esperança especialmente para aqueles que mais sofrem.

São os membros desta comunidade de vida que hoje assumem como voluntários a responsabilidade de dirigir as quase 140 Fazendas da Esperança que se espalharam em 23 países em quatro continentes. Atualmente temos 3000 homens e mulheres acolhidos nessas comunidades para recuperação dos mais diversos tipos de dependência que enfrentamos hoje. Inspirados nesta experiência fundacional a Fazenda da Esperança desenvolveu um método muito simples baseado num tripé: Espiritualidade, Trabalho e Convivência.

A Espiritualidade se concretiza em três etapas muito concretas:

A primeira é meditar o Evangelho. A segunda: viver o Evangelho. Não somente meditar, mas colocá-lo em prática. Com o esforço cotidiano e repetido por meses, a pessoa adquire um novo modo de viver, que tira o foco da droga, abrindo-lhe um novo horizonte, o do amor e da vida, o horizonte da fé. O evangelho é um resumo dos valores mais importantes para a pessoa humana de todas as raças e línguas, países e idades. O evangelho traduz a cultura da vida. Por isso, mesmo não sendo católicos, todos entendem bem essa linguagem e se adaptam tranquilamente a uma Fazenda da Esperança. Nunca religião foi problema em nossas comunidades. A terceira etapa é depois de meditar e viver o Evangelho, compartilhar as experiências feitas. É o que se chama nas Fazendas de "comunhão de experiências da Palavra". O Trabalho é um elemento fundamental, como a espiritualidade, para devolver em cada acolhido o sentido de utilidade, capacidade de criar e de se auto-sustentar. Através do trabalho produtivo industrial, agrícola, artesanal feito em comunidade os acolhidos têm a oportunidade de viver a comunhão de bens resultado desta atividade. As famílias participam deste processo de recuperação do seu filho que dura um ano, vendendo os produtos que os filhos produzem durante o tempo em que estão acolhidos

em nossas comunidades. Desta forma são envolvidos neste espírito de gratuidade e participação.

A Convivência é o caminho pelo qual a espiritualidade e o trabalho na Fazenda se realiza. Os acolhidos vivem em casas com grupos de 15 a 20 de modo a facilitar a convivência numa cultura do encontro e do diálogo. Por isso, durante o tempo de 12 meses de percurso da reabilitação não existe o uso do celular e outros meios de comunicação. A proposta é encontrar o outro como aquele a quem eu posso amar e ser amado. Isso exige um exercício de tolerância, respeito e diálogo, atualmente muito comprometidos em nossa sociedade.

Depois deste período de 12 meses de acolhimento, filhos e pais participam de grupos de auto ajuda chamados Esperança Viva em sua comunidade local onde podem fazer a manutenção da sobriedade, a prevenção da recaída e servir de orientação e testemunho de uma vida nova na comunidade onde vivem. O objetivo destes grupos é dar continuidade a experiência espiritual feita durante o período em que estiveram acolhidos na Fazenda.

Os critérios de abertura de uma nova comunidade da Fazenda da Esperança se baseiam na bênção do bispo diocesano, na participação da comunidade local e na doação de uma propriedade adequada para esta finalidade. Essas condições foram responsáveis para que esta experiência e estratégia de reabilitação fosse muito unida com a Igreja e ao mesmo tempo alcançasse um crescimento rápido, sólido e perseverante. A visita pessoal do Papa emérito, Bento XVI na Fazenda da Esperança em 2007 confirmou e impulsionou nosso caminho. Por isso temos uma identidade cristã e Católica clara, inclusive em nossa proposta educacional de reabilitação, com abertura para acolhimento de todos os credos religiosos. Mas gostaria que pudéssemos ouvir alguns dos nossos jovens para dar vida ao que apresentei até agora.

Dipendenze e percorsi riabilitativi

Don Ivan FILIPOVIC

Comunità Cenacolo (Italia)



Sono profondamente grato al Signore, al Santo Padre Francesco e alla Chiesa, attraverso il Dicastero che ci accoglie, per questi giorni in cui come il buon samaritano possiamo fermarci e chinarci sulle ferite delle persone “schiave” delle dipendenze per ascoltare il loro grido di dolore, mettendo a confronto vari sguardi ed esperienze che illuminano tale dimensione di sofferenza umana.

Desidero condividere con voi, nella semplicità delle mie parole, l'esperienza della Comunità Cenacolo unita alla mia personale storia di risurrezione. Vi porto innanzitutto il saluto di Madre Elvira Petrozzi, la religiosa che ha dato vita alla nostra Comunità e che avrebbe dovuto essere qui a testimoniare. Oggi è una “nonna” di 81 anni e la sua vita è segnata dal mistero della Croce: si è “consumata” spendendosi senza riserve e con generosità per i giovani bisognosi e le loro famiglie; non riesce più a viaggiare e fatica a parlare, ma i suoi occhi luminosi e il suo sorriso ci parlano ancora oggi di un grande, grandissimo “Amore alla Vita!”.

Siamo una piccola realtà, una “grande famiglia” che condivide ogni giorno con le persone accolte il cammino di conversione che loro stesse, sin dall'inizio, hanno chiamato “*Dalle tenebre alla Luce*”. La Comunità Cenacolo è nata nel luglio 1983 sulla collina di Saluzzo, in provincia di Cuneo, nel nord-ovest dell'Italia, in una casa abbandonata da tempo. Le case negli anni si sono moltiplicate in Italia, poi in Europa e quindi in alcune terre del mondo: ora sono 70 presenti in 20 paesi.

Sono felice di poter essere qui oggi come prete a servizio del Signore e della Chiesa per annunciare la misericordia di Dio, ma negli anni della mia giovinezza sono stato anch'io una persona ferita dal male e caduta nelle dipendenze della droga. Porto quindi qui in mezzo a voi attraverso la mia persona il dolore, le ferite, le attese e le speranze di tutte le persone che, come me in passato, soffrono la schiavitù delle dipendenze attendendo “*il momento favorevole, il giorno della salvezza*” (2Cor 6,2).

Provengo dalla Croazia e nell'ambiente familiare ho ricevuto la prima educazione cristiana. In casa si è sentita molto la mancanza del papà che lavorava all'estero per poterci mantenere: lo vedevamo solo in occasione delle grandi feste. Dai quindici anni in poi sono diventato molto ribelle. Non accettavo lo stile di vita che mi proponevano la società e la famiglia; tutto mi sembrava troppo "stretto" e senza senso. Scuola, università, carriera, soldi, famiglia, una casa... io volevo qualcosa di più. Cominciai a cercare questo "di più" lasciando casa e studi, andando all'estero anch'io, e sulle strade del mondo ho trovato e vissuto tanto male fino a cadere nella tossicodipendenza. La disperazione della droga e la preghiera instancabile di mia madre mi hanno portato al cancello della Comunità Cenacolo a chiedere aiuto. Era il 27 settembre 1994: in una nostra fraternità nei pressi di Spalato, in Croazia, è cominciata la mia risurrezione. Ciò che mi ha colpito da subito è stata l'accoglienza dei ragazzi; i loro volti e i loro sguardi mi hanno dato speranza. Non mi sono sentito "un caso da studiare o da analizzare" ma un fratello ferito da accogliere, amare e educare. Il loro starmi accanto nelle prime difficoltà e la loro amicizia fedele e vera hanno riempito il mio cuore di speranza. Mi sono detto: *"Se ce l'hanno fatta loro, ce la posso fare anch'io"*. Nell'aprirmi poco a poco con fiducia al bene che mi veniva donato, è nato poi il bisogno di aprire la porta del cuore anche al Signore: si è risvegliata in me una grande fiducia in Dio e una grande voglia di vivere. Ho accolto positivamente la proposta della fede e così, riavvicinandomi a Dio e per grazia Sua, ho trovato nella preghiera comunitaria e personale quella pace e serenità che mi erano mancate tanto negli ultimi anni di vita. L'ascolto e la condivisione della Parola di Dio, il sacramento del Perdono, l'Eucaristia, la recita del Rosario... hanno cominciato a ritmare le mie giornate e con il passare del tempo mi sono come "innamorato" della fede cristiana. Mi sono riconciliato con il mio passato che ho consegnato nella misericordia di Dio, e nel mio presente mai ero stato così felice e sereno: mi alzavo contento di pregare, di lavorare, di stare insieme agli altri, di vivere nella verità... avevo trovato quello che sempre avevo cercato e tutto ha acquistato un nuovo senso, anche le sofferenze passate e gli sbagli fatti. È divenuto sempre più forte in me il desiderio di condividere questa gioia con i fratelli che provenivano dalla mia stessa disperazione. Cercavo di coinvolgerli nella preghiera per vivere l'esperienza della salvezza di Cristo, condividendo con loro i sacrifici, le lotte e le gioie della quotidianità. Dopo diversi anni di cammino nel bene è maturata in me la volontà di donare tutta la mia vita al Signore e ai fratelli. Dopo il percorso di formazione, grazie a Dio e alla Chiesa, dall'anno 2004 vivo il dono speciale di essere ministro del Signore a servizio dei fratelli. Sono testimone che la grazia di Dio, il sostegno di una Comunità viva e

un serio percorso di impegno personale, possono compiere il miracolo di aiutare le persone a cambiare le loro vite.

Dopo avervi brevemente condiviso la mia vita risorta, cerco ora di sintetizzare in alcuni punti essenziali la percezione che abbiamo del mondo delle dipendenze e il cammino di redenzione che proponiamo a coloro che “bussano” alle nostre porte.

IL NOSTRO SGUARDO SUL MONDO DELLE DIPENDENZE

Il nostro “sguardo” sul mondo delle dipendenze - nelle varie terre dove siamo presenti - è il frutto di un’osservazione semplice che parte “dal basso” attraverso gli incontri, i colloqui e l’ascolto delle persone accolte e delle loro famiglie. Ovunque constatiamo che il fenomeno delle dipendenze miete le sue vittime, particolarmente tra i giovani. Mentre assistiamo da una parte all’espandersi delle nuove forme di disagio e di dipendenze (web, social networks, pornografia, azzardo, droghe sintetiche...), dall’altra c’è un ritorno all’uso delle droghe “classiche”, modificate e “tagliate” in modo da avere effetti devastanti sulle persone, soprattutto sulla loro psiche.

Nei paesi occidentali notiamo che si va affermando sempre più la tendenza a “normalizzare” la dipendenza stessa: i giovani vengono spesso invitati, sia dalle famiglie che da altri ambienti sociali, ad “accettare” uno stato di dipendenza come “cosa normale”, al limite da sostituire o curare con l’utilizzo di appositi medicinali o terapie. Il problema viene così “coperto” o “spostato” quasi esclusivamente sul livello medico-sanitario, livello che è certamente importante ma parziale. C’è come una sottile tentazione di ricerca di una “via esteriore” che non coinvolga attivamente persona, famiglia e società; che le lasci in una “falsa tranquillità”, come se tutto fosse “normale” o come se la soluzione del problema dipendesse da altro, e non anche dalla persona stessa, da me, da ciascuno di noi. Non dobbiamo cadere in questa tentazione di soffocare, rimuovere o anestetizzare il “grido di dolore” di tante persone dipendenti e delle loro famiglie, dolore che deve smuovere le nostre coscienze e provocare tutti, famiglie, società, Chiesa... per cercare, credere, sperare, amare la vita e proporre cammini di liberazione, di conversione, di possibile cambiamento.

Siamo profondamente grati per tutti i passi che la scienza e la medicina hanno fatto nella ricerca e nella cura circa le patologie generate dal vasto mondo delle dipendenze, ma siamo persuasi che solo questo non basta perché *“...nessuna pastiglia può ridonare all'uomo la pace nel cuore, la voglia di ricominciare, il senso della vita e la gioia di vivere!”*

(Madre Elvira). È necessario coinvolgere attivamente le persone dipendenti nella presa di coscienza dei loro problemi e quindi nel bisogno di chiedere aiuto, intraprendendo percorsi seri di rinascita che aiutino tutto l'uomo, *l'uomo integrale* nelle sue diverse componenti, a liberarsi dalla schiavitù delle dipendenze e a ritrovare la gioia di una libertà vissuta con responsabilità.

POSSIBILI PERCORSI RIABILITATIVI: LA PROPOSTA DELLA COMUNITÀ CENACOLO

La proposta del percorso che la Comunità Cenacolo offre si è andata formando in un dialogo esistenziale e costruttivo con le persone bisognose accolte, attraverso i successi e i fallimenti, nello sforzo quotidiano di camminare insieme per rinascere a vita nuova. Abbiamo appreso da loro che qualsiasi forma di dipendenza rivela un disagio interiore, che dietro l'uso di ogni "droga" c'è un uomo che soffre; c'è una vita ferita che "fugge" da se stessa; molte volte c'è una famiglia in "croce" che ha bisogno di ascolto e sostegno. Il problema di un "dipendente" è sì la sostanza che sta usando o la dipendenza che lo schiavizza, ma è soprattutto la sua stessa vita. C'è in lui un "mal di vivere" che non incontrando risposte vere, sane e costruttive, che non trovando luoghi di rinascita affettuosi ed al tempo stesso educativi, fa cadere la persona nell'illusione di stare meglio attraverso esperienze che sembrano al momento affascinanti e attrattive, ma che si rivelano poi illusorie e false, lasciando come conseguenza dipendenze frustranti, schiavitù e disperazione.

La tristezza del cuore di chi cade nelle dipendenze, letta con lo sguardo di Dio, è "profezia" di una fame e sete di senso della vita che abita il cuore umano e che essi ancora non hanno incontrato. Ci stanno "urlando" che hanno bisogno di sapere dove si possa incontrare la gioia di vivere e la pace nel cuore!

Alle persone che mostrano il desiderio e la volontà di intraprendere il percorso comunitario viene proposto un cammino denominato "*Scuola di Vita*" nel quale, in un contesto di vita fraterna semplice e familiare, ordinata e disciplinata, si è aiutati a ritrovare il senso della vita attraverso la riscoperta dei valori umani e cristiani. Nella nostra proposta c'è una similitudine con lo stile di vita monastico ritmato dall' "*ora et labora*" (preghiera e lavoro) che nutrendo lo spirito, ridona armonia ai ritmi della vita, salute al corpo e serenità all'anima.

Nelle nostre comunità viviamo:

► ***L'accoglienza gratuita e la fiducia nella Divina Provvidenza***

Sapendo di essere accolte gratuitamente, le persone comprendono più chiaramente il valore “impagabile” della propria vita e scoprono “*che siamo figli di Dio*” (Rm 8,16) conoscendo Dio come Padre che provvede loro. L'accoglienza gratuita aiuta le persone dipendenti a liberarsi da un assistenzialismo sterile, e chiede loro l'impegno serio di “rimboccarsi le maniche” per ricostruire la propria vita. Scoprono che mani, salute, cuore, volontà... quei doni che Dio ha donato alla vita di ciascuno, sono la prima Provvidenza di Dio che si deve rimettere in azione.

► ***Relazioni basate sulla sincerità***

Il mondo delle dipendenze è un mondo illusorio che falsifica la visione della vita stessa: menzogne, “maschere”, relazioni non autentiche sono vissute quotidianamente a volte per anni. Per questo è indispensabile rieducare la persona alla capacità di ascolto della verità di ciò che vive sul livello della coscienza e aiutarla a costruire relazioni di amicizia sincere, in un clima di misericordia e di pazienza che allo stesso tempo stimoli continuamente la crescita e la maturazione nell'affrontare e superare con fiducia paure, cadute e difficoltà.

► ***La condivisione e il dialogo***

Le persone accolte manifestano la necessità di uscire dalla solitudine che hanno sperimentato. L'imparare a esprimere e condividere ciò che vivono nel proprio mondo interiore e l'accogliere quello dei fratelli, permette loro di rientrare nel mondo delle relazioni reali e positive che strutturano la vita, di sperimentare emozioni e sentimenti autentici: piangere e ridere, litigare e chiedersi perdono, vincere e perdere, amare e soffrire... sono esperienze vitali insopprimibili che è necessario imparare a vivere.

► ***Riconciliare le relazioni familiari***

È fondamentale accompagnare il cammino di riconciliazione con le proprie famiglie, con la propria storia. Anche le famiglie delle persone dipendenti necessitano di cammini di aiuto che da noi sono strutturati attraverso Gruppi Genitori, giornate di ritiro, incontri periodici genitori-figli... Spesso le ferite che si sono generate nelle relazioni tra figli e

genitori sono state la “porta aperta” dove il male è entrato, e vanno risanate e riconciliate. Per molte famiglie la sofferenza del “figlio” diventa l’occasione per una riflessione profonda sul senso della vita. Qui vediamo l’opera della Grazia di Dio: famiglie che ripensano la loro scala di valori esistenziali; che chiedono aiuto a quel Dio dimenticato o mai conosciuto e tornano a Lui con un cammino di sincera conversione; che aiutano altre famiglie in difficoltà. E’ toccante vedere come i passi di riconciliazione e i cambiamenti di vita nell’ambito familiare siano una forza positiva nel cammino del bene.

► **Il lavoro e la responsabilità**

L’attività quotidiana concreta vissuta nelle varie responsabilità e mansioni a cui si è chiamati a partecipare attivamente, diventa il luogo dell’impegno, del dono di sé, della responsabilità, della gioia che nasce dal sacrificio, e permette alle persone di riscoprirsi capaci di perseveranza, di generosità, di responsabilità, di sensibilità artistica... emergono talenti inespressi e capacità sepolte da anni di pigrizia o di vita disordinata.

► **Il tesoro della fede cristiana: spiritualità e incarnazione**

Alle persone accolte viene offerta la partecipazione al tesoro della spiritualità cristiana - particolarmente l’ascolto della Parola di Dio, il Sacramento del Perdono, l’Eucarestia celebrata e adorata, l’affidamento alla Vergine Maria - che si rivela cura e nutrimento efficace per l’uomo interiore, perché *“È lo Spirito che dà la vita”* (Gv 6,63). L’incarnazione della fede nella vita fraterna rende la preghiera non un’astrazione o una fuga, ma una vita nuova che si fa visibile nella concretezza dei gesti quotidiani di amore. Attraverso l’esperienza dell’amore misericordioso di Dio si riscopre il valore infinito del dono della propria vita e nella luce dell’incontro con il Risorto anche la persona umana risorge: *“Se uno è in Cristo è una creatura nuova; le cose vecchie sono passate, ne sono nate di nuove”* (2 Cor 5,17). La preghiera aiuta ad accogliere, integrare e armonizzare i vari aspetti della vita, vedendo la mano di Dio che li guida. Imparando da Gesù ad amarsi e ad amare, si trova quella pienezza di vita che si cercava da sempre. La vita cristiana si rivela così come la vera e piena risposta al bisogno di senso che la vita umana porta dentro.

► **Il dono di sé e la missionarietà**

Per uscire veramente da una vita “tossica” frutto di una mentalità egoistica, occorre sperimentare la bellezza e il “gusto” del dono di sé. Le persone dipendenti normalmente hanno una sensibilità d'animo molto spiccata e spesso per questo sono state più “vulnerabili”; questa sensibilità ha bisogno di essere custodita e indirizzata nel dono di sé, nell'attenzione e nella cura di chi è più debole, nella missionarietà, per poter sperimentare che *“Vi è più gioia nel dare che nel ricevere”* (At 20,35). Ciò che si è vissuto e sofferto, illuminato dalla Luce di Cristo, diviene dono prezioso da offrire al fratello che è ancora in croce perché rinasca in lui la speranza.

Concludo ricordando che il Vangelo ci narra, soprattutto attraverso i miracoli, che i problemi delle persone, le loro esistenze segnate dal dolore, i loro limiti, il loro essere dominati dal male, il loro peccato, la loro lebbra... diventano la strada per poter incontrare Gesù, il Figlio di Dio, che guarisce, che libera, che salva. Nell'esperienza della nostra Comunità noi siamo testimoni di questo! Là dove il male ha ferito e fatto male alla vita, là dove sembravano aver trionfato il male e la morte, la misericordia di Dio anche oggi si offre all'uomo per entrare in quelle piaghe e guarirle, per offrire all'uomo strade di salvezza, per trasformare *“le tenebre in Luce”* (Is 42,16).

Grazie per avermi ascoltato! Vi chiedo la cortesia di una preghiera per noi. Grazie!

Rehabilitación e integración en la sociedad y el lugar de trabajo

Lic. Marcos RANDLE

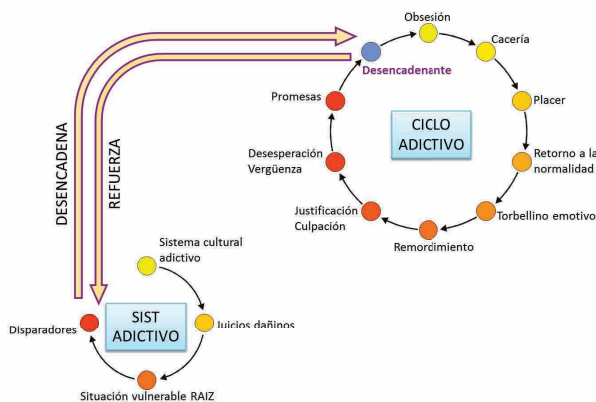
Presidente de la Fundación CEYTEC

(Argentina)



1. UNA COMPRENSIÓN ACABADA SOBRE LA CONDUCTA ADICTIVA

Existe muy buena literatura y estudios muy serios en lo referente a las adicciones, con lo cual no pretendemos en el presente artículo presentar un análisis exhaustivo del problema en cuestión. Más bien pretendemos fundamentar todas nuestras afirmaciones desde la experiencia clínica, del contacto personal con nuestros pacientes. Cabe aclarar que el término adicciones lo utilizamos en su sentido etimológico más profundo¹, considerando que la persona adicta se ha vuelto esclava de su comportamiento y bajo este concepto incluimos las adicciones a sustancias y las de tipo comportamental. Si observamos la conducta de una persona adicta podemos notar que el hábito que se ha arraigado en él se da un doble nivel de problema o la manifestación del mismo problema en dos planos. A los fines de lograr una mejor comprensión de la conducta adictiva presentamos el siguiente cuadro ilustrativo:



¹ El vocablo latino **addictus** designaba en tiempos muy antiguos a un tipo muy concreto de esclavo, al que era en principio un hombre libre y había sido adjudicado a otro mediante un juicio.

En general, las adicciones, una vez que se han arraigado como tales, actúan en forma de un ciclo repetitivo, siguiendo ordinariamente pasos más o menos similares: cuatro momentos claves (preocupación, ritualización, compulsión y vergüenza-desesperación).

El esquema que presentamos distingue dos niveles: el primero de ellos (en la parte superior de nuestro diagrama) es propiamente el “ciclo adictivo”, o sea el modo de obrar del adicto, que se repite una y otra vez, enraizándose más profundamente con cada nueva repetición. Pero esto no agota toda la realidad del problema.

Por el contrario, hay una raíz más profunda que es lo que he expresado como “sistema adictivo” (que se ve en la parte inferior de nuestro cuadro). Éste es el terreno que prepara el comienzo del ciclo y lo alimenta (y luego ese ciclo, con cada nueva reiteración, fortalece a su vez el sistema adictivo en el que se sustenta).

En la intrincada red que conforma este sistema mental, pueden distinguirse afirmaciones que el adicto acepta como principios generales, y juicios dañinos que son las aplicaciones concretas de los principios generales a su caso particular.

(a) Los principios generales erróneos que hacen de sedimento al pensamiento de todo adicto pueden tener distinto origen. Son “ideas subterráneas”. En muchos casos, el problema principal es una mala formación ética y religiosa.

A este sistema de principios falsos concurren, en muchos casos, las malas experiencias de la vida: los abandonos familiares, los abusos (físicos e incluso sexuales, que son las causas principales de muchos problemas adictivos), especialmente cuando se han sufrido en la infancia, el maltrato infantil, el ambiente de inmoralidad en el que crecen muchos jóvenes y niños, etc. Todo esto contribuye a urdir principios tristemente desacertados: desde el escepticismo en el valor de la familia y del amor en general, hasta el ateísmo que niega la existencia de Dios (es muy importante el aporte del Dr. Paul Vitz quien ha estudiado la profunda relación que hay entre la mala imagen paterna/materna y la negación de Dios; se trata de una fuerte disposición —aunque de ninguna manera sea algo determinante— al ateísmo en muchas personas que provienen de familias conflictivas).

(b) Los juicios dañinos o esclavos. Nadie se maneja exclusivamente por principios generales, sino que con las verdades que profesa (por abstractas y universales que parezcan), forma juicios sobre su propia persona (la imagen de sí mismo), sobre su fin, sobre su misión en

este mundo, etc. Cuando provienen de principios falsos, estos juicios personales no sólo son erróneos, sino dañinos. Como ha dicho un eminente psiquiatra, “el hombre puede errar contra sí mismo”, puede errar “en el reconocerse a sí mismo”.

Basados en nuestra modesta experiencia y desde el punto de vista clínico, podemos afirmar que un cuadro de adicción remitirá de forma completa cuando sea tratado en la totalidad de su manifestación conductual, es decir, el ciclo y el sistema adictivo.

2. ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE QUE SUFRE UNA ADICCIÓN:

El abordaje y la rehabilitación que se lleva adelante con pacientes drogodependientes debe ser siempre integral, abarcando todas las dimensiones de la persona humana, la orgánica, psíquica, social y espiritual. Creemos que quien pretenda absolutizar el tratamiento reduciéndolo a alguna de las áreas mencionadas, no logrará una remisión total en los pacientes.

Presentamos a continuación el siguiente gráfico para mostrar de manera esquemática el modo de trabajo que hemos venido siguiendo en los últimos años:



A **nivel orgánico y de la sensibilidad** se trabaja con el aporte médico en la desintoxicación y quita de la dependencia física. Con la farmacoterapia, los métodos de relajación, ejercicio físico y educación alimentaria. Además se trabaja en una profunda reestructuración de la capacidad sensorial con técnicas clásicas como las del Dr. Vittoz² o los aportes del mindfulness.

En el orden psíquico se trabaja en restablecer el nivel afectivo dañado que se involucra en el gatillo de toda adicción. El trabajo incluye todos los aportes de la Psicología Cognitiva, la resignificación de los recuerdos, las ensoñaciones dirigidas según el método de Desoille³, las terapias del Perdón y el trabajo constante en la erradicación de *hábitos* negativos por *hábitos* saludables. Desde nuestra perspectiva católica tenemos riquísimos aportes sobre la noción de *hábito*⁴.

En la dimensión espiritual se trabaja sobre la búsqueda del sentido de la vida y de Dios como sentido último. El hecho psicológico fundamental es este: actuamos en función de nuestros ideales o creencias, si nuestro fin es incorrecto también lo serán nuestros actos. La diferencia entre hacer dieta y ayunar, por ejemplo, es una diferencia de ideal. Una persona que hace dieta tendría más éxito si en lugar de proponerse solamente dejar los dulces se resolviera a prescindir de los postres y gastar el equivalente de lo que hubiera gastado entregándolo para alimentar a los pobres del mundo⁵.

2 El doctor Roger Vittoz nació en 1863 en Morgues (Suiza), en la ribera del lago de Ginebra. Estudió la medicina ortodoxa y ejerció como internista en Suiza. Murió en 1925. Observaciones muy precisas lo condujeron a construir su método terapéutico. Se dio cuenta de que muchos enfermos presentaban sólo trastornos funcionales, sin lesiones orgánicas. Esto lo llevó a interesarse cada vez más en los enfermos nerviosos y a buscar las causas de sus alteraciones.

Contemporáneo de Freud e interesado por sus trabajos y los de su amigo Breuer sobre la histeria y el tratamiento hipnótico, Vittoz practicó él mismo por un tiempo la hipnosis. Pero terminó por abandonarla, decepcionado por la inestabilidad de los resultados obtenidos e impresionado, sobre todo, por el estado de pasividad de los enfermos.

3 Cf. Desoille, Robert. *Lecciones sobre ensueño dirigido en Psicoterapia*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1975.

4 En este tema se destacan, por ejemplo, los escritos de Tomás de Aquino. Para Tomás un hábito se logra a partir de la repetición de actos (libres), con lo cual se insta al paciente a que repita una y mil veces las nuevas alternativas de conducta. Además la consideración del hábito en cuanto operatividad que puede corromperse se explica que cuando se le quita la vigilancia, el hábito desaparece (en las conductas adictivas hay que dejar de hacerlas y quitarles importancia). Otro elemento a considerar es que un hábito resulta deleitable, placentero. Este carácter de lo placentero es un tema fundamental de trabajar con el paciente, ya que debe aprender nuevas formas sanas y buenas de experimentar placer.

5 Cf. Sheen, F. (2007). *Del pizarrón del Ángel*. Buenos Aires: Lumen.

La apertura a la trascendencia es un elemento clave en la recuperación total de una adicción. El adicto termina siéndolo porque busca en el consumo llenar el vacío que experimenta al no encontrar la trascendencia.

A nuestro entender, el proceso terapéutico adecuado de cualquier persona con un problema adictivo, lo debe constituir un circuito de atención continuada que contemple la actividad asistencial, entendida como el diagnóstico, la desintoxicación/deshabitación y una atención social, cuya finalidad es la normalización vital del paciente en su entorno: familiar, social y laboral, o, en otros casos, su incorporación en estos ámbitos.

Como todo proceso terapéutico, la finalidad es la recuperación óptima del enfermo y paliar al máximo las secuelas inevitables que puedan existir, así como la prevención de la recurrencias de la enfermedad y de nuevos problemas asociados. En dicho proceso terapéutico es imprescindible un diagnóstico certero, el tratamiento adecuado y el seguimiento en su convalecencia, todo ello bajo pautas empáticas de una buena praxis profesional. En base a esta premisa, el tratamiento del paciente drogodependiente no es muy distinto del aplicable a cualquier otra patología, si bien la idiosincrasia de la problemática adictiva tiene una singularidad como proceso de enfermar y en la forma en que el paciente se enfrenta al tratamiento de la adicción y su propia recuperación.

Ante una enfermedad orgánica hablamos de convalecencia al periodo de tiempo que tarda en producirse la recuperación de un enfermo tras un proceso patológico, por tanto es un periodo que necesariamente se pasa tras una enfermedad. En términos coloquiales supone la adquisición de fuerzas, normalización progresiva de sus hábitos vitales e incorporación gradual a su actividad social y laboral. Este concepto se sustituye en la patología adictiva por el de inserción social en la mayor parte de las veces; este término, en ocasiones, genera confusión, sobre todo en el caso de pacientes con un estado “aparente” de plena adaptación a su entorno, aún a sabiendas que la enfermedad adictiva, conduce, en una gran mayoría de los enfermos, a alteraciones importantes de su vida de relación⁶.

6 Sofía Tomás Dols *Rehabilitación e integración social en drogodependencias: circuito terapéutico Salud y drogas*, vol. 7, núm. 1, 2007, pp. 17-22, Instituto de Investigación de Drogodependencias España.

3. LA REINSERCIÓN SOCIAL Y LAS ADICCIONES

Todas estas consideraciones conforman una complejidad inherente al binomio de adicciones y reinserción social. De continuo surge la duda en el caso de las personas consumidoras, si es la exclusión una de las causas que los llevó a la adicción o si, por el contrario, una vez considerados adictos en recuperación o rehabilitados fueron excluidos de la sociedad. A nuestro juicio, prevalecen ambas situaciones. Por un lado, cuando una persona diagnosticada (o no) como adicto a cualquier sustancia trata de lograr la inserción (o la reinserción si es que alguna vez estuvo inserto en la sociedad) se halla con toda la problemática descrita más arriba, lo que le dificulta o de plano le niega la oportunidad de insertarse, por ejemplo, en el mercado laboral. Por otro lado, si la persona se siente excluida de ambientes sociales, la presión social —sumada a los demás elementos causales— contribuye a que esa persona desarrolle dependencia a sustancias.⁷

La difusión, la capacitación para la vida y el trabajo, la construcción y reenfoque de redes y el enfoque hacia la familia, sin olvidar el desarrollo humano personal, son acciones de vital importancia para lograr la reinserción de estas personas en una sociedad cada vez más exigente, que a su vez puede —y debe— brindarles oportunidades para dirigir y promover un estilo de vida mejor y lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social. Es necesario considerar de manera enunciativa las cuatro condiciones de incorporación de una forma social típica: la independencia económica, la autoadministración de los recursos disponibles, la autonomía personal y la constitución de un hogar propio⁸.

4. CONCLUSIÓN

El abordaje en la problemática adictiva debe ser integral. A su vez, la ayuda que planteamos, siempre será integral en la medida en que los fines de la misma se pongan a la par de los fines del hombre. Podemos concebirlo como un auxilio prestado al hombre para alcanzar cierto grado de plenitud que le permita autoconducirse hacia sus fines, o mejor hacia los fines que perfeccionan la naturaleza.

La psicoterapia apunta pues a lograr que el paciente sea autónomo y pueda encontrar cierta plenitud en esta vida. Esa plenitud o perfección

7 Eulalio López García y Manuel Pérez Bailón. *La reinserción social y las adicciones*. Artículo publicado en la revista *LiberAddictus*.

8 Pérez Islas, José Antonio, Arteaga Castro-Pozo, Los nuevos guerreros del mercado. Trayectorias laborales de jóvenes buscadores de empleo, 2001.)

a la que debemos llevar a nuestros pacientes en general, desde ningún punto de vista será absoluta y quieta, se trata de lo que Francisco Ruiz Sánchez ha venido en llamar, **plenitud dinámica**.

Éste es un mínimo aporte a la riquísima variabilidad de aportes en orden a la ayuda de pacientes adictos.

Desde mi modesta experiencia y con el profundo respeto que tengo por los autores con quienes comparto esta Conferencia, dejo en vuestras manos mi tarea para que sea mejorada y profundizada convenientemente en futuros trabajos.

Droga e dipendenze nello scenario giovanile

Dott.ssa Chiara AMIRANTE

Fondatrice e Presidente della Comunità

“Nuovi Orizzonti” (Italia)



LA MIA ESPERIENZA NELLE PERIFERIE ESISTENZIALI

Desidero condividere con voi qualcosa dell'esperienza vissuta in questi anni in cui migliaia di ragazzi di strada, che vivono situazioni di grave disagio, sono diventati la mia nuova famiglia.

Il crescente desiderio di mettermi in ascolto del grido di quello che io chiamo il “popolo della notte” mi ha portato, ormai trent'anni fa, a decidere di andare in strada di notte per incontrare tantissimi giovani che vivono situazioni drammatiche. Ho così scoperto che ci sono tante nuove povertà: ragazzi “poveri”, magari benestanti, ma con una disperata fame d'amore; hanno una bella abitazione ma si sentono soli e senza casa pur se in mezzo a mille. Sono apparentemente liberi, ma di fatto sono imprigionati dalle terribili catene di tante nuove dipendenze; hanno vestiti firmati ma si sentono spogliati della loro dignità, abusati e violentati, sfregiati nell'intimità del loro cuore.

Quando ho iniziato a percorrere i “deserti” delle nostre metropoli, non immaginavo davvero di incontrare un popolo così sterminato di ragazzi devastati dalla droga, dalla prostituzione, dall'alcool, dalla devianza, dalle tante seduzioni della società dei consumi, dai veleni mortali del relativismo, dell'edonismo, del consumismo. Quanti giovani, ingannati dalle proposte dei falsi profeti del mondo, cercano la felicità percorrendo le vie del piacere, del sesso, del denaro, dell'apparire, ma poi raccolgono di fatto tristezza, depressione, “inferi” e morte. Quanti ragazzi e ragazze costretti a svendere il proprio corpo a viandanti senza scrupoli. Quanti giovani ridotti a scheletri viventi nell'illusione di paradisi artificiali che imprigionano l'anima fino a ferirla mortalmente. Quanti bambini defraudati della loro innocenza, quanta solitudine, sofferenza! Quanta, troppa indifferenza!

Quanti ragazzi disperati, fin dai primissimi incontri in strada, mi hanno abbracciato chiedendomi, con le lacrime agli occhi: “Ti prego, Chiara, portami via da questo inferno!”

Mi sentivo troppo piccola, fragile, impotente dinanzi al grido lancinante del popolo della notte... Poi un raggio di luce, una certezza: **L'amore è più forte, l'amore vince. L'amore fa miracoli perché Dio è amore!**

Mi è venuta così l'idea di una comunità di accoglienza dove proporre un cammino di conoscenza di sé, di guarigione del cuore e di rigenerazione psico-spirituale.

Con l'aiuto della Provvidenza, nel 1994 ho iniziato una semplice comunità di accoglienza per i miei nuovi fratelli e sorelle di strada, basata sul Vangelo. La risposta dei ragazzi accolti alla proposta di provare a vivere insieme il vangelo alla lettera è stata davvero sorprendente.

L'ESPERIENZA DI “NUOVI ORIZZONTI”

Non avrei mai potuto immaginare allora che migliaia di giovani, dopo aver scoperto l'amore di Dio e dopo un percorso di guarigione del cuore e di formazione, sarebbero diventati a loro volta testimoni dell'amore di Dio tra i loro coetanei e si sarebbero impegnati sistematicamente in iniziative di evangelizzazione.

Proprio dal “popolo della notte” il Signore ha suscitato in pochi anni un “popolo nuovo” di oltre 500.000 “Cavalieri della Luce”, che si sono impegnati a vivere il Vangelo (il più possibile alla lettera) e a portare la gioia di Cristo Risorto a più persone possibili.

Si sono inoltre moltiplicati, proprio grazie all'impegno di tanti dei ragazzi accolti, i Centri e le iniziative di evangelizzazione: 207 tra centri di accoglienza, di formazione all'evangelizzazione, di ascolto, di spiritualità e famiglie aperte all'accoglienza; 5 “Cittadelle Cielo” in via di realizzazione (piccoli villaggi di accoglienza e di formazione al volontariato internazionale e all'evangelizzazione); più di 1000 Équipe di Servizio impegnate a 360 gradi nella nuova evangelizzazione, negli ambiti di comunicazione e mass media, animazione e spettacolo, cultura ed editoria, prevenzione ed evangelizzazione, cooperazione internazionale e servizi sociali, accoglienza, sostegno orientamento, economia e lavoro, preghiera e spiritualità. Questo ci ha permesso di incontrare migliaia di giovani nei paesi in cui la Comunità oggi opera, andando nelle scuole, nelle strade, nelle zone calde, nei luoghi di aggregazione giovanile e abbiamo così potuto constatare quanto la situazione dei giovani sia sempre più allarmante.

ALCUNI DATI

- ▶ Crescono le varie forme di dipendenze e di disagio tra i giovani. Circa l'80% degli adolescenti che incontriamo, anche nelle scuole dei quartieri più benestanti, manifestano almeno uno dei sintomi preoccupanti che caratterizzano le “nuove povertà” del mondo giovanile: uso e abuso di sostanze stupefacenti (continuano a diffondersi anche tra i giovanissimi le cosiddette droghe sintetiche; per il 20% di loro tra i 12-15 anni), abuso di alcool, anoressia e bulimia, forme depressive e disturbi caratteriali con gravi disturbi comportamentali. Aumenta inoltre il disagio, la devianza e le forme di bullismo a vari livelli con escalation di violenza; si registrano profonde ferite nell'affettività, abusi nel campo della sessualità, pornografia e chat erotiche molto pericolose. La famiglia è in profonda crisi identitaria, ha perso il senso della sua azione educativa e non ha più progetti di vita. Continuano a crescere in maniera esponenziale il numero di separati e divorziati con tutta la sofferenza che ne deriva per loro e per i figli. La teoria del gender è violentemente divulgata e talvolta imposta in molti Paesi, inoltre inizia ad affermarsi sempre più pericolosamente nelle scuole.
- ▶ La sesso-dipendenza continua a colpire un numero crescente di persone con le terribili conseguenze che ciò porta nella loro vita. Basti pensare al dilagare inquietante della prostituzione-schiavitù, della pedofilia, degli aborti (secondo alcune stime dell'OMS si parla di 56 milioni di interruzioni di gravidanza all'anno). Si segnala la crescita degli abusi nella sessualità e delle drammatiche conseguenze che ne derivano: 150 milioni di bambine e 73 milioni di bambini sotto i 18 anni sono stati sottoposti in un solo anno a rapporti sessuali forzati (dati Unicef). Il 29% delle persone affermano di essere stata vittima di abusi sessuali durante l'infanzia (dati Onu).
- ▶ Anche i dati sulla pornografia sono inquietanti: le ricerche giornaliere tramite motore di ricerca riguardanti la pornografia sono 68 milioni, il 25% delle ricerche totali. Nove bambini su dieci in età tra gli 8 e i 16 anni sono entrati in contatto con la pornografia su Internet.
- ▶ Aumenta la dipendenza da internet e dai social (*internet addiction* e ludopatia, play-station, videogames, videopoker, social-network): secondo i dati riportati dal report *Digital, Social & Mobile 2017* di We Are Social, che approfondisce lo scenario digitale relativo a più di 240 Paesi, risulta che trascorriamo mediamente 6 ore al giorno su Internet. Questo dato fa sì che la percezione da parte degli adolescenti, e più in generale delle nuove generazioni, della linea di confine tra mondo reale e mondo virtuale diventi sempre più labile,

con conseguenti gravi problemi psicologici e sociali. Si pensi solo al tempo trascorso da molti ragazzi in videogiochi violenti. È ormai noto che il nostro cervello tende a registrare un'esperienza vividamente immaginata come realmente vissuta. Gli input che si ricevono dalla rete e dai media in generale sono spesso negativi, violenti e contraddittori e questo certamente condiziona l'aumento della violenza e di problematiche relazionali. Tutto sembra andare nella direzione di una società "liquida" che plasma "identità sempre più liquide".

- ▶ Molti giovani sono costretti a immigrare per sfuggire alla fame e alla guerra: essi arrivano nei Paesi occidentali in cerca di lavoro, ma poi spesso diventano vittime della criminalità organizzata e cadono anche loro nella piovra delle poli-dipendenze.

Questi sono solo alcuni dei dati allarmanti relativi alle terribili sfide che siamo chiamati ad affrontare con grande senso di responsabilità. Stiamo davvero vivendo una "terza guerra mondiale" che genera milioni di morti, non solo fisiche, morti che non sempre sono in grado di attirare la nostra attenzione. La cultura della morte e del terrore ci continua a colpire sempre più violentemente e non possiamo sottovalutare il pericolo di molte delle subdole ideologie che ogni giorno continuano ad avvelenare le menti e i cuori, devastando intere generazioni.

I "NUOVI VELENI" CHE PLASMANO L'IDENTITÀ DEI GIOVANI

L'esperienza vissuta in questi anni a contatto con tanti giovani, anche di buona famiglia, che manifestano questi segni sempre più inquietanti di disagio, mi hanno portato a credere che tutto ciò sia frutto dei tanti veleni di cui le nuove generazioni, per lo più inconsapevolmente, si nutrono.

- relativismo: non c'è più un limite tra ciò che è bene e ciò che male, tutto si può fare perché così fan tutti; si diffondono pericolose ideologie, sbandierate come grandi conquiste democratiche che di fatto, in nome di "diritti" da tutelare, vanno a minare le fondamenta etiche della società;
- consumismo: l'usa e getta sta avvelenando sempre di più anche le relazioni, con ferite profondissime e devastanti. In nome del "dio denaro" si è pronti a calpestare i diritti fondamentali di ogni essere umano, la sua dignità personale;
- edonismo: siamo passati da "ciò che è bene" a "ciò che mi va", con una crescita esponenziale dell'uso dell'alcool, delle droghe e delle dipendenze di vario genere;

- narcisismo: si investe sempre di più nell'apparire piuttosto che nell'essere. Il bisogno di sentirsi in ogni modo al centro dell'attenzione diventa pericolosamente ossessionante e compulsivo soprattutto nelle nuove generazioni;
- individualismo: la competizione si sostituisce sempre di più alla cooperazione e alla solidarietà. Proprio nella società della comunicazione assistiamo a una crescente difficoltà di comunicazione vera. In famiglia si condivide sempre di meno, così pure nei nuovi luoghi di aggregazione giovanile. I rapporti virtuali sostituiscono pericolosamente i rapporti reali e aumenta il numero dei giovani che si sentono profondamente soli pur se continuamente "immersi" tra tante persone.

Sono dati inquietanti che ci interpellano tutti in prima persona. Alla luce di così tante e impegnative sfide, risulta quanto mai urgente intensificare l'impegno comune per contrapporre con forza proposte e risposte efficaci al dilagare di queste nuove povertà; per contrastare i tanti veleni di cui ogni giorno ci nutriamo con la forza della rivoluzione evangelica che Cristo ha portato e che risulta essere più che mai necessaria e attuale perché il grido di tanti giovani non resti inascoltato.

Vorrei concludere allora con quanto affermato da Papa Francesco nell'Esortazione apostolica *Evangelii Gaudium*:

"Ogni cristiano e ogni comunità sono chiamati a essere strumenti di Dio per la liberazione e la promozione dei poveri in modo che essi possano integrarsi pienamente nella società; questo suppone che siamo docili e attenti ad ascoltare il grido del povero e a soccorrerlo. [...] Rimanere sordi a quel grido quando noi siamo gli strumenti di Dio per ascoltare il povero ci pone fuori dalla volontà del Padre e dal suo progetto" (EG 187).

Some Proposals from the Therapeutic Communities

Dr. Sushma TAYLOR

*President of the World Federation of
Therapeutic Communities (U.S.A.)*



The problems associated with illicit drug use impact all aspects of society. Drug dependence is not just the chronic use of a substance but includes a loss of control and a compulsion to continue use in spite of adverse consequences. These consequences can include impairments in cognitive, psychological, physical and emotional health.

Science has documented the fact that prolonged substance use results in changes in brain chemistry in fundamental and long-lasting ways. Neurotransmitters, which are essential to the healthy function of emotions, thinking, perception and behavior are impacted by substance use. These changes in neurotransmitters are responsible for distortions of cognitive and emotional functioning.

The biological and behavioral aspects of dependence are complementary and interchangeable. Dependence may begin volitionally, but continued use leads to habituation and chronicity, which adversely impact cognitive, behavioral, emotional, family, social, cultural and bio-physiological domains.

The demographics of those with substance use disorders are ever changing. The new clients are complex and experience multiple problems including homelessness, poverty, malnutrition, HIV infection, and acute mental distress. These are individuals who seek medication for relief of their symptoms as well as those who are psychologically impaired due to overmedicating.

Member organizations of the World Federation of Therapeutic Communities have been successfully engaged in the development of effective program models to treat substance dependence disorders for over 50 years. Our services are based upon a fundamental perspective that addiction occurs within a broader framework, which includes economic, social, and moral disaffiliation.

Therapeutic communities have been described as constructs, as a specific approach, a movement, a strategy, and a philosophy. All of these characteristics are fundamental within the therapeutic community model. Antecedents to therapeutic communities include the temperance movement and the Oxford Group led by Frank Buchman in the 1940s. These early influences can be seen in contemporary therapeutic communities and include a work ethic, expression of concern for peers, self-examination, ameliorating character defects and making restitution. In addition to the temperance movement which sought to abolish drinking and the Oxford Group, Therapeutic Communities have also been influenced by Alcoholics Anonymous.

The term therapeutic community was first used in Great Britain in the 1940s to describe the revised structure of the Belmont psychiatric hospital which transformed the patient-physician hierarchy by the use of group methods, milieu interventions and a sharing of therapeutic decisions by both patients and staff. Everyone was expected to contribute to the well-being of every patient. These early models are known as democratic therapeutic communities. Approximately 15 years later, the concept based therapeutic community model emerged. In California, a group of ex-addicts founded a program which was later named Synanon. The group members participated in free association encounter groups, which expanded into a residential community treating all nature of substance use regardless of the substance of choice and duration of use.

The early therapeutic community programs originated not as treatment responses to substance use, but rather sanctuaries and safe havens for individuals who found themselves socially and economically dislocated and existing on the fringes of society. Early therapeutic communities developed a sociological belief system in order to survive and thrive. Fundamental to each was the belief that each member of the group or community was valued and in turn was responsible for the well-being of the group. The group was seen as a healing force, which provided each member with opportunities, challenges, role models, encouragement, hope and structure in an effort to promote individual change.

Over the years, therapeutic communities have maintained the basic assumptions that were the underlying causal forces for their development. They have, however, adjusted to fit current patterns and current challenges. The effectiveness of the therapeutic community has been addressed in numerous outcome studies. Residents who remain in programs for more extended periods have lower rates of drug use and criminal behavior and higher rates of employment, school attendance and community adjustment.

The World Federation of Therapeutic Communities' programs address the ten domains which are critical to treatment as identified by the National Institute on Drug Abuse, a United States federal-government research institute – these include education, the family, recreation, medical services, behavioral change, vocational deployment, mental health, stable housing, employment, and social responsibility.

Our programs provide a comprehensive array of services – which include wellness promotion, health services, educational, social and vocational services, housing, mental health counseling, and comprehensive psycho-social rehabilitation.

Our programs serve the homeless, the victims of abuse and domestic violence, those who suffer from HIV/AIDS, delinquent and dependent youth, runaway youth, welfare mothers with dependent children, pregnant women, children of incarcerated parents, military veterans, individuals with mental illness and those who are involved with the corrections and criminal justice systems.

Our programs provide counseling, education, vocational support, and job training. We teach prosocial values. We encourage civic and personal responsibility by clearing parks and schoolyards and by giving back to our communities through sweat-equity and volunteer work.

We operate programs and deliver services in community clinics, residential centers, jails, prisons, homeless shelters, schools, outpatient settings, and crisis/triage centers. The conceptual frameworks for our methodology utilize cognitive, behavioral and clinical interventions designed to foster pro-social responsibility while new values, attitudes, and behaviors are internalized. Treatment and recovery are seen as a developmental process which includes six phases. These include:

- 1.** Transition – the period of time needed to realize that continued use is problematic.
- 2.** Stabilization – physical withdrawal, medical stabilization, and separation from people, places, and things that promote use.
- 3.** Early recovery – establishing a chemical-free lifestyle and building relationships that support long-term recovery.
- 4.** Middle recovery – development of a balanced lifestyle and the repairing of past damage.
- 5.** Late recovery – identifying and changing beliefs about self, others and the circumstances that promoted irrational thinking.

6. Maintenance – the lifelong process of continued growth, development and managing routine life problems without resorting to substance abuse.

The perception of what therapeutic communities do among those who have not taken a close look remain dated and less than complete. Perhaps this is due to the fluctuating nature of our field and the challenge to revise, adjust and to refine our services. We have met this challenge head-on. When faced with new, more toxic drugs – we responded. The trend to incarcerate rather than rehabilitate was responded to by creating treatment programs in jails and prisons. The increasing numbers of youth in foster care, child welfare, and juvenile justice systems was yet another challenge that was answered by our members.

Today our active service military and veterans return home with battle and psychic fatigue. We are proud to say that our member agencies have yet again faced this challenge and are offering veteran-specific services in our communities.

His Holiness Pope Francis has stated that drug addiction is a contemporary form of slavery. The Holy Father further suggests that “each person addicted to drugs brings with them a personal history which must be heard, understood, loved and as soon as possible healed and purified!” The World Federation of Therapeutic Communities agrees with the wisdom and compassion voiced by Pope Francis. Overcoming acute adversity such as abuse, dependence and social dislocation transforms lives and restores families and communities.

We maintain the belief that there is extraordinary potential in the most ordinary person. This belief is visibly demonstrated by our clients, our graduates – individuals who have overcome illiteracy, poverty, social dislocation, and great personal adversity – to stand as exemplary role models who help to build and to sustain our communities.

We have continued to question, to seek solutions, to learn, grow, adapt, change and adjust. We adjust to changing client demographics, fluctuating financial support, shifts in public policy, complexities of consumption patterns, and new population sectors created by social, economic, political and environmental factors.

The course of social change is limited only by our vision and by our commitment to see that vision through. I am reminded of the words of the American Philosopher William James – “Let everything you do, be done as if it makes a difference.”

We hope that we can all continue to make a difference.

ROUND TABLE

The Commitment of the Church in the Battle Against Addictions: Best Practices North America



Dr. MC SULLIVAN

Chief Healthcare Ethicist for the Archdiocese of Boston, Director of the Initiative for Palliative Care and Advance Care Planning (USA)

1. INTRODUCTION

That there is a global crisis related to addictions is indisputable. The addictions include addictions to drugs and alcohol, to pornography, sex, gambling and internet use.

At the Archdiocese of Boston, we have recently embarked on a series of initiatives and programs to address the significant problems of drugs and addiction and other problems facing our society, and in so doing, we are creating a kind of mosaic of what is called in current medical literature “whole person care.” These activities at times overlap, in some of the issues addressed by the programs, as well as in the way they are conducted throughout the Archdiocese.

Recognizing the multi-factorial causes for addiction, and the need to have an informed understanding about them, the Archdiocese of Boston works in partnership with colleagues and experts from professional disciplines in Mental Health, in Substance Disorder recovery programs and in Palliative Care.

The commitment to this work is evident in many ways. These initiatives are viewed as strategic ongoing work; there is no timeline for their end. That will only happen when the problems have been successfully addressed. The full force of the Archdiocese’s communications channels is used to make both internal and external constituencies aware of them and of the resources associated with them: Catholic TV frequently highlights them, the Archdiocesan newspaper features stories, updates and news items about them, and the website/social media sites give them constant space and attention.

2. THE PROGRAMS FOCUSED ON ADDICTION

An urgent priority that we identified almost three years ago was the need to respond pastorally to the addiction issues arising from an opioid epidemic that is threatening the wellbeing of individuals with substance use disorder at such high rates that they endanger the lives and wellbeing of those individuals as well as the wellbeing of the community in which we are located. Approximately, 2000 people in the Commonwealth of Massachusetts suffered opioid-related deaths in 2018, which was slightly lower than the number of deaths per annum in the previous three years. As an interesting side note, opioid overdoses were increased by more than 18% in 2018 in Massachusetts. The difference, of course, is the increased availability of naloxone, known as Narcan, for immediate treatment of an overdose which saves lives. One of the ironic and unfortunate effects of having Narcan so widely available and so many people trained to administer it is that emergency medical services report that there are times when they receive multiple calls in one day for overdoses by the same individuals.

The Archdiocese convened an internal Opioid Task Force to consider what should be the appropriate pastoral response for this alarming social trend. The group included representatives from law, education, health care, addiction recovery and representatives from ordained clergy, both priests and the deacon who leads chaplaincy programs in the Archdiocese.

Conscious of the devastating effect of the addiction epidemic currently ravaging families and communities in our state and across the nation, the Archdiocese of Boston's **Opioid Task Force** was formed in September 2016 at the request of Cardinal Sean O'Malley. The goal of the task force is to assist parishes in providing pastoral care and support for individuals and families affected by addiction.

The immediate topic under discussion at the inception of the task force was to address the concern that, because our parishes welcome a variety of community groups – both Catholic and secular -- to use their facilities for meetings, it was important that there would be people trained in the use of Narcan, the drug used to reverse the effects of opioid overdose.

While the Archdiocese has a department called the Secretariat for Health and Social Services, we acknowledged at the outset that we are not a health care education institution or a health care provider.

We did a reconnaissance of what resources were available in the community and partnered with a variety of public service agencies, such as

local fire departments and emergency medical services, who provided educational sessions in the use of Narcan as well as resuscitation techniques in the event of life-threatening emergencies to be used until first responders could arrive. In addition, we worked with teams representing those agencies and law enforcement officers from police departments and from the district attorneys' offices which provided more general education about the legal and societal issues stemming from the opioid epidemic and social service agency resources available to address them.

The presentations were offered throughout the Archdiocese at parish, vicariate and regional meetings, with particular attention to the administration and faculty of Catholic schools, including the school nurses.

For ongoing support and education, the Archdiocese sponsors a program called the **Archdiocesan Addiction Recovery Pastoral Support Services (AARPSS)** which collaborates with a wide variety of agencies and organizations to assist individuals and parishes in ministering to addicted persons and their families. It seeks to provide education, prevention, treatment and solutions for the disease of addiction. [Please refer to <http://aarpss.org/>]

Recognizing that these problems and issues require a long-term commitment, the Archdiocese partnered in 2018 with the Missionary Servants of the Most Holy Trinity who have developed an initiative called **I Thirst** to offer spiritual support and encouragement to individuals and families struggling with substance use disorders through “the development and implementation of programs designed to educate and prevent, provide support to treatment facilities and those incarcerated, and to develop an aftercare community for the afflicted and their families”. [www.ithirstinitiative.org] After engaging with a small sample of parishes in 2018 as a kind of pilot project for this partnership, the rest of the Archdiocese will be included in this initiative in 2019.

3. COMPLEMENTARY ACTIVITIES IN THE ARCHDIOCESE

Concomitantly, the Archdiocese of Boston is conducting other programs that are both part of the mosaic of “whole person care” and are related to its work for those who suffer substance abuse disorder.

The first is geared to preventing the tragedy of addiction, particularly in the pediatric population. It is a mental health initiative called **Kids' Health Minds (KHM)** which is directed to children, adolescents and young adults. In this work, we partner with Franciscan Children's Hospital of Boston, a pediatric long-term rehabilitation center that was founded in 1949. In-

deed, it is the major provider of long-term in-patient psychiatric care for the pediatric population for the whole state of Massachusetts.

We find ourselves in a time when the incidence of mental illness in children seems to be either better identified or acknowledged, but in either case, is on the rise in an alarming fashion. Experts tell us that one in five children suffer a mental illness, whether that is a learning disability or anxiety or depression, even to the point of self-harm. If caught and treated early, there is a 50% rate of cure or improvement to the extent that the problem is either reversed or is managed so successfully that its impact is minimized. Untreated, these problems result in behavioral problems up to and including self-harm, suicide, substance abuse and involvement with the criminal justice system.

This program initially involves educational outreach to parishes and Catholic schools to teach parents, parish staffs, school leadership teams, school nurses and faculty members to give them information about what to look for and how to respond to behavioral problems and issues in their children or in the children with whom they work. The next phase of the program will provide similar outreach directly to school age children through the young adult population. The educational curriculum was developed and is presented by mental health professionals. In addition, the program offers a hotline which parents and staffs can access with urgent needs or questions to deal with a young person's issues in real time.

Another initiative of the Archdiocese of Boston that is impacted by the current opioid epidemic, and society's response, is now in its fifth year. Called the ***Initiative for Palliative Care and Advance Care Planning***, this last program is directed toward better informing our faith community about the coordinated care of the seriously ill called Palliative Care and, in particular, that it embodies the Christian anthropological view that our humanity is multidimensional and that all of those dimensions need to be tended to in the care of complex chronic or life-limiting illness. We provide education about that and about the Catholic teaching that underpins how Palliative Care is provided. A particularly significant component of what is taught has to do with pain management. [www.bostoncatholic.org/PalliativeCare/]

In an effort to contain and decrease the epidemic of opioid misuse, including through diversion and inappropriate prescription writing of opioid and other narcotic pain medications in the US, we are seeing an increasing amount of regulation at the state and national level, through legislation.

As society tries to address the need to have better vigilance and monitoring of the use and dissemination of opioid and other addictive medications, particularly those which treat pain, it is important that these legal drugs continue to be available for the patients who need them and for the legitimate treatment of pain which is the purpose for which they are intended.

It is crucially important that these legal and policy efforts do NOT create a “chilling effect” on the appropriate prescription of pain medication for those who need them, specifically for those who suffer the acute or chronic pain associated with serious illness. In this last initiative in our mosaic of “whole person care”, we advocate to protect their access to the medication they need.

4. CONCLUSION

As we review the statistics about overdoses, the deaths and the survival numbers, about the self-destructive behavior that often involves substance abuse, about the incidence of these alarming events in our young people, we urgently ask the question, “what is the appropriate pastoral response?” There is the need for healing prayer services and liturgies, spiritual guidance and so on, and there is also the need to make sure that whatever we offer is grounded in full understanding of what the most updated knowledge is about addiction, about that which our people are addicted to, about recovery philosophies, programs and services, and the only way to do that is to make sure that informational sessions and education is available, that they come from those who are expert in what they are presenting. Whenever possible, someone from the pastoral team can make the link to any relevant Catholic teaching on the topic, if the expert presenter is not able to do so.

A couple of very positive side effects of our programs and initiatives have been the collaborative relationships that are established and/or strengthened by these activities with the clinical, legal and policy experts who conduct these programs for us, and the appreciation from our parishioners and faith community members of the leadership role their Church is taking in addressing this crucial area of societal distress.

MESA REDONDA

El Compromiso de la Iglesia en la Lucha Contra las Adicciones: Mejores Prácticas América Latina - Colombia

Padre Gabriel Mejía MONTTOYA

***Fundador de la Federación Colombiana
de Comunidades Terapéuticas (Colombia)***



América Latina un continente desigual y pobre:

Nunca América Latina fue tan desigual y pobre como ahora. Nunca hubo una humanidad desplazada y privada de ser humana como la nuestra. Hemos pasado de los pobres a los empobrecidos, a los sobrantes a los desechables. Vivimos una difícil situación económica, la pobreza ha aumentado, el crimen y la corrupción son insoportables.

Millones de desplazados, aproximadamente 4,1 millones de personas desplazadas de sus hogares.

Según datos de la ONU cada día crece el número de consumidores en América Latina y prolifera el aumento de cultivos ilícitos.

Es alarmante la tendencia al alza de cultivo de cannabis. La sociedad actual ha banalizado su consumo, la legaliza y la aprueba como droga de recreación.

La pobreza, la falta de oportunidades, el desempleo, el alcohol y las drogas se convierten en un obstáculo para el desarrollo humano integral. Hay prevalencia de nuevas sustancias psicoactivas, aumenta la producción, el tráfico y consumo de drogas.

Las Iglesias y las organizaciones locales son una respuesta de la sociedad civil a las grandes carencias de los estados. Yo he visto a lo largo de 40 años de trabajo con las drogodependencias en América Latina, y como Presidente de la Federación Latinoamericana de comunidades terapéuticas, apatía e indiferencia por parte de los gobiernos de América

Latina para hacer frente a esta realidad violenta de las drogas que envenena y dañan a nuestros niños y jóvenes.

Los gobiernos se han dedicado a la guerra contra el narcotráfico; pero no lo hacen en la atención a las víctimas de este conflicto.

La falta de atención a los drogadictos por parte de los gobiernos ha desencadenado una proliferación de centros de atención que no cumplen los requisitos mínimos ni los protocolos de atención para los programas de rehabilitación.

Comunidades de Garaje, anexos donde se maltrata y se humilla a las personas, con un lenguaje vulgar y despectivo. Este es un serio problema en América Latina donde no hay intervención profesional y de calidad.

Muchas veces la Iglesia está donde el Estado no sabe, no quiere, no puede. Mirando siempre lo más urgente, oportuno y eficaz. Con un compromiso de compasión ante el sufrimiento de tantos niños y de tantos jóvenes.

La misma Iglesia católica, lentamente ha ido asumiendo una pastoral en salud y en adicciones; en un trabajo preventivo en la misión educativa de los colegios y universidades, en un trabajo con las familias y en una intervención preventiva en nuestra sociedad contemporánea.

Vivimos en una sociedad adicta a todos los niveles: los adictos al sexo, los adictos a la violencia, los adictos a las drogas, los adictos a la comida, al internet, al juego y a la pornografía.

Grupos de sacerdotes y laicos de las iglesias y organizaciones locales en América Latina, hemos creado la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas FLACT, articulando en cada uno de los países latinoamericanos una red de más de 3.000 programas de atención a farmacodependientes, ayudándoles a rehabilitarse y reintegrarse a la sociedad.

Desde hace más de 25 años, el INL del Departamento de Estado de los Estados Unidos, y la CICAD/OEA han apoyado económicamente el desarrollo de la Federación latinoamericana ayudando a la formación de líderes en drogodependencias y creando un proyecto de calidad para los programas de rehabilitación. Hoy el gran problema de la Federación latinoamericana es la falta de recursos, ya hace más de cuatro años que no recibimos apoyo del INL y de la Cicad/OEA, lo cual pone en gran riesgo el desarrollo de esta Federación que tanto bien ha hecho en estos 30 años.

Son muchas las Iglesias y las organizaciones locales que hoy toman conciencia de este flagelo de las drogas entre niños, jóvenes y adultos.

Sabemos que existen muchos caminos para la rehabilitación y la reintegración social pero es muy importante que la Iglesia católica a través de su jerarquía desarrolle políticas claras que puedan responder a lo más urgente, oportuno y eficaz en el abordaje de este problema que hace perder el sentido de la vida y que se convierte en el gran obstáculo para el desarrollo humano integral

En los rostros de muchos niños y jóvenes drogadictos, vemos hoy como se deshumaniza al hombre; esos jóvenes son testimonio de la humanidad vilipendiada, humillada, pero no vencida ni borrada; porque con ellos pasa igual que con la cruz.

Son muchas las familias que sufren las consecuencias de la adicción a las drogas de sus hijos y que, sobre todo, deben compartir las penas psicológicas o físicas, la vergüenza, las tensiones y los conflictos interpersonales, los problemas económicos y otras graves consecuencias, y que pesan sobre el entorno familiar, debilitando y resquebrajando la célula fundamental de la sociedad.

La vida del hombre tiene sentido, lo conserva siempre y jamás lo pierde, por extremas o injustas que sean las circunstancias que la rodeen. La vida del hombre también, del hombre que hoy sufre sigue teniendo sentido.

MESA REDONDA

El Compromiso de la Iglesia en la Lucha Contra las Adicciones: Mejores Prácticas América Latina - Argentina



Magister Roberto MORO

Secretario de Estado para las políticas integrales sobre drogas (Argentina)

El abordaje del consumo problemático de drogas en contextos de alta vulnerabilidad social exigen un tipo de respuesta multifacética, y plástica, en el sentido de versátil, es decir con capacidad de adaptación a los escenarios cambiantes.

La realidad social vulnerable, entendida desde el paradigma de la complejidad, interpreta que quienes la habitan están inmersos en un contexto caótico, caracterizado por carencias materiales, desamparo político, y al margen del usufructo de derechos básicos como al de la educación, la salud, y la justicia entre otros, o con claros obstáculos para acceder a ellos.

En esta realidad nos preguntamos ¿Cómo se debe intervenir con usuarios de drogas?, ¿Cuál es la mejor manera de prevenir, asistir o reducir daños del consumo de drogas legales e ilegales?.

La experiencia del equipo de Sedronar, iniciada por el Pd. Mariano Oberlin, se realiza en los barrios Müeller y Maldonado de la ciudad de Córdoba. Ya lleva casi 4 años de trabajo y ha implicado un proceso de aprendizaje y descubrimiento de claves teóricas y metodológicas que en parte ayudan a responder estas preguntas.

El presente es entonces un esfuerzo de sistematización del trabajo realizado en estos barrios, con el objetivo de traducir teóricamente la práctica en marcha, poder comunicar mejor el trabajo que se realiza en ese sector y dar la oportunidad de hacer replicable la experiencia.

De manera resumida podemos decir que el sector urbano en el que se desarrolla la tarea del Pd. Oberlin y Equipo de Sedronar está signada por la precariedad edilicia estructural y de servicios, alta circulación de venta de drogas al menudeo, alta tasa de deserción escolar y escasez de ofertas educativa y laboral sobre todo para adolescentes y jóvenes. Es una zona en la periferia al este de la ciudad de Córdoba, signada por basurales, y lindante a un antiguo y gran cementerio. Obviamente es un sector de alta inseguridad.

La intervención social del trabajo tiene como objetivo central a los adolescentes y jóvenes del lugar. La razón de esta elección es que resulta patente como desde el Estado los programas sociales hacia la población vulnerable se enfocan más en cubrir necesidades de la niñez y de la tercera edad, quedando vacante la atención a la adolescencia y juventud que se mostraban mas invisibilizadas.

En la actualidad la tarea se realiza desde una serie de instituciones que a fuerza de la realidad imperante, y como producto de la evolución del trabajo, se desempeñan de manera entrelazada.

Estas instituciones son el DIAT, el CAAC, la Parroquia, y las ONGs ligadas a la tarea.

A esta altura de la experiencia, entendemos que todas estas intervenciones deben articularse y definirse desde una estructura única y mayor, que posibilite una lectura de integralidad e integración de las prácticas, y responda a un enfoque de trabajo único y coherente.

Contrario a esto, la dispersión de instituciones comprometidas con la tarea, por más que se esfuercen en la articulación, si carecen de una mirada única y ordenadora se encontrarán con una desventaja estratégica y con mayores riesgos de ruptura.

Por esto es que proponemos denominar “Centro de Integración Social” al espacio central desde el cual se coordinan todas las acciones que se implementan, y al complejo de instituciones que participan de este proyecto de intervención social.

El concepto de “Centro de Integración Social” (CIS) se define como dispositivos de intervención en territorio desde los cuales se ejecutan Políticas Públicas dirigidas a garantizar las condiciones de la ciudadanía para que las personas sean miembros plenos de la comunidad en que están insertos.

La directriz de estos Centros es el Enfoque de Derechos en tanto perspectiva para discernir el abordaje integral de cuestiones sociales, en el

marco de las Políticas Públicas centradas en el ciudadano, y una nueva institucionalidad que promueva, garantice y defienda los derechos humanos en los espacios territoriales y locales, sobre todo cuando se trata de poblaciones vulnerables y postergadas.

Los CIS aportan a la construcción de escenarios con un enfoque integrado y multidimensional en relación a: la capacidad de tomar decisiones en el ámbito de la política pública, al abordaje de los problemas de convivencia social, las preocupaciones en salud comunitaria desde los determinantes sociales de la salud, la inclusión laboral y educativa, la superación de la interacción social en clave de violencias, las demandas de género, los contextos favorables al consumo de sustancias, las distintas formas de cultura que se expresan en los contextos familiares, en los colectivos y grupos, las convivencias entre generaciones, los argumentos y razones sobre la diversidad, la práctica de la democracia participativa y pluralista; todo con vigilancia y ajuste a las idiosincrasias locales y territoriales.

Los Centros de Integración Social se orientan hacia la construcción de estrategias de acción que garanticen en las comunidades mayor espacio de ciudadanía para asegurar protagonismo, accesibilidad y vigencia de los derechos.

Esta construcción de un escenario estratégico estará apoyada en las redes institucionales y las relaciones interinstitucionales. Para que la gestión en red ocurra son requeridas nuevas capacidades institucionales que implica pasar de la gestión rígida y centralizada a la gestión flexible y descentralizada. Poniendo en práctica nuevos estilos de conducción y administración, toma de decisiones y liderazgos.

Esta nueva institucionalidad de los CIS es un desafío a la integración de los organismos que operan localmente y a la transformación de las prácticas de cómo plantear un problema en el campo de lo social desde los principios de Universalidad, Integralidad, Intersectorialidad, Interinstitucionalidad e Interdisciplinariedad. Bajo estos criterios y del Enfoque de Derechos surgirán las propuestas para desarrollar criterios superadores de los paradigmas de necesidad o riesgo y de políticas focalizadas; también provocadas por la fragmentación académica del conocimiento para los campos sociales, de justicia, de salud, de educación y empleo.

Por otra parte este esfuerzo en darle integralidad a la implementación de la estrategia se caracteriza por poner su centro en la realidad de los jóvenes, y específicamente de los jóvenes en situación de vulnerabilidad social.



En contextos complejos, vulnerables, debilitados en sus derechos, privados de infraestructura edilicia y faltos de desarrollo social, sanitario y educativos, el problema del consumo de drogas adquiere una forma y dimensión distinta al que se observa en la población socialmente incluida.

Una de las diferencias centrales, que lo convierten en “otro fenómeno”, es que el usuario de drogas en situación de vulnerabilidad está cruzado por múltiples problemas personales, familiares y sociales, que lo sumergen en un espiral de situaciones caóticas y desorganizadas. Quizá por esto mismo es que se observa cómo el daño de las drogas es diferente según el contexto social en el cual impacten, más allá de sus propiedades farmacológicas. A mayor vulnerabilidad social se observan más daño de la misma droga en las mismas dosis.

Esta última aseveración deja en claro entonces cómo el problema no radica solamente en la sustancia, sino en las características de los contextos sociales.

Por ello, el modelo puramente médico-sanitario de abordaje de las adicciones, resulta insuficiente para intervenir en estos contextos descriptos. Se necesita por lo tanto un enfoque Integral e Integrador, que interprete a la persona en su totalidad, y la aborde desde su complejidad.

A continuación, enumeramos de manera incompleta algunos aprendizajes logrados en la zona mencionada de la ciudad de Córdoba, a fin de que sirvan para mejorar y replicar este modelo de trabajo.

- 1.** Trabajar en la problemática del Consumo de Drogas en contextos Vulnerables implica intervenir desde la Prevención Ambiental.

Parte del trabajo que fue realizando el Pd. Oberlin fue por ejemplo solicitar a la municipalidad y provincia que solucione el problema de los basurales del barrio, o brinde mayor iluminación en las calles y mejore su transitabilidad (bacheos, asfalto, etc). Este tipo de intervención debe ser parte del enfoque de los Centros de Integración Social propuestos, a la cual definimos como Prevención Ambiental, y que consiste en mejorar los contextos de convivencia, normativos y de habilitabilidad en el cual vive y se desarrolla la persona.

Un medio ambiente agresivo, caótico y descuidado, contribuye como factor de riesgo al consumo de drogas simplemente porque devuelve al individuo el mensaje de que él/ella no es importante para la sociedad.

Una mirada integral por lo tanto debe contribuir a que las intervenciones de un CIS se dirijan también en estos temas macros a los liderazgos político locales a fin de alentarlos a que se tomen las decisiones

para mejorar y normatizar los contextos en el cual se desarrollan las vidas de estos jóvenes y sus familias.

2. Se debe Acompañar a los Usuarios de Drogas en todas sus fases del problema.

Un CIS no se piensa como un “centro de rehabilitación de drogas” solamente, sino también como una estrategia de mejora da la calidad de vida de los usuarios que continúan con sus prácticas.

Si bien el objetivo de máxima es el de acompañar a los jóvenes en el abandono de sus prácticas de consumo de drogas, a una visión integral le interesa estar al lado de quien continua en el consumo pero puede mejorar sus condiciones de vida básicas.

En la experiencia del Pd. Oberlin-Sedronar por ejemplo se ha trabajado en llevar viandas a jóvenes que están en la calle y continúan consumiendo drogas, a pesar de que no quieran abandonar sus consumos. O hay proyectos para brindarles un lugar donde puedan asearse aunque después vuelvan a la calle a consumir.

Entendemos que así se da un mensaje de reconocimiento también a estas personas invisibilizadas, lo cual puede construir un vínculo de confianza para una mejor capacidad de ayuda a futuro.

Se trabaja de esta manera valorando la idead de las “metas-penúltimas” de una intervención. Si bien la meta última es la de la rehabilitación, en contextos de vulnerabilidad cobran sentido las metas penúltimas, que contribuyen a otorgar dignidad a las personas.

3. El Trabajo, factor clave como intervención ordenadora, de reconocimiento y de inserción social.

En la experiencia del Pd. Oberlin y Sedronar la función del trabajo se descubre como un factor ordenador y de auto-reconocimiento. Ordenador en el sentido de quien llega al CIS proviene de un estilo de vida sin estructura, ni responsabilidades. La propuesta de que las personas se incorporen a espacios laborales como tejedurías, construcción de casas con material reciclable, panadería, etc. implica que los jóvenes deben esforzarse en algo tan simple pero ausente como estructura y organizar su vida con nuevos hábitos.

En los testimonios de los jóvenes también aparece el factor psicológico positivo de percibirse como reconocidos, importantes para otros, parte de un grupo con objetivos, y descubriendo nuevos valores de vida y convivencia.

El adicto a drogas tiende configurar su tiempo solo en el aquí y ahora, carece de percepción de historicidad, por ello le resulta casi imposible planificar en el marco de la realidad. La inclusión en un trabajo, que implica el inicio de una actividad, y el final muchas veces visible en un producto, devuelve historicidad a la experiencia, y esto es algo a recuperar por parte de un adicto a drogas.

Y por supuesto el trabajo implica una posibilidad de inclusión social legítima. Todos estos jóvenes con los que se trabaja en estos contextos están cruzados por la cultura de la delincuencia, o simplemente por la ausencia de una cultura del trabajo. Por lo que el trabajo digno aprendido posibilita un descubrimiento de buenas formas de inclusión social.

4. Los CIS como articuladores de los DIAT y los CAAC.

El CIS resulta en una entidad que incluye a dispositivos como los DIAT y los CAAC de Sedronar. Pero trabajando de manera articulada y con equipos técnicos que pueden estar disponibles para estos espacios. Si bien cada dispositivo tiene su identidad, una misma persona puede pasar de uno a otro según la necesidad y la fase en donde se encuentre. Hemos aprendido con la experiencia en estos barrios que encapsular los modelos de intervenciones contribuye a obstaculizar el diálogo entre ellas.

Desde la perspectiva de los jóvenes que participan de estos espacios por su parte, conviene que las intervenciones se presenten todas entrelazadas, y no en compartimentos estancos. Esto le dará más dinamismo a los itinerarios educativo-terapéuticos, que suelen estar cargados de altibajos en los procesos.

En síntesis. Entendemos en base a esta experiencia en Córdoba, y a otras muchas del país, que la propuesta más efectiva para trabajar en espacios de alta vulnerabilidad consiste justamente en pensar las instituciones como un todo integrado, por lo cual el concepto de CENTRO DE INTEGRACIÓN SOCIAL, nos resulta funcional a esta visión.

Son muchas más de las mencionadas las intervenciones sociales que se están sumando en la tarea del Pd. Oberlin y Sedronar: Educación, Asesoramiento Legal, Atención Médica, Inclusión en otros programas estatales dirigidos a jóvenes, atención psicológica, orientación familiar, etc.

Todo esto debería integrarse como un rompecabezas sin límites definido en un CIS.

MESA REDONDA

El Compromiso de la Iglesia en la Lucha Contra las Adicciones: Mejores Prácticas América Latina - Argentina

Padre Carlos OLIVERO

Coordinador del "Hogar de Cristo" (Argentina)



Antes de comenzar, quiero agradecer al Dicasterio para el Servicio del Desarrollo Humano Integral la posibilidad de estar hablando aquí en este momento, y a ustedes que se disponen a escucharme.

Esta palabra que hoy puedo compartir no es solo mía, recoge las voces de muchas mujeres y hombres que en la Pastoral Nacional de Adicciones y Drogadependencia de mi país, Argentina, en la Cáritas Nacional y en la Federación Familia Grande del Hogar de Cristo se preguntan cómo deben ser nuestras comunidades para que quienes sufren directa o indirectamente por el consumo de drogas encuentren en ellas una familia que las abraza.

En efecto, cuando hablamos del problema de las drogas no estamos hablando solamente de un problema individual. Es, sin lugar a dudas un problema personal y familiar, pero es también un problema social con dimensiones institucionales, comunitarias y culturales. Las respuestas deben ser entonces proporcionales a las dimensiones del problema.

Todos los que estamos acá tenemos infinidad de historias y testimonios. La que traigo a continuación no tiene otro sentido que el pedagógico. Aunque el nombre esté cambiado, es una historia real, de las que nos señalaron el camino.

Fue Victoria quien nos enseñó la complejidad. Durante años vivió en la calle cerca de la Parroquia, en un ranchada chiquita que armaron con madera unos compañeros que la invitaron a dormir allí. Por estar inmoderadamente deprimida contrajo tuberculosis, inició 17 veces el tratamiento y por el intenso craving siempre lo abandonó. El bacilo que causaba su infección fue mutando y se volvió extremadamente resistente, y el tratamiento

costosísimo. Su baciloscopía positiva señalaba los riesgos de contagio para quienes compartían la pequeña cueva de madera, pero a la vez hacía imposible su internación en una comunidad terapéutica. Los profesionales del centro de salud tenían miedo de llegar hasta su cueva donde ya habían sido robados, pero sus hábitos de consumo hacían imposible un tratamiento ambulatorio. El Hospital de infecciosas puso una condición para recibirla por 18 vez: debía tener una consigna policial que garantizara que no se iba a volver a escapar. La legislación argentina no permite ese tipo de intervención involuntaria, salvo en un caso de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Y aún cuando ella misma lo estaba pidiendo, la justicia no accedió a involuntarizarla por comprender que el riesgo no era inminente. Por su adicción a la pasta base llegó a hacer cualquier cosa. Se subía a los camiones, era explotada sexualmente a cambio de unas monedas, quedó embarazada.

A esa altura ya entendíamos que las respuestas que habíamos organizado en nuestro pequeño centro (espacios terapéuticos individuales y grupales, encuentros de oración, laborterapia, talleres) eran inadecuadas para el problema de Victoria y su bebé. Pero también entendimos que sus dificultades superaban ampliamente la capacidad de respuesta del hospital de infecciosas, del centro de salud, de la maternidad, los paradores nocturnos, la comunidad terapéutica, los juzgados... Ninguna institución podía tener todas esas respuestas, pero tampoco servía derivarla de una a otra, para que lograra sortear la burocracia de cada institución y acceder a esas respuestas en tiempo y forma había que acompañarla.

Con Victoria comprendimos que el problema que subyace es epistemológico. Todas esas instituciones se fueron construyendo en torno a su especificidad, y la suma interdisciplinaria de sus saberes no alcanza a ver la totalidad de la persona, mucho menos a acompañarla. La mirada del especialista lo ve todo desde su propia lente y tiene la dinámica de la lupa: amplifica, pero solo lo que enfoca. Su comprensión es profunda, pero a la vez angosta, circunscripta a su objeto de estudio.

Con Victoria comprendimos que existe una mirada distinta, que es la que puede tener una madre, un hermano o un amigo, que no alcanza a ver tan lejos como el especialista, pero su mirada se expande a lo ancho para comprender y abrazar la totalidad. Ambas miradas, la específica y la integral son complementarias.

La primera se organiza en instituciones, dura lo que dura la resolución de un problema. Necesita de distancias terapéuticas, para que las emociones del sujeto interviniente no interfieran en el diagnóstico y tratamiento. Guarda una cierta asimetría dada por la posesión del conocimiento.

La segunda es la integral, y es propia de la familia y la comunidad, que permanecen en el tiempo más allá de cualquier problema o solución, y que ven mejor cuanto más iluminados están por el amor. Este modo de mirar suele dar origen a una relación más simétrica, que posibilita la reciprocidad, que comparte la mesa y el descanso.

Victoria necesitaba las respuestas específicas de las instituciones, pero no podía acceder a ellas estando sola. Solo se animó a desandar el laberinto, cuando estuvo acompañada. Necesitaba una familia o una comunidad que la apoyara.

Ambas miradas y ambas intervenciones son necesarias. Si los especialistas en adicciones solamente nos preguntamos por las instituciones, me temo que la vida se nos va a escapar entre los dedos porque no hay respuestas lineales para los problemas complejos. La mirada integral que da el nombre al Dicasterio que hoy nos convoca, exige que también pongamos atención en el tejido social, en el modo en que las personas se vinculan.

¡Pero cuántas familias rotas hay alrededor de los problemas de adicción! ¡Cuánta orfandad, cuánta necesidad de amor! Y si la familia está rota, es disfuncional, o directamente no está... ¿en qué lugar esa persona que sufre por una adicción va a encontrar el amor que necesita para apoyarse, para iniciar un camino, o para no bajar los brazos? ¿Dónde se va a sentir perdonada, amada a pesar de su fragilidad, o de sus fracasos?

Por eso, más allá de las dimensiones legales, geopolíticas, científicas, o económicas, más allá de las recomendaciones que puedan hacer los organismos internacionales, nosotros comprendemos que el problema es también eclesiológico. Pero entiéndase bien, cuando decimos eclesiológico queremos señalar el modo real en que nuestras iglesias locales viven, porque teorías hay muchas, y valen poco si no se ponen en práctica. Esta mañana el Padre Vincenzo Sorce nos habló maravillosamente de la dimensión antropológica. Nosotros nos preguntamos ¿cómo deben ser nuestras comunidades para generar esa proximidad y esa empatía que nos señalaba?

¿Cómo deben ser nuestras comunidades eclesiales para que quienes se encuentran atravesados por el sufrimiento de la adicción puedan sentirse parte? Una parroquia cerrada, una congregación autorreferencial, un colegio o un movimiento elitista no parecieran ser la mejor opción. No alcanza con derivar a la fazenda, a la comunidad terapéutica o al grupo de Narcóticos Anónimos. Lo que hacen esas instituciones es magnífico, pero eso no alcanza para todos. Está el que no quiere recuperarse,

el que intentó varias veces y no pudo, el que hizo un tratamiento y lo abandonó, el que un día vuelve a su casa solo y con ilusiones, el hombre mayor que duerme en la calle y se alcoholiza... ¿Cómo tienen que ser nuestras comunidades entonces?

En estos años hemos encontrado una figura que a nosotros nos sirve, se trata de los Centros Barriales. Estos espacios se apoyan en estas políticas públicas que comentaba el Mg. Moro y que nosotros valoramos mucho, pero cuando empezamos todo eso no estaba. Su objetivo principal es que quienes están más rotos encuentren en la Iglesia una familia que los abraza, aunque muchas veces no sabemos cómo hacerlo, o nuestra fragilidad nos lo lleva al fracaso.

Los Centros Barriales son verdaderas comunidades eclesiales que están cerca del dolor y que organizan el lazo social para recibir la vida herida y acompañarla. El lazo social tiene que ver con el Evangelio de la vida: es el servicio, la hospitalidad, la paciencia, el perdón, la humildad, la confianza, la espera... Los Centros Barriales son en nuestro país el recuerdo y la constatación empírica de que cuando ponemos en el centro a los preferidos de Dios, la alegría del Evangelio lo invade todo.

Los Centros Barriales no compartimos un modelo, porque no hay algo que pueda transplantarse de un lugar a otro, porque cada lugar tiene sus características, su historia, su contexto, sus recursos. Lo que sí compartimos es un método, un modo de caminar. El N. 24 de *Evangelii Gaudium* que señala el método de la Iglesia en salida, nos recuerda el modo de caminar de nuestras comunidades. La Iglesia en salida primerea, se involucra, acompaña, fructifica y celebra. ¡Qué importante eso de primerear, eso de no quedarse esperando sino de ir al encuentro de quien sabemos que está sufriendo!

En incontables ocasiones el Magisterio de la Iglesia enseñó la dimensión eclesial de la familia como Iglesia doméstica, señalando los rasgos eclesiales de la familia cristiana. Hoy los Centros Barriales nos señalan la importancia de cultivar los rasgos familiares en la Iglesia.

La Familia Grande del Hogar de Cristo es la reunión de todos los centros Barriales del país, actualmente son unos 150 en distintos estados de desarrollo, y todos los días aparece una nueva comunidad que quiere empezar a caminar. Los centros barriales se apoyan, se acompañan, comparten recursos. Todos ellos atraviesan problemas, miedos, inseguridades, resistencias. Pero el acompañamiento de unos a otros nos permite superar las dificultades y caminar. Cuando nos encontramos, nos invade la alegría de saber que no estamos solos.

Paradójicamente, el problema de la droga fue para nosotros una bendición, tuvimos que comprometernos por necesidad, pero hoy nuestras comunidades se renuevan, se respira vida, fuerza y alegría. Cuando llega una nueva comunidad preocupada por el problema de la droga y empieza a caminar, desencadena un proceso de transformación que ni siquiera vislumbraba. Es muy hermoso verlo, y doy gracias a Dios que me hace testigo. Es que en los más pobres hay una bendición, y cuando los ponemos en el centro nos la contagiamos. ¿Pero para qué les voy a decir más? Todos conocemos la dinámica de la cruz.

Le encomendamos entonces nuestras comunidades a la Virgen, porque es nuestra madre. Y a nuestro Padre del cielo le pedimos:

Danos entrañas de misericordia frente a toda miseria humana. Inspíranos el gesto y la palabra oportuna frente al hermano solo y desamparado. Ayúdanos a mostrarnos disponibles ante quien se siente explotado y deprimido. Que tu Iglesia, Señor, sea un recinto de verdad y de amor, de libertad, de justicia y de paz, para que todos encuentren en ella un motivo para seguir esperando. Amén

ROUND TABLE

The Commitment of the Church in the Battle Against Addictions: Best Practices Africa



Dr. Anita APPIAH

Coordinator, Community and Institutional Care, National Catholic Health Service of the Ghana Catholic Bishops Conference (Ghana)

INTRODUCTION

Drug addiction is a physiological, psychological, spiritual and behavioural problem that results from prolonged use of alcohol and other brain-modifying substances that has serious effect on the addicts, families, communities and nations. Globally, drug use and its associated disorders is on an alarming rate. It is reported that 275 million people worldwide had used drugs indicating an increase by 20 million from 2015 to 2016. Individuals who are addicted to drugs suffer health and socio-economic problems that tend to limit their well-being and socio-economic lives, even extending to their families, communities and nations. Addiction is a problem generally associated with advanced countries, but developing countries are equally affected. In African societies, it is a rising menace and with no signs of abating anytime soon.

Ghana is not spared as it is facing a rising substance abuse problem. It is suspected that about 50,000 people in Ghana abuse drugs, with a high youthful population. Alcohol and tobacco are the common substances abused leading to addiction. Other abused substances include, in no particular order heroin, cannabis and amphetamines. Of concern is the rising abuse of the controlled pain reliever “tramadol”, locally called “tramol”. “Tramol” abuse poses a different challenge as it is mixed with all sorts of substances including cough mixtures, energy or caffeinated drinks, alcoholic beverages and other local herbal preparations. Like all addictive drugs, the youth claim it gives them physical energy or makes them high. It is also relatively inexpensive.

With the rising burden of drug use and its associated disorders, coupled with the involvement of people from all walks of life including business leaders, medical practitioners, members of respected professions and politicians, the Church offers Herself as an embodiment of hope for the fight against addiction. Despite widespread stigmatisation and criminalization of drug use and addiction, the church sees the attachment to drugs not as an offense against reason and God but as an affliction that cripples and makes it impossible for the user to reason and love God. A number of researches have established that religiosity is a positive predictor of abstinence as far as drug use is concerned. Young persons who are involved in church activities are less likely to engage in activities that may later lead to drug use and its associated disorders. Some dioceses in Ghana therefore have shown some commitment to enhance prevention and facilitate care for people with addiction problems.

BEST PRACTICES

There are two church rehabilitation centres in Ghana, both located in the southern part of the country. Mercy Rehabilitation Centre is found in the peaceful mountain areas of Cape Coast, a coastal and historic town in Ghana. Cape Coast boasts of a greater proportion of good schools (junior and senior high schools alike). Being the first capital city of Ghana, it has a number of state-owned institutions as well and a high standard of living.

House of St. Francis has found peace in an urban slum in Accra, the capital city of Ghana. It was established with support from Hopeful Way; a not-for-profit organization and handed over to the Accra Archdiocese. The slum in which the facility is located, provides shelter for many social addicts and has high rates of poverty and social vices.

The two rehabilitation centres leverage the strong family ties associated with most African (and for that matter Ghanaian) societies to provide comprehensive and effective care for people with addiction. For us the family is the bedrock of society and the main source of social security in all matters, particularly in times of sickness, trouble and most importantly in old age.

Family ties are based on kinship so individuals in that shared kinship consider each other as assets with a social contract that welfare of members is a shared responsibility. Besides, African societies usually connect misconduct of kinsmen and certain diseases to either curses or diseases brought about by a family member but which take effect on another. It becomes a

matter of concern for all kinsmen to prevent being seen by society.

As a result, in most cases, referral of addicts to the rehabilitation centres is done by family members and occasionally by hospitals that manage mental disorders. Addicts are accompanied to these centres by concerned family members who pay for services and ensure their stay throughout the programme. They are supportive of addicts during and after therapy.

Both rehabilitation centres incorporate scientific and faith-based approaches to therapy that offer innovative recovery and rehabilitation through a continuing mutual-help programme. House of St. Francis has an onsite clinic manned by qualified health professionals (psychiatry nurse and prescriber and nurses) who carry out an eight days detoxification program on addicts before they are admitted into therapy. The detoxification program is done on an out-patient basis and so the centre very much depends on the role of the family to ensure regular attendance to all sessions and support/care of addicts during this process. Prescriber nurses at the clinic also take care of other basic clinical needs of clients in the rehabilitation centre and refer clients appropriately to higher medical centres when the need be. Mercy Rehabilitation centre on the other hand, has no clinic and so relies on referring facilities (hospital and clinics) to handle detoxification. The centre refers Addicts who are referred by family and friends to the psychiatric hospital, Ankafu which is about an hour's drive from the centre for assessment and detoxification. The centre takes responsibility of sending clients to the hospital for their routine visits and when needed.

After detoxification House of St. Francis provides a two phased treatment programme designed to rekindle client's desire to return to a meaningful and productive life that allows a maximum stay of 1year, while Mercy Rehabilitation Centre does a single phased program spanning 3 to 6 months. The first phase and only phase of therapy for House of St Francis and Mercy Rehabilitation Centre respectively, lasts 3 to 6months on average depending on the individual's will for sobriety and the extent of addiction. Clients receive education about addiction through the use of the curriculum of Recovery Dynamics. The education is given by trained and qualified staff. They receive education on the physical, mental and spiritual aspects of addiction and recovery following the 12steps approach. To advance to the next phase of therapy at House of St. Francis, recovering addicts also have to complete required assignments and participate in mandatory Alcoholics Anonymous or Narcotics Anonymous meetings.

Like all phases of addiction, the period of treatment has a significant effect on the family and so the Centres, recognizing the essential role of family in recovery, involve them in education and provide updates on progress of their kinsmen on the programme. This education focuses on the physical and psychological aspects of the type of addiction involved for each participant. Emphasis is placed on the environmental triggers of addiction and how they could contribute to aggravating the condition or aid in therapy. This prepares and supports, kinsmen mentally and socially to receive, assist and live with recovering addicts. House of St Francis has structured monthly sessions for families. Occasionally, family members are also referred for psychotherapy or counselling to enable them to cope with the new way of life of their kinsman. Again family members are allowed minimal time for bonding during these sessions.

The second phase of the programme at House of St. Francis is a transitional stage where clients are now developing a lifestyle and understand choices that support sobriety. Clients receive resources that would enable them move back into society as self-sufficient and sober citizens. For those unemployed, they are supported to find trades of their choice where they could learn to enable them obtain employment or set up their own businesses. They also receive support to find independent or transitional housing. There are a few transitional homes in the city that receive recovering addicts from various rehabilitation centres. During this phase, clients receive more responsibilities and privileges – namely, they may leave the Centre for work, meetings, overnight pass or leisure. Clients at this stage serve as role models and sometimes supervisors of those in the first phase of treatment. They are used as peer teachers by attending alcoholics and narcotics anonymous meetings where they share experiences of life outside the rehabilitation Centre with recovering addicts still in the first phase.

The role of family is critical during this phase as recovering addicts spend as much time outside as the transitional homes. The centres depend on family members and other selected supervisors to observe, supervise and report or give updates about life outside the rehabilitation Centres. During this phase of therapy families are prepared to receive recovered addicts and continue to provide an environment that supports sustained sobriety.

For both centres, the role of family in giving feedback and report about the client is very critical during discharge of addicts who have completed the program. And so supervisors from both centres sit with family members to plan a schedule and medium through which family would

communicate how recovered addicts are doing at home. Through the same medium, supervisors receive information about relapse and plan for further management. The House of St. Francis also leverages social media platform like WhatsApp to keep discharged recovered addicts in a virtual community. From a recovered addict's perception, daily and regular sharing of motivational messages and experiences on the platform sustains sobriety for many more addicts.

A phase one recovering addict from the House of St. Francis had this to say about his experience. "This is my third experience of rehabilitation, the first was in America, then a faith-based rehab in Ghana then this (House of St Francis). I am not done with my program yet I can confidently say that this is my last. This is because this program has taught me to take responsibility of my problem unlike the first rehabs and it also builds strong relationships with all who go through it and their families. So I believe that when I walk out of here, therapy will continue to follow me".

CONCLUSION AND RECOMMENDATION

Clearly, practices from the two rehabilitation centres, similar and at the same time different are putting hope back into families (Catholic and non-Catholic families alike). Both Centres demonstrate the role of family in the welfare of its members by leveraging the kinship system in Ghana in providing quality and adequate care for addicts and showing that as the world gets technologically advanced, technology can also be leveraged to prevent and support addiction. I therefore call for increased family involvement in the care for people with addiction problems. The Church should strengthen family systems for prevention and care of substance addiction.

Families pay to support the daily care of their members in therapy. The two rehabilitation centres in Ghana, depend on these family supports and occasional benevolent contributions from other sources. There are many more families out there with addiction problems but they cannot support their members for care due to poverty and lack of space to accommodate them at the Centres. I recommend that the church strengthens its support for these and other centres across Africa. The church should expand the existing Centres and extend services to other deprived areas that also require the services.

ROUND TABLE

The Commitment of the Church in the Battle Against Addictions: Best Practices Asia



Fr. Roberto D. DE LA CRUZ

Coordinator of Sanlakbay Community, Manila (Philippines)

Sanlakbay (One Journey) is a pastoral accompaniment program for drug dependents toward healing, recovery and restoration. It aims to transform lives, restore human dignity and reintegrate them back to their communities to live a purpose-driven, goal-directed, decent and meaningful life.

Responding to the call and mission to help our brothers and sisters whose lives have been mired by illegal drugs, the SANLAKBAY Program traces its humble beginnings from a series of raw, but purposeful and determined consultative meetings, initially among the clergy, religious, and the laity active in church service. The call of the Holy Spirit for the Church to help bring the “healing presence of Christ to a wounded humanity” was palpable. Saying YES to this mission’s call is the most important step.

1. BRIEF BACKGROUND OF SANLAKBAY PROGRAM

In June of 2016 when President Rodrigo Duterte took office, there have been plans by Caritas Manila to set up a facility-based rehabilitation center. However, after a series of collaborative meetings with multisector stakeholders, and realizing that it will take some time to plan, and years to comply to mandatory regulatory requirements to set up a facility-based rehabilitation center, it was agreed that a Community-Based Rehabilitation Program (CBRP) is the appropriate intervention approach to take.

In August of 2016, the Archdiocese of Manila through the leadership of Cardinal Luis Antonio Tagle with Rev. Fr. Anton CT Pascual, Execu-

tive Director of Caritas Manila responded to the challenge. A Community-Based Recovery Program (CBRP) in the form of a collaborative ministry called “SANLAKBAY” (One Journey) was formed. Fr. Roberto De la Cruz of Restorative Justice Ministry would be appointed by Cardinal Tagle as Sanlakbay’s Program Minister.

The Church would take a major step in addressing the gap between the number of drug dependents to be served, and the availability and access to rehabilitative interventions. Committed and continuous participation in collaborative meetings with multisector stakeholders since 2016 certainly helped in identifying and mapping out an appropriate intervention approach for the church to take. The series of talks and coordination with the Department of Health (DOH), Department of Local Government (DILG), PNP (Philippine National Police, and Dangerous Drug Board (DDB), the main government implementing arm, led to cooperation of Church and State.

The Sanlakbay Program was officially launched on October 23, 2016 with a Holy Mass by Cardinal Luis Antonio Tagle at the Manila Cathedral, Intramuros Manila.

2. VISION & MISSION OF SANLAKBAY

Vision: Transformed lives, restored human dignity.

Mission: Provide holistic spiritual, physical, and psychosocial support to drug dependents through a community-based rehabilitation program.

3. PROGRAM OBJECTIVES

The Sanlakbay program offers to low and mild drug users who surrendered to the government, a path towards spiritual restoration and transformation.

The Sanlakbay Program specifically intends to:

- ▶ Establish Parish Community-based Rehabilitation (PCBRP) in the cities of Manila, Makati, Mandaluyong, Pasay and San Juan, all of which are within the Roman Catholic Archdiocese of Manila (RCAM) area.
- ▶ Develop relevant and interactive transformational modules aligned with the mind set and perspective of drug dependents.
- ▶ Implement a “drug demand reduction” activity by conducting drug education, awareness and information campaign in schools, communities and workplaces.

5. PROCESS AND TIMELINE OF THE PROGRAM

PROGRAMS/ WEEK	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
CATECHETICAL FORMATION (12 STEPS)																										
VALUES FORMATION																										
GABAY SESSIONS	Families/Individual in 26 days by appointment																									
	Gabay/Group sessions																									
SKILLS & LIVELIHOOD																										
SPORTS & CULTURE	Depending on the Parish priest/coordinator																									

6. PROCESS FLOW

- Step 1** Undergo Screening Test or Drug Dependency Evaluation (DDE) at the nearest Health Office, and (intake) interview for profiling and identification of the intervention needed.
- Step 2** If classified and required for community-based rehabilitation intervention, the Barangay (Local Government Unit) official shall endorse the drug surrenderer to the Parish to sign up and undergo the Sanlakbay Program.
- Step 3** The drug surrenderer must attend and complete the six (6) months program of Sanlakbay with three (3) minimum random drug sensitivity test within the 6 months time, through the accredited doctors of DOH (Department of Health).
- Step 4** After completing the program, the drug surrenderers are issued a certificate of program completion by Sanlakbay. The Sanlakbay Program graduates then report to their respective Barangay (Local Government Unit) for processing.
- Step 5** Sanlakbay Support and Restoration Center (SSRC) commit another eighteen (18) months to support the KALAKBAY in their journey in sobriety through post program counseling (individual or in groups), medical, and clinical services offered by volunteer professional medical practitioner partners.

7. DRUG EDUCATION AND INFORMATION CAMPAIGN

Sanlakbay believes that the “Church and State should collaborate, not clash” as stated by Cardinal Rosales. Sanlakbay is in partnership and collaboration with the Philippine National Police, National Capital Region in its education and drug information campaign. Information are formatted to fit specific target audiences. There are specific modules intended for elementary and high school students, communities, and workplaces (offices).

8. POST CARE SUPPORT

After the drug dependents completed the 6-month program of PCBR, the Sanlakbay commit another 18 months to assist and support their continues recovery through:

- ▶ Support System or Group Sessions
- ▶ Medical and Clinical
- ▶ Individual Counselling
- ▶ Referrals and Linkages
- ▶ Other services, if needed within the available resources

ROUND TABLE

The Commitment of the Church in the Battle Against Addictions: Best Practices Europe



Mr. Darren BUTLER

Coordinator, "Irish Bishops' Drugs Initiative"- IBDI (Ireland)

Pastoral Response to Substance Misuse is an initiative of Irish Episcopal Conference. The drugs initiative was established in 1997 to allow the Church to play her part in responding to the increasing problems of alcohol and drug misuse in Irish society. We strive to remember that it is part of our call as Church to be our sisters' and brothers' keepers, and a small response at the parish level is a caring pastoral way of safeguarding our young people, family and community from the harms that can be caused by drug and alcohol misuse.

Our Initiative works in parish communities to help mobilise the community to help in the prevention of substance misuse. We try to meet the educational / training needs of the community. We work in partnership with other regional services both from community and statutory agencies where possible. We also have a number of our own training programmes that we facilitate. All our programmes are based on good practice and meet quality standards in substance use / misuse education. The model of the Irish Bishops Drugs Initiative (IBDI) has evolved over the years, meeting the various needs parishes have highlighted; one of the most common gaps in services that we try to fill is the inclusion of parents in our programmes. Parents and guardians are the primary educators in the life of the family and when it comes to education and awareness of substance misuse the school should be seen as a back up to the parent's role. What makes the IBDI different to some other drug projects is that we have access to speak to parents through Confirmation preparation and reach out through awareness evenings and have prevention packs available for parents to take home. Anyone working in education will say

reaching parents is one of the most difficult areas to be successful in. The IBDI try to include where possible a whole family approach to education and awareness as the importance of open communication and having the confidence to have those difficult conversations from an early age is a key part of a healthy relationship. With each new parish Initiative we coordinate a needs assessment meeting with members of the community e.g. School, Parents reps, Sport Coaches, Pastoral Councils and Clergy.

The areas we concentrate on are:

- ▶ Information & Awareness
- ▶ Education & Training
- ▶ Alternative activities

We work in many areas of the parish. One example is *Third Level Colleges* working in partnership with the chaplain and a student. We have recently completed a research paper entitled “*Third Level Students and Attitudes of Alcohol*”. From the results of this paper we have set up Initiatives in *Third Level Colleges* supporting student drug awareness days and providing an alcohol screening brochure for students to look at their drinking patterns. Some of these results were alarming e.g. 37% of *Third Level Students* thought alcohol was not a drug.

With the many new substances we will hear about at this conference it is important to remember alcohol is still the number one killer drug.

Having researched where possible it seems the Irish Bishops Conference are the only ones in Europe with a response of this kind. A number of our volunteers since becoming involved have gone on to achieve degrees in addiction and social science and continue to volunteer in their communities.

Over the last number of years our Peer programme has grown, an example of this is Tuam Diocese in 2017. In partnership with the Youth Director 351 sixteen and seventeen-year-old students old students are trained to facilitate the local Confirmation Class in the local schools on a healthy lifestyle programme. In 2017 these teens facilitated thirty two primary schools over 1.500 students. The programme also allows for the opportunity for buddy initiative’s where the students can seek out the teens when they move to secondary school should they need support. This can be a benefit to them as the change from primary school often sees the child experiencing feelings such as stress for the first time which can lead to a challenging start to second level school. The challenge of working in the field of drug prevention will always be demanding; drugs

like cannabis and cocaine are becoming the norm and more accepted by society. Young people are being misguided about Cannabis as being a natural product and very safe. Our teenagers need to at least have the facts and have the platform to challenge the myths that many have grown up believing to be true. Young people will always experiment and involve themselves in risky behaviour but it is our job as adults with a duty of care to make sure they know the facts and dangers of substance misuse before they take that tablet or smoke that drug.

PEER TO PEER - HEALTHY LIFESTYLE PROGRAMME

The Peer Education Programme has been one of the most successful and popular services we offer to communities. We train young people first in an awareness programme looking at their attitudes and beliefs. Then in line with good practice they are trained in an age appropriate Healthy Lifestyle programme which they then facilitate to the local primary school children age 12 / 13 years of age. These teens are the future of our parishes. Through evaluations the experience and enjoyment that has been gained can only be good for the local community they are part of.

The programme consists of

- ▶ Communication Skills (Saying No, fun interactive)
- ▶ Effects of Alcohol and other drugs
- ▶ Decision Making
- ▶ Personal Development

The benefits of this programme can be of great advantage to both the Peer Educator and the young person.

Again through evaluation some of the benefits highlighted were:

- ▶ Empower participants to help themselves;
- ▶ Provide a means of transferring knowledge;
- ▶ Provide learning opportunities through role-modelling;
- ▶ Help hard to reach target groups access help;
- ▶ Provide ongoing contact for isolated groups;
- ▶ Reframe negative perceptions;
- ▶ Provide ongoing personal development opportunities.

This year with Ireland hosting the World Meeting of Families we were

invited to facilitate a workshop “Addiction and the Family”. A mother and daughter gave a personal testimony and a silent drama which can be seen on our website www.irishbishopsdrugsinitiative.ie. It showed the devastation drugs causes in families and communities. This was done in partnership with a local family addiction support group who have premises in the local resource centre and supported by the local parish. Rather than try re-inventing the wheel, we seek to work with community groups and through the parish support and offer them platforms where possible. It showed the devastation drugs causes in families and communities. The workshop also has resulted in interest from dioceses in the United States of America and South Africa who are keen to look at the IBDI model.

LEAVE YOUR MARK

At World Youth Day in Poland Pope Francis said Jesus is calling you to leave your mark. As a legacy to The Holy Father’s visit to Ireland this year we have piloted a new programme entitled “Leave Your Mark” which sees a group of young people age 17-18 years of age facilitating groups of parents on the challenges facing their children as the move to second level school. The initial reaction has been very positive. The content of the programme has been made from numerous workshops held in a number of communities with teenagers. We asked the youths to look back on their teenage years and what in their opinion could their parents have done to help them with the challenges they faced. This was difficult at times as there can be a fine line between young people facilitating and parents feeling they are being lectured.

To hear a young person say to a group of parents that children don’t want a parent to be their friend and that they need a mother or father to guide, discipline and protect them from the many challenges they will face in teen years is very powerful and the feedback from parents has been very positive.

Outside school hours, the strongest influence is family. Even when a teenager, with a growing need for independence, seems to disregard the family norms, the foundation that has been laid in the previous years does not disappear.

Parents need a lot of support, there are no easy answers or a guide book that guarantees perfect parenting, especially during the ‘letting go’ phase of parenthood. The parish can play a part in strengthening families in these times of social media, where the most important thing is how many likes you get or how someone can filter a photo on Instagram or snap chat for



hours until they get that perfect look before posting it online. Our children are facing massive challenges in years to come as many are living in fantasy worlds, where best friends are sometimes never met, where we can't wear the same outfit again because it was posted on social media and thousands have seen it, in a world of instant happiness we are setting up our teens for a crash. When they realise they haven't the skills to go on a normal date as not all swipes to the right end in marriage, they have to talk face to face with a stranger, where they can't eat a meal without sharing online. In a world where they have won a prize every time they entered something, even if they came in last. Then as young adults they go to work and start at the bottom in many cases and with low self-esteem it opens the door to substance misuse. Drugs can be the crutch, the substitute for low confidence and the addiction to the fantasy world and often replaced by the dangerous fantasy world of addiction.

Courses in parenting skills or in drugs awareness can equip parents with much needed skills and knowledge to look for signs and symptoms and to have the confidence to have those difficult discussions. We need to educate parents as much as the children, which is not always easy and often uncomfortable as parents need to start with their behavior and look at what messages they are unknowingly giving their children.

CONFIRMATION COMMITMENT

During the Confirmation service or the service of light the young person will make a commitment to themselves and their family to lead a Healthy Life style

This commitment can be renewed at 15yrs of age and look at the challenges they experienced in keeping the pledge they made. This commitment is made on the back of the children participating in our Healthy Lifestyle Programme. The encouragement is they will commit/pledge to abstain from alcohol until 18years-of-age and to never take drugs for life. This Commitment is encouraged to be a conversation with parents so the decision is something that can be revisited. Or the commitment can be just to promise to lead a healthy lifestyle so it encourages all students to take part

Each young person receives a Spirit Band (Silicone Band) with one of the Gifts of the Holy Spirit on it. The young person presents a Bookmark with a special prayer to the sponsor in appreciation of their commitment.

SPONSOR ROLE

The Sponsors role is something we have looked at for a number of years. In participating parishes we now ask the sponsor to make a Commitment to the young person that will consist of them being a positive role model in their lives, This is done at the service of light and can be very powerful to see the connection it makes and one of the many comments from the evaluation from a parish priest was tha he felt it brought the service of light alive. This can be a difficult time for the young person to adjust to and as a role model a sponsor can use any positive experiences of their own to help the young person's improve their coping skills.

SIGNPOST. VIDEO & PRAYER BOOK

The IBDI has had a number of publications including the Signpost booklet for parents. The booklet was originally piloted in Down & Connor diocese and has been taken on as a yearly Initiative by the North East Drugs Task Force. The booklet in partnership with schools is sent to parents the week of the Junior Cert exam results. It includes hints, tips, signs, symptoms and what to look out for should their child engage in risky behaviour with alcohol or other drugs while celebrating results.

A video "Find The Balance - Dare to Dream" has been facilitated in awareness programmes with Youth Groups showing the benefits of alcohol in moderation. It includes Capt Dara Fitzpatrick (R.I.P) who was commander of Coast Guard helicopter Rescue 116, which tragically crashed in March 2017. Dara contributed to the DVD about alcohol awareness and moderation, which was produced by the Irish Bishops' Conference. In the DVD she talks about the pressures of her job and how often, after a critical mission, the crew would go drinking together to de-stress afterwards but always in moderation and not to over indulge to ensure you are able to perform to the best of your ability the morning after.

Our Prayer Book for those affected by addiction has been our most popular publication. It is a small hand-sized book and is available in many treatment and rehabilitation centres in Ireland.

Thank You for the invitation to speak today and it is very heartening to see the Church responding in such a positive way and I pray for all of your work. In these challenging times parishes continue to be the foundation stone to which our future church can be built on. I say this as I see these gifts every day in my work.

ROUND TABLE

The Commitment of the Church in the Battle Against Addictions: Best Practices Oceania



Dr. Alex WODAK

President, Australian Drug Law Reform Foundation (Australia)

Virtually all cultures in history have used psychoactive drugs. One of the few objects nomadic Indigenous Australians carried from one camp to the next was so-called ‘bush tobacco’ or ‘pituri’, containing the psychoactive ingredient nicotine which reduces heat loss when sleeping semi-naked in the desert.

Australia’s first drug laws banned the smoking of opium in the mid 19th Century. The only people who smoked opium in Australia at the time were Chinese. These racist laws were clearly directed against Chinese people who had been attracted to Australia by the search for gold. Similar laws were passed at the same time and for the same reason in California, US and British Columbia, and Canada. Racism had a lot to do with the development of global drug prohibition in the 20th Century. .

Drug use can have benefits but also can cause considerable harm. Sometimes policy intended to reduce harm causes even more harm than the drugs themselves. As the late Kofi Annan, former UN Secretary General, said “We believe that the global war on drugs is now causing more harm than drug abuse itself.” Separating drug-related and policy-related harms is often very difficult.

More than a century ago, the international community began an experiment of dividing psychoactive drugs into a small legal group and a much larger illegal group. There was no pharmacological, scientific, public health or public policy reason for this division. Why drugs were divided like this is still a mystery. But once the decision was made, the system took on a life of its own with widely adopted international treaties and a network of international organisations established to develop, implement and monitor drug control policy.

It is now increasingly clear that this experiment has failed abjectly.

Helen Clark, the former New Zealand Prime Minister, and Administrator of the United Nations Development Programme recently noted

“... there is a clear and growing consensus: Around the world, the so-called ‘war on drugs’ is failing.

Some \$100 billion a year is spent fighting the war, yet drug use increases every year.

Illegal drug markets have expanded relentlessly to meet this growing demand, with opium and coca production rising respectively by 130 % and 34 % between 2009 and 2018.

The number of drug-related deaths continues to reach new peaks, with 450,000 drug use-related deaths in 2015 alone. Much of this rise is driven by the North American opioid overdose crisis, with total overdose deaths in the United States reaching a record 72,000 people in 2017. This is more than the total number of U.S. soldiers who died in the Vietnam War.

Punitive drug law enforcement is fuelling mass incarceration and prison overcrowding, with one in five of the world’s 10 million prisoners now incarcerated for drug offences, mostly for minor, nonviolent drug possession. This proportion is even greater for women, reaching over 50 % in several Latin American countries and over 80 % in Thailand.

Furthermore, drug market-related violence has spiralled to unprecedented levels. In Mexico alone, there have been up to 250,000 killings and 32,000 disappearances since 2006. This horrific level of bloodshed is compounded by illegal state actions where, at its extremes, the war on drugs is providing political cover for some of the most egregious human rights abuses taking place anywhere on the planet.

Thousands have been executed for drug offences over the past decade and, according to several human rights groups, up to 12,000 people have been killed extra-judicially in horrific drug war operations in the Philippines since 2016.

Rather than eradicating drugs, prohibition is empowering and enriching organised crime groups.”

The problems caused by the failed policy of drug prohibition are even more severe in drug-producing and -trafficking low- and middle-income countries than they are in the rich world. Over the last half century, the \$400 billion global illicit drug market has expanded greatly and become

much more dangerous. The street price of illicit drugs has dropped substantially and continues to fall. Deaths, disease, crime, corruption and violence related to illicit drugs have increased substantially. In Australia, there were 6 heroin overdose deaths in 1964. In the next 33 years, the rate of heroin overdose deaths increased 55 times.

The time has come when the abject failure of global drug prohibition can no longer be denied. It is time to think about the realistic options available: options that must be politically acceptable but also have to be economically realistic. As Gramsci has said “the old is dead but the new is not yet born”.

In my opinion, the threshold step required is to re-define currently illicit drugs as primarily a health and social issue. There always will be a place for law enforcement but it should be a subsidiary role. Second, drug treatment must be expanded and improved until it reaches the same high standards as the rest of the healthcare system. Third, penalties against the possession of personal quantities of currently illicit drugs should be scrapped. Fourth, notwithstanding the political and logistical obstacles to achieving this, as much of the drug market as possible must be regulated. Fifth, opportunities for our young people must be improved so that they can look forward to their future with optimism.

Identifying benefits from punishing people for the use or possession of personal quantities of currently illicit drugs is challenging. However the unintended negative consequences for ‘offenders’ are often severe and may include damage to relationships, employment and accommodation. Usually drug use after the punishment continues unchanged. Punishing people for the possession of small quantities of currently illicit drugs consumes significant resources. It is also unfair for people with majority drug preferences to punish people with minority drug preferences, absent harm to others.

Many will regard this package of reforms as unachievable. I accept that in prospect this package may seem impossible but I suggest that in retrospect many will see these reforms were inevitable. We have been through similar experiences many times before including the fall of the seemingly impregnable system of apartheid in South Africa or the fall of communism in the USSR and its satellites.

As Francis Hodgson Burnett said in “A Secret Garden”: “At first people refuse to believe that a strange new thing can be done, then they begin to hope it can be done, then they see it can be done... then it is done and all the world wonders why it was not done centuries ago.”

The measures I have just listed all regulate parts of the drug market. More importantly, they reduce harm substantially. We know what needs to be done to reduce problems due to currently illicit drugs and drug policy. But we are prevented from moving ahead by fear, especially the fear of unknown political consequences.

The health, social and economic cost of the legal drugs, tobacco and alcohol, dwarf the problems caused by illicit drugs yet are virtually ignored. Smoking causes more deaths than all other drugs combined. Up to two of every three long-term smokers will die from a smoking-related cause. There were 100 million deaths from smoking in the world in the last 100 years with another one billion deaths from smoking likely in the next 100 years. The development of an efficient vaping device 15 years ago now allows the world to dramatically reduce deaths and disease from smoking. Likewise, snus, a moist oral form of tobacco popular among Swedish men for decades, allows people to continue enjoying nicotine without the toxic effects of tobacco combustion. Again with tobacco, we know what needs to be done to reduce harm from smoking and oral smokeless tobacco, but we do not yet know how to ensure the adoption of effective policies to reduce harm. Harm reduction always faces fierce opposition.

It's much the same story with alcohol, the cause of much serious health, social and economic harm around the world. Effective ways of reducing alcohol-related harm have been known for decades. But an all powerful drinks industry prevents governments adopting effective reforms such as modestly increasing price or restricting availability.

What is the role of the Church in these debates? In my view, the Church has a very important role to play in providing leadership to the community in a difficult debate.

You will all know these magical words from Matthew:

“For I was hungry and you gave me something to eat, I was thirsty and you gave me something to drink, I was a stranger and you invited me in, I needed clothes and you clothed me, I was sick and you looked after me, I was in prison and you came to visit me.”

Surely a 21st Century Jesus would also offer help to the mentally ill and to those struggling with severe alcohol and drug problems. So too should a 21st Century Church offer guidance to communities struggling with dysfunctional drug policies.

In the 1960s I was a medical student at St Vincent's Hospital in Melbourne. The Religious Sisters of Charity, responsible for this hospital, en-

couraged a commitment to the alcohol and drug field. It is a long and complicated story, but this commitment had a substantial national impact. It also ended up influencing me to work in the alcohol and drug field. It is the reason I am here today.

Things that can't go on forever don't. The international drug control system causes more harm than it does good. It is time that countries were encouraged to develop their own responses, based on their own situation but guided by a paramount desire to reduce harm while protecting human rights.



SANTA MESSA nella Basilica di S. Pietro

OMELIA

S. Em.za Cardinal Pietro PAROLIN

Segretario di Stato di Sua Santità

Eccellenze,

Cari Confratelli Sacerdoti, Cari fratelli e sorelle in Cristo,

Nella festa dell'Apostolo Sant'Andrea, il Vangelo di Matteo ci presenta la sua chiamata da parte di Gesù, il Maestro. Tale chiamata, secondo l'evangelista, sarà il paradigma di ogni altra chiamata che Gesù rivolge ai discepoli, e, perciò, riguarda anche il nostro presente.

Innanzitutto è importante sottolineare il luogo della chiamata, il lago di Galilea. Esso costituisce la frontiera marittima di Israele con i popoli pagani. Tale collocazione è portatrice di un grande significato: il messaggio che la Parola di Dio ci affida è quello di andare verso tutti, di pescare tutti, siano essi giudei o pagani.

Nella pagina della lettera ai Romani ora letta questo concetto della destinazione universale del Vangelo è chiarito e ribadito con forza: "Chiunque crede in lui non sarà deluso. Poiché non c'è distinzione fra Giudeo e Greco, dato che lui stesso è il Signore di tutti, ricco verso tutti quelli che lo invocano" (Rm 10,11-12). Nel linguaggio di San Paolo, l'eliminazione della distinzione tra giudeo e greco significa che tutti gli uomini hanno la stessa vocazione di figli e la stessa destinazione alla gloria, sotto la guida del Figlio primogenito.

Il testo del Vangelo insiste poi sulla chiamata di due coppie di fratelli: Andrea e Pietro, Giacomo e Giovanni. Si sottolinea perciò particolarmente il vincolo di fraternità; vincolo necessario per entrare nel regno di Dio e per rendere credibile l'azione missionaria della Chiesa. Già solo per questo dono della fraternità dobbiamo lodare il Signore. Infatti, viviamo in un tempo di grazia, nel quale il legame fraterno che ci unisce ai nostri fratelli cristiani e, in particolare ai fratelli della Chiesa ortodossa, che oggi celebrano il loro principale patrono, si va continuamente accrescendo e rinsaldando.

Il Vangelo ci mostra che Gesù associa coloro che sta chiamando alla sua opera di rivelazione dell'amore del Padre. I chiamati dovranno seguire Gesù, aderire alla sua Persona e collaborare alla sua missione. Tutto ciò comporta un cambiamento radicale rispetto alla loro vita precedente per

dedicarsi pienamente e senza alcun peso frenante ad annunciare al prossimo la salvifica novità del Vangelo.

La chiamata che Gesù rivolge a Sant'Andrea e agli altri compagni pescatori si traduce in una chiamata permanente che il Signore rivolge a ogni uomo, come ci ricorda San Paolo nella prima lettura: "Come ne sentiranno parlare senza qualcuno che lo annunci? E come lo annunceranno, se non sono stati inviati? Come sta scritto: Quanto sono belli i piedi di coloro che recano un lieto annuncio di bene!" (Rm 10,14-15).

Con la chiamata degli Apostoli, il Signore ha dato alla Chiesa il dono della successione apostolica. Andrea, il pescatore di Galilea diventerà uno dei dodici Apostoli scelti da Gesù e testimonierà fino al martirio l'amore per il Maestro e per le genti alle quali lo fece conoscere. Anche oggi, è proprio la successione apostolica che permette alla Chiesa di mostrare al mondo il vero volto di Cristo, necessario a tutti gli uomini per la loro salvezza e la loro gioia.

Un elemento che non cessa mai di sorprenderci, nella chiamata che anche oggi il Signore ci rivolge, è la fiducia che Egli ripone in noi, sia come comunità, sia come singole persone. Dio ci vuole suoi collaboratori e continua a prenderci a suo servizio. La verità più profonda di ciascuno di noi è perciò quella di essere presi a servizio nella vigna del Signore. Questa chiamata per il servizio riguarda ogni cristiano: alcuni di noi sono stati chiamati nel ministero ordinato come diaconi, preti e vescovi, per l'annuncio della Parola di Dio e la cura pastorale delle comunità, altri sono stati presi a servizio nella vita consacrata, altri ancora sono stati presi a servizio nella vocazione matrimoniale e ciascuno attraverso il proprio impegno contribuisce alla crescita dell'unico bene comune.

La nostra fragilità, quella dell'Apostolo Pietro, del fratello Andrea e di tutti gli altri, non è motivo sufficiente perché Gesù ci scarti, ma il luogo privilegiato perché proprio lì si riveli la sua misericordia e il suo potere benevolo e risanante. È la sua fiducia e la sua fedeltà che sostiene tutti noi, come un tempo ha sostenuto Sant'Andrea, sino al martirio.

L'essere stati presi a servizio del progetto di Dio, invita tutti noi alla riconoscenza e all'umiltà, e nello stesso tempo, alla coscienza di essere debitori verso i nostri fratelli. L'espressione che San Paolo ha usato a proposito del suo servizio di apostolo delle genti: "Guai a me se non evangelizzo!" (1Cor 9,16) può essere parafrasata con quella che tutti noi dobbiamo sentire risuonare nel nostro animo: guai a me se non servo i miei fratelli, attraverso l'annuncio della parola e il servizio della carità!

Questo aspetto del debito verso i fratelli ci conduce a riflettere su un altro elemento che è quello della responsabilità.

Andrea, dopo il primo incontro con Gesù - ci racconta il Vangelo di Giovanni - sentì immediatamente la responsabilità di coinvolgere il fratello Pietro. Il dono dell'incontro si è mutato subito in desiderio di condividere la gioia sperimentata. In seguito, Andrea e tutti gli Apostoli sentiranno così intensamente tale responsabilità, che metteranno in gioco tutta la loro vita. Ciò costituisce anche per noi un invito a rinnovare la nostra personale responsabilità di persone che vogliono vivere una prossimità responsabile, secondo la felice espressione di Papa Francesco. Tale prossimità responsabile si declina nella cura dell'annuncio della Parola di salvezza e nella cura di coloro che sono afflitti da ogni genere di povertà, compresa la povertà di quanti oggi vivono l'esperienza della prigionia della droga e delle altre dipendenze.

La Conferenza Internazionale che stiamo svolgendo è certamente espressione del servizio che la Chiesa vuole rendere all'umanità, che tra le numerose ferite che l'affliggono deve annoverare anche la piaga della droga e delle cosiddette nuove dipendenze. Tutti i partecipanti a questa Conferenza condividono questo spirito di dedizione. Siamo invitati dal Signore a usare la nostra intelligenza e le nostre energie per migliorare questo servizio di guarigione, per seminare speranza in mezzo alle nuove generazioni, per aiutarle a non cadere nella trappola delle dipendenze e aiutarle a uscire quando, malauguratamente, vi siano cadute. Questo ambito di servizio è tra i più difficoltosi, sia a causa di una certa cultura che non favorisce la prevenzione, sia per le frequenti ricadute di coloro che sono afflitti dalle dipendenze, che fanno disperare di un effettivo recupero. Alcuni operatori sono tentati di perdere la speranza e provano un senso di solitudine, anche in ragione di una certa indifferenza e del conseguente indebolimento delle politiche attive di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il lavoro che questa Conferenza sta svolgendo, su iniziativa del Dicastero per il Servizio dello Sviluppo Umano Integrale, è necessario e prezioso. L'uomo ferito sulla strada che va da Gerusalemme a Gerico non deve essere mai abbandonato, anche se le difficoltà sono innumerevoli. La Chiesa desidera che nell'opera di cura della ferita prodotta dalla droga si migliorino i progetti di recupero, si attuino politiche e legislazioni sempre più attente, si rinnovino le motivazioni e le energie degli operatori. Perciò ringrazio di cuore tutti voi per l'impegno profuso nel vostro specifico settore e per la collaborazione che offrite all'impegno della Chiesa per la promozione di ogni uomo e di tutto l'uomo, ossia dello sviluppo umano integrale (Paolo VI).

Affido il vostro lavoro all'intercessione dell'Apostolo Andrea e della Beata Vergine Maria, affinché esso produca buoni frutti e susciti vitali energie per il bene di tutti.





CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI GENERALI

Prof. Nicolò PISANU

Preside dell'Istituto Superiore Universitario

di Scienze Psicopedagogiche e Sociali

“Progetto Uomo” della Federazione

Italiana Comunità Terapeutiche (Italia)



La Conferenza Internazionale sul tema: “Droghe e dipendenze: un ostacolo allo sviluppo umano integrale”, organizzata dal Dicastero per il Servizio dello Sviluppo Umano Integrale, il 29-30 novembre e 1° dicembre 2018, ha avuto l’obiettivo di contribuire alla comprensione e alla ricerca di risposte appropriate al fenomeno delle droghe e delle altre forme di dipendenze, quali quella da internet, sesso e gioco d’azzardo.

Grazie agli interventi di esperti di fama internazionale e alle esperienze di coraggiosi testimoni, nonché alla partecipazione di pubblico numerosa e interessata, la Conferenza ha richiamato e sviluppato alcuni concetti chiave relativi alle droghe, alle dipendenze, al loro manifestarsi nella società contemporanea nonché alle azioni di prevenzione e contrasto, ricche di riflessioni utili anche all’azione pastorale.

1. In sintonia col pensiero del nostro Pontefice, la Conferenza ha inteso richiamare l’attenzione delle coscienze sul fatto che le sostanze stupefacenti continuano “ad imperversare in forme e dimensioni impressionanti”¹, pur essendo stato per decenni segnalato come fenomeno emergenziale; di conseguenza, i lavori hanno affrontato con ottica globale e aggiornata tale triste realtà, considerandola pandemia dai risvolti molteplici e mutanti, vero e proprio sistema che supera le “sostanze”, sempre più connotato da aspetti talvolta raccapriccianti che provoca anche crimini efferati, consumati nel mortifero mercato delle droghe o sotto effetto, diretto o riflesso, della dipendenza.

Il giudizio etico negativo per ogni droga² è stato, dunque, riaffermato quale principio per ogni valutazione in merito sia al fenomeno in sé, sia nel pren-

¹ Papa Francesco, *Discorso ai partecipanti alla 31ma edizione dell'International Drug Enforcement Conference*, 20 giugno 2014.

² Il “no a ogni tipo di droga” è stato ribadito più volta da papa Francesco; cfr., per esempio, nell’Udienza generale del 7 maggio 2014.

dere atto con preoccupazione della presenza di circa 29,5 milioni di consumatori di droga, ovvero che lo 0,6% della popolazione adulta mondiale soffra di disturbi legati al suo consumo³, con le seguenti caratteristiche:

- il consumo di cocaina si associa a una maggiore crescita di quello di eroina, che “costituisce ancora la percentuale più alta (80%) delle nuove richieste di trattamenti derivanti dall’uso di oppiacei in Europa”⁴;
- sono facilmente reperibili nuove sostanze psicoattive (NPS) intossicanti e oppiacei sintetici estremamente potenti e di recente creazione, privilegiati dai giovani, disponibili a basso costo e anche in forma anonima sul mercato online;
- il primato del consumo appartiene ancora alla cannabis, sulla quale è in corso un acceso dibattito a livello internazionale circa gli ipotetici usi terapeutici, laddove andrebbero meglio comprese le tendenze nell’uso, i danni correlati e le conseguenze delle politiche di regolamentazione nei vari Paesi;
- le droghe trovano addirittura il modo di entrare nei luoghi di detenzione.

2. Di fronte ad un panorama così complesso e inquietante, è stato richiamato il quadro normativo internazionale con la conseguente attuazione degli obblighi imposti dalle Convenzioni ONU agli Stati membri, laddove il dato che emerge è la carenza, l’inadeguatezza, il diverso grado di efficacia e di effettività delle misure nazionali adottate in relazione al controllo del mercato lecito e, quindi, della produzione e della distribuzione degli stupefacenti, nonché in relazione al controllo ed alla repressione del traffico illecito di droga, che non conosce confini a causa anche del suo essere colluso con la malavita organizzata.

L’azione di contrasto alla droga si assesta su diversi livelli: internazionale (Convenzioni ONU in materia); regionale (esemplificata dall’attività dell’Unione Europea); nazionale (esemplificata dalla relazione sulla legislazione in materia di controllo delle nuove sostanze psicoattive nel Nord-Est asiatico); locale, (svolta dalle comunità terapeutiche e dai servizi sanitari pubblici nel luogo di origine e negli altri Paesi dove esse operano nella direzione della cura e del recupero delle vittime della droga).

Da questa panoramica scaturiscono alcune considerazioni d’indirizzo, atte a mantenere senza cedimenti dinamiche “universali”:

- di contrasto, in vario modo e nelle sedi appropriate, verso quelle politiche che, nella progettualità e nelle prospettive, segnano un passo stan-

³ Ufficio delle Nazioni Unite per il controllo della droga e per la prevenzione del crimine, *World Drug Report 2017*, Vol.1, p.9.

⁴ Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione europea sulla droga*, 2017.

co e inadeguato di fronte a un mercato di prodotti molto competitivo e flessibile rispetto alla domanda, sempre disponibile a nuove offerte che vanno dal gioco d'azzardo virtuale alle *smart drugs*;

- di prevenzione, da perseguire con un lavoro di rete e azioni pastorali mirate per la protezione del “*bene salute collettiva*”, obiettivo dichiarato delle Convenzioni ONU in materia di droga, quale bene pubblico globale, collegato ad interessi generali della comunità internazionale, quali sicurezza, sviluppo, ambiente, che il diritto internazionale tutela direttamente attraverso le norme generali, o tramite le organizzazioni internazionali competenti a preservare e realizzare gli interessi della collettività umana;
- di promozione a favore dell'educazione dei giovani e degli adulti, soprattutto se rivestono ruoli educativi, e della cura e riabilitazione dei tossicodipendenti.

3. I lavori hanno evidenziato nuove dipendenze, mediate dalle nuove tecnologie informatiche e/o sviluppate da Internet, che vanno dalle condotte sessuali al gioco d'azzardo.

Particolare risalto e viva preoccupazione sono stati attribuiti alla ***ludopatia***, che costituisce appunto una piaga dilagante che diversifica ulteriormente l'*addiction*, la cui legalizzazione, che permette l'impianto di *slot machines* e di *siti web* dedicati, incrementa in modo esponenziale il numero dei giocatori patologici; inoltre, l'eventuale tassazione riscossa dallo Stato è da considerarsi incompatibile sul piano etico e contraddittoria sul terreno della prevenzione.

Alla ludopatia si aggiunge il diffondersi, soprattutto fra i giovani, dell'***Internet Addiction***. Si tratta di un disturbo affiorato di recente, propagatosi rapidamente soprattutto fra i giovani e gli adolescenti, i cosiddetti “nativi digitali”. Non è ancora disponibile una vera e propria definizione scientifica e, quindi, una presa in carico adeguata dei soggetti interessati, laddove, comunque, si caratterizza per il frequente, o costante uso della tecnologia *on line*, in concomitanza con il disagio psicologico o con la compromissione del funzionamento relazionale e sociale, nonché capace di indurre decadimento della produttività scolastica, o lavorativa.

La responsabilità dell'adulto, più volte richiamata nella Conferenza, come in altre sedi, prende forma di raccomandazione a prendersi particolare cura dell'adolescente, quale soggetto dalla fragile evoluzione, per cui ogni prospettiva pastorale, o progettazione educativa, soprattutto in quegli ambienti che la Chiesa elegge a presidi educativi, devono assicurare che non sia lasciato a se stesso, senza possibilità di rielaborazione delle esperienze proprie dell'età. Dalle esperienze raccontate in assemblea, è emerso come siano i giovani stessi a riproporre la necessità

di interagire con adulti empatici e autorevoli, con i quali confrontarsi e scontrarsi in una cornice di accoglienza e di crescita: prima ed ineludibile attività di prevenzione, onde evitare derive devianti.

È, dunque, da promuovere, secondo le caratteristiche e i profili di ogni Paese, una pastorale giovanile capace sia di leggere tali fenomeni in chiave preventiva, sia di segnalare gli obblighi di garanzia, a carico del mondo adulto e mercantile, verso i minori, sia di colloquiare con le nuove generazioni, con conoscenza di causa, nei luoghi reali e virtuali che gli stessi frequentano.

4. Allo stesso tempo, alcuni esperti convenuti hanno dimostrato, in accordo con studi sull'argomento, come le possibilità pressoché illimitate di Internet agevolino anche lo sviluppo della **dipendenza sessuale** e la **pornodipendenza**.

Quest'ultima è una realtà sommersa sempre più emergente, molto più diffusa di quanto si creda, considerando che i siti più frequentati nella rete sono proprio quelli pornografici e che *chat* e siti di incontri virtuali sono in netta espansione. Toccano milioni di persone nel mondo, tanto da apparire quale problema sociale laddove il ricorso alla pornografia assume un connotato consumistico esasperato, con un carattere compulsivo tale da configurare una vera e propria condizione di dipendenza. La "virtualità", inoltre, per la sua illimitata potenzialità esperienziale, diventa una attrazione che supera sempre il paragone con la concretezza dei limiti insiti nelle relazioni reali e autentiche della coppia, seriamente minacciata da questa particolare dipendenza.

Le strategie di intervento e di prevenzione, nonché quelle pastorali, ponendo in sinergia le Agenzie sociali ed educative, per affrontare e vincere questo mutevole e variegato dispiegarsi delle dipendenze, devono aggiornare e varare programmi orientati alla salute, al sostegno familiare e soprattutto all'educazione.

Ne consegue la responsabilità di immaginare e realizzare proposte formative che rendano abili alle "buone pratiche" tutti coloro che si preparano ad operare, o già operano nell'ambito educativo e/o pastorale, siano essi presbiteri, laici o religiosi.

5. Le testimonianze condivise in Aula hanno denunciato, fra le pieghe delle narrazioni, il silenzio e l'indifferenza che uccidono non meno delle droghe, seppur diversamente. È stato, poi, messo in risalto come la sensibilità umana e al servizio, secondo il motto paolino "*Caritas Christi urget nos*"⁵, sia elemento necessario per realizzare "buone pratiche", fondate sulla solidarietà, quale deterrente al malessere personale e sociale, per contrapporre reti virtuose a reti criminali, o comunque nocive alla salute dell'anima e della persona.

⁵ S. Paolo, 2Cor 5,14.

Secondo il sentire di coloro che, in ambito ecclesiale, si dedicano alla “cura” delle dipendenze, la teologia pastorale, attraverso aggiornate angolature prospettiche offerte, sia dal Magistero della Chiesa, sia dalla pastorale familiare, giovanile, sanitaria e dalla Dottrina sociale della Chiesa, deve ispirare quelle modalità pratiche atte:

- a far sì che operatori ben preparati possano porsi, con generosità e competenza, al servizio di tanti fratelli e sorelle che vivono sulla loro pelle la schiavitù delle dipendenze;
- a far ripartire l'azione attraverso una rinnovata pastorale che abbia come unica prerogativa quella di andare incontro, nelle “periferie esistenziali”, ad un'umanità sempre più depauperata dei fondamentali beni materiali e spirituali, declinando il “Vangelo della Misericordia”;
- denunciare il commercio di droga che trova nella debolezza umana il suo mercato.

Dalla lettura in controluce del materiale prodotto dalla Conferenza traspaiono, infine, alcune **linee guida operative**, che si possono così riassumere:

1. caldeggiare campagne di sensibilizzazione contro ogni dipendenza;
2. denunciare collusioni o latitanze delle Istituzioni, ad ogni livello;
3. promuovere studi e occasioni di confronto capaci di incrementare la consapevolezza sull'impatto e la natura dei costi sanitari e sociali causati dalle droghe, per far comprendere l'economicità del contrasto delle stesse;
4. consolidare e diffondere la base delle conoscenze;
5. rafforzare la capacità di gestire i trattamenti farmacologici e rieducativi delle dipendenze;
6. aumentare la mobilitazione, il coordinamento delle risorse e la dotazione di fondi;
7. migliorare il monitoraggio dei progetti in via di realizzazione e delle strategie di prevenzione;
8. supportare una adultità matura e una genitorialità educativamente responsabile;
9. sostenere il nascere o il consolidarsi di presidi rieducativi e/o terapeutici.

Tutto ciò deve comunque riferirsi a filosofie e modelli di intervento per favorire lo sviluppo umano integrale della persona, principale ed insostituibile dispositivo pedagogico idoneo a fronteggiare i nuovi e ormai ricorrenti fenomeni di *addiction*.

Raccomandazioni e alcuni Punti di Azione Pastorale

P. Antonio MANCINI, M.I.



La presente Conferenza Internazionale, oltre a riportare i dati preoccupanti relativi all'attuale problema delle "Droghe e Dipendenze", ha il compito di offrirci le linee operative finalizzate al pieno recupero di coloro che cadono nelle suddette dipendenze e che vogliono interiormente recuperare un sano rapporto con la propria vita.

Il termine *dipendenza*, come abbiamo ascoltato nelle relazioni esposte in questi giorni, deriva dal latino *addictus* ed era utilizzato nell'Antica Roma per indicare lo schiavo o il servitore che diveniva tale poiché non in grado di pagare i propri debiti e venne ripreso, non a caso, negli ambienti scientifici per descrivere la condizione di schiavitù che si instaurava con l'uso di droghe. Negli anni alla droga si sono aggiunte numerosissime altre dipendenze.

Tutta la teologia pastorale, attraverso le angolature prospettiche offerte sia dal Magistero della Chiesa; come anche, dalla pastorale familiare, giovanile, sanitaria e dalla Dottrina sociale della Chiesa, ci ispira quelle modalità pratiche atte a far sì che operatori ben preparati possano porsi, con generosità e competenza, al servizio di tanti nostri fratelli e sorelle che vivono sulla loro pelle la schiavitù delle dipendenze. È a dal "Vangelo della Misericordia" – come sostiene il Pontefice – che la chiesa deve far ripartire la propria azione attraverso una rinnovata pastorale che abbia come unica prerogativa quella di andare incontro, nelle "periferie esistenziali", ad un'umanità sempre più depauperata dei fondamentali beni materiali e spirituali.

Compito della Chiesa oggi è quello di ridare linfa vitale a una società stanca e completamente priva di un orizzonte di speranza per il futuro. La più grande tentazione – sosteneva Péguy – è la disperazione. Sta alla Chiesa far riaprire gli occhi dell'uomo facendosi portavoce di un "nuovo umanesimo": lo stesso promosso oggi da Papa Francesco.

Nel Suo magistero, parole come “vicinanza”, “prossimità” e “fraternità”, rappresentano il *leitmotiv* di una prassi pastorale rinnovata che intende aiutare l'uomo a farsi carico della propria vita e dei suoi problemi. L'operatore pastorale (o *Counselor*), nel suo prendersi cura delle vittime delle dipendenze, ha il dovere di seguire a tal fine il seguente iter “terapeutico”:

- ▶ Attraverso la *relazione di aiuto* (o *Counseling*), dopo aver messo a proprio agio la persona bisognosa di cure, è importante *saper ascoltare* e *instaurare una relazione di fiducia* per stimolare il proprio cambiamento nel rispetto dell'autodeterminazione dimostrando un vero interesse per la persona che si ha di fronte.
- ▶ Il *Counselor* non deve avere un atteggiamento giudicante ma deve concorrere all'attivazione delle risorse delle persone sviluppandone l'*empowerment*. È molto importante saper decodificare la domanda di colui che si rivolge a lui chiedendo un aiuto.
- ▶ Compito del *Counselor* non è quello di fornire un'immediata risposta alla domanda ricevuta, bensì di sottoporre quest'ultima all'analisi che consenta di pervenire, congiuntamente all'interessato, a una comprensione della natura e del significato della stessa. Tutti i problemi che l'operatore pastorale si trova ad affrontare hanno tre dimensioni: *individuale*, di *gruppo* e *sociale*. La chiesa, in quanto Corpo di Cristo e comunità dei credenti, fa propria questa triplice forma di problematicità proponendosi – secondo la felice intuizione di Papa Francesco – come “ospedale da campo” della sofferenza umana.

1. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

Dopo un primo colloquio si dà avvio ad una prima valutazione che possiamo designare come progettuale. La valutazione interessa tre aree fondamentali: psicologica, sociale e medica. La fase valutativo-progettuale è finalizzata all'individuazione del campo/aspetto problematico su cui lavorare e alla definizione degli obiettivi, rispetto ai quali vanno specificati degli esiti che si vogliono produrre e/o gli eventuali processi da attivare. Avviene, dopo un'approfondita valutazione, la fase della presa in carico che comporta la definizione e l'avvio di un progetto terapeutico coerente, la valutazione diagnostica e rispondente alla domanda.

2. LA COMUNICAZIONE "AUTENTICA" CON I FRATELLI E LE SORELLE INFERMI

Elementi fondamentale per una comunicazione realmente "autentica" con la persona sofferente sono:

- a) L'accoglienza: riconoscere l'altro come "unico" e "irrepetibile", metterlo a proprio agio identificando i suoi bisogni essenziali e fondamentali, particolarmente quelli di essere accolto e amato.
- b) Ascolto. Per ascoltare è indispensabile "il silenzio" esterno e interiore.
- c) Non giudicare: rispettare i ritmi interiori di coloro che vivono la stagione della malattia e sofferenza.
- d) Rapporto assiduo con la propria interiorità.: da un rapporto assiduo con la propria interiorità germoglia la consapevolezza di quello che stiamo compiendo oltre l'onestà con se stessi e con gli altri.
- e) Saper selezionare le richieste. Il sofferente si rivolge al suo interlocutore con due modalità:
 - Il desiderio di *essere preso a cuore*, esternando dubbi e timori;
 - Il *bisogno di capire* ciò che sta vivendo in quel preciso momento.
- f) Determinare una "distanza ottimale": il bisogno, da parte dell'interlocutore, di prendersi cura del sofferente senza un proprio coinvolgimento emotivo e psicologico a motivo di incorrere nel rischio del *burnout*.
- g) Il tempo opportuno. Il tempo è ciò che di più prezioso possiamo donare agli altri procedendo "contro corrente" in una società dove solitamente si afferma "Non ho tempo!".

3. LA RELAZIONE DI AIUTO

L'uomo vive di relazioni che l'aiutano a crescere o a regredire. Quelle impostate dalla *relazione di aiuto* sono determinate sul *dono* e sulla *solidarietà*, avendo come base la sacralità della persona e il rispetto di ogni situazione che l'altro sta vivendo.

4. COMPRENSIONE EMPATICA

Realizzare l'*empatia* significa far propri "i problemi dell'altro, cogliere i suoi sentimenti, mettersi al suo posto, avere fiducia nella sua capacità di andare avanti, rispettare la sua libertà e la sua intimità, non giudicarlo, accettarlo così com'è e come vuole diventare, vedere lui e non i nostri

problemi” (Melendo). Dopo aver percepito la preoccupazione e i sentimenti dell’altro potremo offrirgli un aiuto nel cogliere le problematiche fondamentali della sua situazione, fargli assumere le sue responsabilità, stabilire degli obiettivi e dei percorsi, possibilmente da verificare insieme. Ma anche quando non si potrà agire concretamente, il sofferente avvertirà un autentico giovamento, avendo fatto esperienza di una profonda condivisione.

Conclusioni e raccomandazioni sulle Convenzioni internazionali sulla droga

Prof.ssa Talitha VASSALLI DI

DACHENHAUSEN

Professoressa di Diritto Internazionale

all'Università Federico II

di Napoli (Italia)



1. Prima di svolgere qualche considerazione, conclusiva e “raccomandatoria” insieme, riguardante in particolare il sistema internazionale di lotta alla droga oggetto dei lavori della prima sessione, mi sembra opportuna una osservazione di carattere generale sull’impianto e l’articolazione globale della Conferenza dai quali emergono con chiarezza i caratteri del fenomeno droga e dell’azione di contrasto ad esso. Invero, l’approccio multidisciplinare al tema della droga adottato ha ben sottolineato la multidimensionalità del fenomeno consentendo di riflettere in modo coordinato sui suoi diversi aspetti. L’articolazione dei lavori, poi, ha evidenziato, per un verso, l’azione multilivello di contrasto alla droga ovvero internazionale, sia universale (Convenzioni ONU in materia), sia regionale (esemplificata dall’attività dell’Unione Europea); nazionale (esemplificata dalla relazione sulla legislazione in materia di controllo delle nuove sostanze psicoattive nel Nord-Est asiatico); locale, svolta dalle comunità terapeutiche nel luogo di origine e negli altri paesi dove esse operano nella direzione della cura e del recupero delle vittime della droga. Ed ha indicato, per l’altro, la pluridirezionalità della lotta indirizzata alla prevenzione- educazione dei giovani e della famiglia ed alla cura-riabilitazione dei tossicodipendenti.

Passando ora a considerare dalla prospettiva del diritto internazionale talune questioni toccate dalle relazioni della prima sessione, centrale è quella riguardante la legalizzazione del commercio di alcune sostanze, in particolare cannabis, per uso ricreativo. La sua attuazione in alcuni Stati parte delle tre Convenzioni Onu sulla droga - ufficialmente riconosciute quali *cornerstone* del sistema internazionale di

controllo delle droghe (risoluzione AG S-30-1 del 19 aprile 2016 “*Our joint Commitment to effectively addressing and countering the world drug problem*”, preambolo, cpv.10) – è in contrasto con tale normativa che sottopone queste sostanze a misure di controllo (art. 2, par.7 della convenzione 1961 emendata e art .3, par.1 (a) (ii) della convenzione 1988). Questa politica di liberalizzazione delle droghe c.d. leggere, sostanzialmente fondata sulla tesi dell’*harm reduction* nel contesto dell’*human rights-based approach*, viene giustificata con il ricorso al principio dell’interpretazione flessibile di convenzioni data-te per adeguarne l’applicazione nel tempo. Tale principio non trova tuttavia spazio nel quadro della regola generale del diritto internazionale sull’interpretazione dei trattati, codificata nella Convenzione di Vienna sul diritto dei trattati del 23 maggio 1969 (di cui la Santa Sede è parte avendola ratificata il 25 febbraio 1977), che all’art.31 afferma: “1.Un trattato deve essere interpretato in buona fede conformemente al significato comune da attribuire ai termini del trattato nel suo contesto ed alla luce del suo oggetto e del suo scopo”, riconoscendo dunque valore alla volontà dichiarata nel testo e, quindi, al metodo oggettivo di interpretazione integrato dal metodo teleologico cui fa evidentemente riferimento la locuzione “oggetto e scopo del trattato”. Il ricorso al criterio di interpretazione storico-evolutivo, nel cui ambito potrebbe collocarsi il criterio di flessibilità, o ad altre regole ermeneutiche provenienti dalla teoria generale del diritto ed applicabili nell’ordinamento internazionale in quanto principi generali di diritto, è possibile ma tenendo sempre conto dell’oggetto e dello scopo del trattato che, in quanto elementi essenziali del consenso raggiunto, ne garantiscono l’intangibilità. In tale prospettiva la liberalizzazione delle droghe c.d. leggere è e resta una politica che viola le convenzioni ONU – come anche di recente affermato dall’*International Narcotics Control Board* in riferimento all’iniziativa legislativa canadese di legalizzazione dell’uso della droga per scopi non medici (*Press Release* 20 giugno 2018) - e, dunque, il principio di integrità del trattato, corollario della norma base del diritto dei trattati *pacta sunt servanda*. E vale ricordare che proprio per evitare derive unilateralistiche nell’applicazione del diritto internazionale l’Assemblea Generale delle Nazioni Unite si sta occupando da tempo della *rule of law*, ovvero del principio di legalità, affermandone la rilevanza ed il ruolo a livello internazionale e nazionale (*Declaration of the High -level Meeting of the General Assembly on the Rule of Law at the National and International Levels*, ris. 67/1 del 24 settembre 2012).

2. Una seconda questione attiene all'attuazione degli obblighi imposti dalle Convenzioni ONU agli Stati parte ed il dato che emerge è la carenza, l'inadeguatezza, il diverso grado di efficacia e di effettività delle misure nazionali adottate in relazione al controllo del mercato lecito e, quindi, della produzione e della distribuzione degli stupefacenti (convenzione 1961 emendata e convenzione del 1971) nonché in relazione al controllo ed alla repressione del traffico illecito di droga (convenzione 1988). La discrezionalità degli Stati parte è giustificata *de jure* dall'ampio margine di libertà lasciato ad essi dalle convenzioni nel rispetto del principio di non ingerenza negli affari interni di uno Stato, che è alla base della considerazione data dalle convenzioni stesse alle specificità dei diversi sistemi nazionali (art. 35 convenzione 1961 emendata: "*Having due regard to their constitutional, legal and administrative systems, the Parties shall...*"; art. 2, par. 1 e art. 3, par. 1 (c) convenzione 1988 che recita: "*Subject to its constitutional principles and the basic concepts of its legal systems*"), alle condizioni locali ed alle tradizioni esistenti (rispettivamente art. 22, par.1 e art. 49, par.2 convenzione 1961 emendata e art 14, par.2 della convenzione 1988) e – può aggiungersi – è giustificata anche *de facto* considerando il diverso livello di organizzazione e di possibilità che ciascuno Stato presenta. Resta tuttavia fermo il giudizio espresso dal Santo Padre Francesco in occasione dell'Incontro su "*Narcotics: Problems and Solutions of this Global Issue*" (24 novembre 2016): "Tuttavia, il problema della prevenzione dalla droga come programma viene sempre frenato da tantissimi fattori d'inettitudine dei governi. E programmi di prevenzione che funzionino quasi non esistono. Finché non sarà garantito, anche da parte dello Stato e della sua legislazione, il recupero sarà difficile".

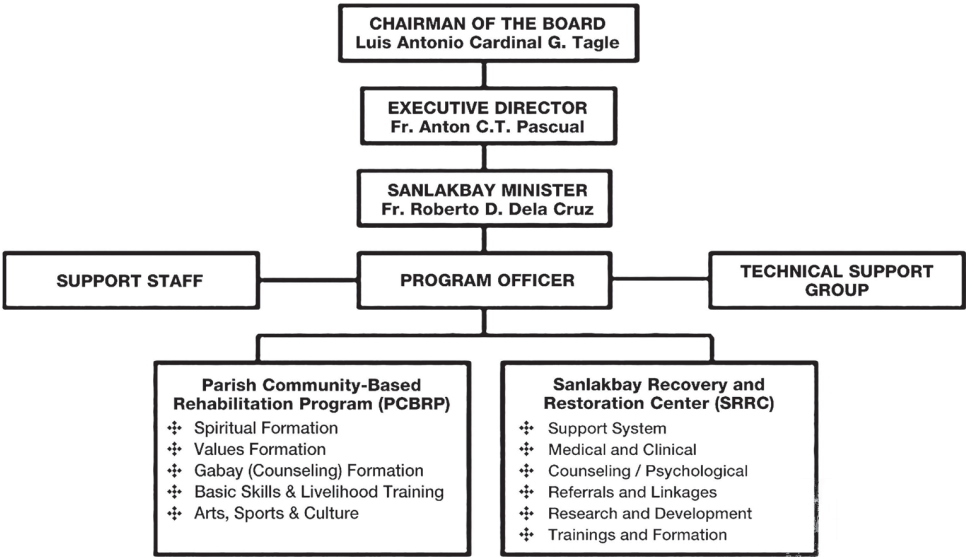
3. In conclusione può essere di utilità un accenno alla connotazione del bene salute collettiva, la cui protezione è obiettivo dichiarato delle Convenzioni ONU in materia di droga, quale bene pubblico globale, categoria riservata a beni comuni collegati ad interessi generali della comunità internazionale, quali sicurezza, sviluppo, ambiente, che il diritto internazionale tutela direttamente attraverso le norme generali o tramite le organizzazioni internazionali competenti a preservare e realizzare gli interessi della collettività umana. Il processo di internazionalizzazione della tutela del bene salute in alcuni settori, come quello della droga, determinato dalla dimensione globale del rischio alla salute assunta dal fenomeno stesso, comporta una compressione della sfera del dominio riservato degli Stati cui è sottratta nello specifico la tradizionale competenza in materia di salute, delocalizzandone la tutela a livello internazionale.

In tale contesto, rafforzato dalla qualifica del traffico di stupefacenti e della criminalità transnazionale organizzata come grave minaccia alla pace ed alla sicurezza internazionale da parte del Consiglio di Sicurezza dell'ONU (*Statement by the President of the SC*, del 24 febbraio 2010, S/PRST/2010/4) e nel quadro dei diritti umani in cui pure il diritto alla salute si colloca (Patto internazionale relativo ai diritti economici sociali e culturali del 16 dicembre 1966, art. 12), questa sua connotazione pubblicistica non può non avere peso, affrancando, appunto, sotto il primo profilo la sua gestione dall'orizzonte degli interessi statali e, sotto il secondo profilo, dalla concorrenza con i diritti di libertà. Ed in questa direzione gli esiti di un "serrato confronto sui margini di libertà dello Stato e del cittadino di fronte all'uso di sostanze" quale auspicato dal Cardinale Turkson (Messaggio in occasione della Giornata Internazionale contro l'abuso e il traffico illecito di droghe del 26 giugno 2017) potrebbero non essere così scontati.

TIPOGRAFIA VATICANA

- ▶ Management and operation of Sanlakbay Support and Recovery Center (SSRC) to help continue the drug abstinence and sobriety gains of recovering drug dependents. (On July 14, 2018, the first SRRC was inaugurated in Manila.)
- ▶ Implement one-on-one listening and counselling sessions to drug dependents and group therapy to families of RDD (Recovering Drug Dependents, in partnership with trained counselors and medical professionals.
- ▶ Provide basic skills training and livelihood opportunities as alternative sources of income to rehabilitated drug dependents, in partnership with vocational and technical skills agencies in government and private sectors.
- ▶ Conceptualize a sustainable alternative resources generation for program sustainability and development.

4. PROGRAM STRUCTURE (CURRENT)



WWW.LIBRERIAEDITRICEVATICANA.VA

ISBN 978-88-266-0400-8

L E V



9 788826 604008

€ 20,00