

PREMESSA

Antonio Citron

Psichiatra Psicoterapeuta

Dipartimento di Salute Mentale

Azienda U.L.S.S. n. 8 – Regione Veneto

Il concetto di doppia diagnosi, quale comorbidità psichiatrico-tossicologica, costituisce, nello stesso tempo, un *punto di arrivo* proprio dell'evoluzione storica e filosofica dell'approccio alle tossicodipendenze, ed un *punto di partenza* per un'operatività condivisa che, sulla base del riconoscimento, nel singolo individuo, di configurazioni psicopatologiche eterogenee e complesse, possa essere capace di una risposta "unitaria" attraverso l'integrazione degli interventi da parte delle varie figure professionali coinvolte.

Il presente numero di Noumen intende fornire un contributo originale all'approfondimento del tema della doppia diagnosi, sia su un piano concettuale che sulla base di esperienze concrete.

Per molti Servizi per le tossicodipendenze la doppia diagnosi rappresenta un'importante occasione di recupero di una dimensione psichiatrica.

L'approccio multidisciplinare, che costituisce un paradigma insostituibile della prassi clinica all'interno del processo diagnostico e di definizione dei programmi rivolti ai pazienti portatori di un disturbo da uso di sostanze, ha infatti il suo fondamento in una lettura biopsicosociale del fenomeno: in questa, la disciplina psichiatrica ha competenza ed opportunità di fornire il necessario contributo.

Contemporaneamente, la rilevanza del fenomeno della doppia diagnosi e la sua influenza su decorso ed esiti dei trattamenti dei pazienti che afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale sollecita, agli psichiatri, una

revisione di quanto l'uso di sostanze influisca sul proprio lavoro.

Nel rispetto dei ruoli e delle competenze di ogni singolo servizio, si tratta quindi di studiare e realizzare sempre più valide modalità di collaborazione ed integrazione dei servizi stessi.

L'esperienza insegna come il trattamento del paziente con doppia diagnosi sia difficile: per la complessità (e spesso la cronicità) del quadro clinico, per i precedenti percorsi terapeutici-riabilitativi spesso attuati con frammentarietà o discontinuità, per le implicazioni psicosociali della problematica.

Nel paziente con doppia diagnosi, le manifestazioni di comorbidità non vanno interpretate in termini di una semplice co-presenza di patologie, quanto piuttosto di una condizione psicopatologica che pone il paziente ad elevato rischio di ricaduta o recidiva per entrambi i disturbi propri della doppia diagnosi.

Per i clinici, la doppia diagnosi rappresenta spesso una sfida sia dal punto diagnostico che terapeutico; per tutte le figure professionali interessate, un'occasione di confronto e di integrazione.

Il modello integrato rappresenta la modalità di approccio da tutti ritenuta più utile e funzionale.

Considerata l'elevata percentuale di drop out nei pazienti con doppia diagnosi, l'attenzione alle esigenze specifiche porta a programmi terapeutici che, qualora necessario, si concretizzano in trattamenti in regime di residenzialità.

La peculiarità della problematica determina la difficoltà di collocare i pazienti nelle strutture aziendali solitamente presenti, richiedendo quindi la realizzazione di specifiche strutture.

Vengono presentate, in proposito, alcune esperienze concrete: una concretezza che si esprime nella conduzione di un quotidiano ove sia possibile supportare il paziente non solo in termini psicopatologici ma anche (e soprattutto) nelle molteplici dimensioni esistenziali.

E' chiara l'importanza della "competenza professionale" degli operatori delle strutture residenziali, che rimanda automaticamente alla necessità di una formazione rivolta a tutte le figure professionali coinvolte.

DOPPIA DIAGNOSI: DAI PROBLEMI METODOLOGICI ALL'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

Graziano Bellio

Psichiatra

Direttore del Dipartimento per le Dipendenze

Az. ULSS n. 8 – Asolo (TV)

DIAGNOSI E DOPPIA DIAGNOSI

Da alcuni anni a questa parte sembra essersi risvegliato nel nostro Paese l'interesse verso un approccio alle dipendenze secondo un'ottica psichiatrica. Si sono di conseguenza moltiplicate le occasioni di formazione ed i convegni: anche la SIP - Società Italiana di Psichiatria - ha organizzato nel giugno scorso una prima Consensus Conference sul problema, interessando 100 tra psichiatri dei Dipartimenti di Salute Mentale e medici dei Dipartimenti per le Dipendenze provenienti da cinque regioni del nord.

Il motore principale di questo processo culturale è il riconoscimento che molti, probabilmente la maggioranza, fra i soggetti che presentano un

abuso/dipendenza da sostanze mostrano anche una qualche altra forma di disturbo mentale e che, parallelamente, in una importante fetta di gravi pazienti psichiatrici coesistono un abuso o una dipendenza da sostanze. Per indicare queste situazioni complesse si utilizza il termine *doppia diagnosi*, traduzione approssimativa del termine anglosassone *dual diagnosis*. Il fenomeno della compresenza di due o più diagnosi nello stesso soggetto è noto anche con i termini *comorbidità* o *comorbidità*; pur trattandosi di un anglicismo, quest'ultima espressione è forse da preferire in quanto la *morbilità* è un concetto di natura epidemiologica e si riferisce quindi ad una popolazione e non al singolo soggetto malato.

In termini generali la comorbidità è un sottoprodotto della classificazione diagnostica del sistema DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) (APA, 2000) e rappresenta uno dei problemi metodologici maggiori della diagnostica psichiatrica. Com'è noto, dalla terza edizione in poi il sistema DSM, e più recentemente anche l'ICD-10 (WHO, 1992), sta tentando di giungere a definizioni diagnostiche condivise ed obiettive attraverso un raggruppamento di sintomi osservabili caratteristici di ogni disturbo mentale. Vengono cioè determinati alcuni criteri diagnostici in presenza dei quali è possibile porre diagnosi. Avendo ogni disturbo mentale una soglia sintomatologica al di sotto della quale non è possibile la diagnosi, ne consegue la necessità della presenza di un numero minimo di criteri per poter diagnosticare un certo disturbo; tra questi talora è compreso anche il tempo di permanenza dei sintomi. Questi nuovi sistemi nosografici hanno indubbiamente migliorato le comunicazioni tra i clinici e la replicabilità delle diagnosi, riducendo significativamente le differenze un tempo esistenti tra specialisti appartenenti a Paesi, scuole, culture diverse.

Il DSM è un sistema diagnostico multiassiale, cioè include al suo interno cinque assi attraverso i quali descrivere la complessità delle situazioni cliniche. Essi comprendono:

- Asse I - Disturbi Clinici
 - Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica
- Asse II - Disturbi di Personalità
 - Ritardo Mentale
- Asse III - Condizioni Mediche Generali
- Asse IV - Problemi Psicosociali ed Ambientali
- Asse V - Valutazione Globale del Funzionamento

In realtà l'impostazione multiassiale del DSM è più teorica che pratica: usualmente infatti i ricercatori si limitano a studiare i soli primi due assi e la assoluta maggioranza degli studi scientifici prendono in considerazione alternativamente l'asse I o il II.

Il sistema DSM non è quindi in grado di definire accuratamente situazioni cliniche complesse se non affiancando più diagnosi contemporaneamente, sempre che la sintomatologia psicopatologica si esprima al di sopra della soglia considerata necessaria.

Le considerazioni sopra riportate hanno portato alcuni Autori a considerare la comorbidità come un artefatto del sistema diagnostico categoriale. È difficile infatti immaginare che le diverse diagnosi psichiatriche presenti in un soggetto corrispondano realmente a processi psicopatologici differenti e separati tra loro; il clinico infatti solitamente percepisce una unica configurazione psicopatologica, relazionale ed esistenziale, all'interno della quale comportamenti e fenomeni psichici eterogenei interagiscono in modo complesso. Si potrebbe dire, in una parola, che i diversi disturbi esprimono comunque aspetti di una stessa sostanza, di una unità.

Tutto ciò è particolarmente vero se si è di fronte ad un soggetto che assume sostanze psicotrope e che contemporaneamente presenta anche un altro disturbo mentale. Vi sono indubbiamente comportamenti e meccanismi di funzionamento mentale caratteristici degli stati di dipendenza, ma non sempre essi sono distinguibili da strutture psicopatologiche di differente natura. Un esempio è la coesistenza, peraltro frequente, della dipendenza da sostanze stupefacenti e del disturbo antisociale di personalità: la Tab. 1 illustra alcuni comportamenti comuni alle due sindromi. Un ulteriore esempio lo si ritrova nella definizione dei criteri diagnostici del disturbo borderline di personalità: il quarto criterio infatti (*impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate*) implica che l'eventuale consumo di sostanze potrebbe essere considerato parte integrante della costellazione comportamentale del disturbo di personalità più che una sindrome a sé, diagnosticabile in modo indipendente. Un ulteriore esempio potrebbe essere rappresentato dalla non sempre agevole distinzione o sviluppo di caratteristiche megalomane e paranoide nel pensiero e nei comportamenti di consumatori abituali di cocaina con disturbi dell'umore o disturbi di personalità narcisistiche e/o paranoide.

È quindi spesso arduo distinguere lo stile tossicomane dallo stile patologico complessivo della persona nel suo complesso e ciò comporta,

nel processo diagnostico, che il clinico viva l'aggregazione di più diagnosi giustapposte come una sorta di forzatura artificiosa.

- Ricerca del rischio e di sensazioni nuove
- Comportamenti illegali, reati
- Trasgressione delle regole e del setting terapeutico
- Manipolazione degli altri, seduttività
- Raggiri e menzogne
- Facilità al passaggio all'atto, impulsività
- Bassa tolleranza alle frustrazioni
- Povertà emotiva, alessitimia, senso di vuoto interiore
- Difficoltà ad apprendere dall'esperienza
- Immagine di sé anticonformista, diversa, superiore agli altri
- Orizzonte degli eventi ravvicinato, scarsa progettualità
- Scarso interesse e bassa motivazione a collaborare al trattamento

Tab. 1 - Elementi psichici e comportamentali comuni tra personalità psicopatiche e tossicodipendenti

Pur avendo presenti queste riserve, quando viene posta una doppia diagnosi diviene fondamentale analizzare la dinamica dei due fenomeni, capire come interagiscono e in che rapporto stanno tra loro. Ad esempio è utile capire se un disturbo è primario rispetto all'altro o se sono entrambi primari. Il concetto di *primario* va inteso in modo estensivo, potendo significare *precedente, causale o prevalente* (Fioritti e Solomon, 2002). Questa distinzione è talora vista con qualche sospetto dai clinici, forse perché in passato è stata ampiamente utilizzata in modo aprioristico per l'attribuzione delle competenze della presa in carico all'uno o all'altro sistema di assistenza (SerT o salute mentale), in genere con funzioni espulsive dell'utente dal proprio servizio (Bellio, 1990). Superando questa diffidenza preliminare, l'individuazione del disturbo primario ha ovviamente importanti ricadute sul piano operativo e prognostico, nel senso che ci si può talora aspettare il miglioramento o, in certi casi, addirittura un completo superamento del disturbo secondario con l'adeguato trattamento di quello primario.

Molti psichiatri che operano nel campo della salute mentale potrebbero

ro avere la tendenza a considerare l'uso di droga o alcool come un mero sintomo dell'altro disturbo psichiatrico, amplificando eccessivamente la concezione di Khantzian dell'uso di sostanze come forma di automedicazione (Khantzian e Schneider, 1986). In questo senso l'assunzione di sostanze viene vista come l'espressione di un disagio psichico di fondo, il sintomo di un disturbo psichico "altro". Invece i medici (anche psichiatri) che lavorano nei SerT ben sanno che: a) non tutti i soggetti dipendenti da sostanze o alcool mostrano significativi disturbi psicologici; b) la dipendenza da sostanze è un processo che ha leggi evolutive sue proprie, con la tendenza, per un certo numero di soggetti, ad un andamento cronico intermittente anche in assenza di altri fattori aggravanti, e che si accompagna ad uno stile emotivo, cognitivo e comportamentale caratteristico.

La presenza di un secondo disturbo mentale porta quindi ad una embriatura complessa dei due fenomeni patologici, spesso con un aggravamento reciproco ed una maggior difficoltà nel controllo dei sintomi e nella stabilizzazione psichica, tossicologica e comportamentale.

La differenziazione tra disturbo primario e secondario può essere fatta con buona approssimazione sulla base di alcuni criteri (Fioritti e Solomon, 2002) tra cui la dinamica individuale (ad esempio quale disturbo si è manifestato per primo, presenza di un disturbo in assenza dell'altro, familiarità, eccetera), su basi epidemiologiche (ad esempio, associazione significativa tra disturbo e sostanza o viceversa) e neurobiologiche (ad esempio, congruità dei sintomi psicopatologici con la tipologia di sostanza assunta).

Più specificamente, la relazione di un disturbo mentale in un soggetto con disturbo da uso di sostanze può essere interpretato sulla base della seguente articolazione (Meyer, 1986):

- a) la psicopatologia può rappresentare un fattore di rischio per l'instaurarsi del disturbo da uso di sostanze;
- b) la psicopatologia può insorgere in modo indipendente dal disturbo da uso di sostanze e modificarne il decorso;
- c) la psicopatologia può essere espressione della azione neurobiologica della sostanza, ovvero dell'intossicazione acuta o cronica e dell'astinenza, rappresentando pertanto la diretta espressione del disturbo da uso di sostanze;
- d) disturbi psichiatrici possono essere slatentizzati dall'uso della sostanza e persistere a lungo dopo la cessazione dell'abuso;
- e) psicopatologia e uso di sostanze possono non essere correlate tra loro.

Nonostante molti Autori giustamente insistano nell'incoraggiare una corretta definizione e articolazione diagnostica come base per progettare un trattamento, nella quotidianità clinica la distinzione tra disturbo primario e secondario, o la definizione del rapporto funzionale tra i due disturbi, può risultare assai arduo a causa della unicità della configurazione complessiva dei fenomeni patologici nel singolo individuo.

Ciò non può non riflettersi, prima o poi, anche nei rapporti tra servizi differenti, chiamati ad assicurare agli utenti l'assistenza necessaria.

DIAGNOSI E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Uno degli scogli che frequentemente gli operatori si trovano di fronte è rappresentato dalla stessa definizione di disturbo con doppia diagnosi. Alcuni Autori tendono a limitare tale concetto alla compresenza del disturbo da uso di sostanze e di un disturbo psicotico, altri invece comprendono anche i soggetti con grave disturbo borderline di personalità; altri ancora escludono decisamente i disturbi di Asse II, e così via. Di solito i medici dei SerT tendono, comprensibilmente, ad una accezione più ampia del disturbo con doppia diagnosi, includendovi i disturbi di personalità che tra l'altro, sul piano epidemiologico, nei tossicodipendenti rappresentano la maggioranza delle diagnosi psichiatriche diverse dall'uso di sostanze. Frequentemente questa differenza di definizione operativa conduce gli operatori dei SerT e quelli dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) a incomprensioni e stallo della organizzazione dell'assistenza. La lettura dei dati epidemiologici dovrebbe tener presente questa difficoltà: una grossa percentuale di utenti dei SerT presentano "almeno" un disturbo di personalità. Stando così le cose non è pensabile che la comorbidità psichiatrica debba richiedere sempre il coinvolgimento del DSM: piuttosto dovrebbe aprire un dibattito di politica sanitaria sull'organizzazione dei servizi, sul ruolo dello specialista psichiatra nei SerT, tradizionalmente carenti di questa figura professionale, e del suo rapporto con altri specialisti medici *drogologi*, come l'internista o il tossicologo.

È indubbio che la psichiatria sia stata per molto tempo vista come una entità incompatibile con il trattamento della tossicodipendenza. A questo proposito va menzionato che la stessa Legge 685/75 sugli stupefacenti aveva esplicitamente escluso il trattamento dei tossicodipendenti in regime

di ricovero presso gli ospedali psichiatrici¹.

Questa decisione del legislatore, che attualmente appare incomprensibile sul piano scientifico, era invece del tutto coerente con il tentativo di riformare l'assistenza psichiatrica in Italia attraverso un'opera di deistituzionalizzazione da un lato e dall'altro di focalizzazione dello specifico campo psichiatrico attorno alla malattia mentale (leggi psicosi), escludendo tutte quelle situazioni giudicate di pertinenza sociale perché legate a forme di devianza e di esclusione (demenze organiche, alcolismo e tossicodipendenza, insufficienze mentali). Così facendo, il movimento riformatore perseguiva la chiusura dei manicomi, divenuti nel tempo una sorta di reclusorio per la devianza non criminale, e di reimpostare l'assistenza psichiatrica su basi più moderne ed evolute sia sul piano scientifico che civile. Ciò si realizzò (secondo alcuni con scarso successo, ma su questo tema non ci addentriamo) con l'approvazione della Legge 180. Essa, pur rappresentando il punto di svolta nello sviluppo della moderna assistenza psichiatrica in Italia, e non solo nel nostro Paese, ha avuto però anche alcuni effetti indesiderati, uno dei quali è rappresentato dal "divorzio" della psichiatria dal mondo della tossicodipendenza.

Il problema della doppia diagnosi perciò fa rientrare dalla finestra ciò che era stato fatto uscire dalla porta. Ci si può chiedere se la psichiatria che ora bussa alla finestra dei SerT sia la stessa dalla quale essi si erano allontanati: la mia risposta è no. Non è un caso che anche negli Stati Uniti, dove non c'è stato uno sviluppo "rivoluzionario" dell'assistenza psichiatrica, i due sistemi di assistenza, psichiatrica e per le dipendenze, si siano evoluti in modo separato. Di fatto non solo le competenze richieste allo psichiatra *drogologo* sono in parte diverse rispetto al collega che lavora nei DSM, ma anche le patologie psichiche prevalenti da trattare sono differenti, così come l'approccio al paziente si articola secondo modalità spesso non sovrapponibili. Si potrebbe sostenere quindi che a fianco di una *psichiatria generale* esistono altre psichiatriche, ad esempio quella delle dipendenze².

Questa distinzione terminologica e concettuale, lungi dall'essere una questione di lana caprina, riveste una certa importanza quando si inserisce

¹ Ricordo appena che i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura negli ospedali generali hanno fatto la loro comparsa qualche anno più tardi, nel 1978, con la Legge 180.

² Non a caso recentemente la SICAD, Società Italiana per lo studio dei Comportamenti di Abuso e Dipendenza, ha mutato la propria denominazione in SIPDip., Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze, in analogia alle società di *addiction psychiatry* di altri Paesi.

all'interno della discussione sulla doppia diagnosi. Infatti, schematicamente, si può affermare che:

- a) la comorbidità psichiatrica nei soggetti dipendenti da sostanze è la regola più che l'eccezione;
- b) la presenza di una psicopatologia di una certa entità, sia essa riducibile ad un disturbo di Asse I o II, rappresenta un fattore che generalmente modifica il decorso della dipendenza, portando ad un aggravamento del quadro complessivo;
- c) esistono alcuni quadri psicopatologici che si associano ai disturbi da uso di sostanze con frequenze significative e non casuali;
- d) l'assistenza al portatore di comorbidità psichiatrica richiede competenze e strumenti terapeutici propri sia di un campo che dell'altro;
- e) l'approccio ai problemi psicopatologici dei tossico/alcooldipendenti non può essere meramente psicofarmacologico e sociale poiché, similmente a quanto accade nel campo delle malattie mentali, vi è la necessità di coniugare l'approccio biologico alla lettura delle comunicazioni e della relazione col paziente, ovvero con il mondo dei suoi significati, stabilendo un buon rapporto empatico ed articolando il progetto terapeutico in modo coerente con la configurazione psichica del soggetto.

Per i SerT vi sono tre sole alternative pratiche nell'organizzazione dell'assistenza alla doppia diagnosi: 1) coinvolgere pesantemente i servizi di salute mentale, generando spesso conflitti tra colleghi; 2) dotarsi di risorse proprie (cioè di psichiatri e di strumenti terapeutici), cosa assai difficile in tempi di vacche magre come quelli attuali; 3) ignorare l'esistenza dell'*altra* diagnosi psichiatrica.

Curiosamente a nessun livello viene presa in considerazione l'ipotesi di strutturare il SerT in senso psichiatrico, come un Servizio di Salute Mentale specializzato per i problemi di dipendenza, ma strutturalmente indipendente dal DSM.

NEGOZIARE UN PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE SERT - PSICHIATRIA

Chiarito il fatto che la comorbidità psichiatrica è innanzi tutto un problema interno ai SerT e che tale deve rimanere, rimane aperta la questione di trovare un criterio condiviso dai colleghi dei DSM per definire opera-

tivamente le problematiche di doppia diagnosi e per la programmazione della relativa erogazione della assistenza. E a questo livello si generano molti problemi. È infatti facile osservare che i pazienti con doppia diagnosi, teoricamente bisognosi di assistenza più intensa e costante, siano in realtà coloro i quali ricevono meno attenzione o che addirittura si ritrovano espulsi da entrambi i sistemi di cura. Uno dei problemi principali è l'uso difensivo della questione diagnostica da parte degli operatori che di volta in volta evidenziano gli aspetti patologici che individuano la competenza dell'*altro* servizio (Bellio, 1990). Altre problematiche sono collegate alla presenza di giudizi ed opinioni più o meno preconcepite e, nella migliore delle ipotesi, poco lusinghiere tra gli operatori (soprattutto medici e psicologi) nei riguardi dei colleghi. Una delle questioni cruciali è la diversità nel concepire la risposta all'urgenza che differenzia molti SerT dai DSM. La diversità è strutturale, presente già a livello di politica sanitaria centrale, e si riflette sulla organizzazione dei servizi. È noto infatti che quasi tutti i SerT d'Italia sono impostati su base ambulatoriale senza vincoli di guardia attiva o reperibilità notturna e festiva; non vi sono posti letto ospedalieri per le tossicodipendenze, e anche le richieste di "normalizzazione" e controllo sociale sono generalmente minori rispetto a quelle poste alla psichiatria, forse perché i tossicodipendenti devianti che non si curano e non sono collaborativi più facilmente dei malati mentali diventano oggetto di interesse del sistema penale, secondo un'ottica condivisa con buona parte della comunità locale. Tutte queste caratteristiche proprie della cornice di lavoro dei SerT frequentemente suscitano puntuali osservazioni critiche da parte dei colleghi psichiatri, chiamati al contrario a rispondere all'urgenza psichiatrica con la prontezza ed efficacia propria delle emergenze medico-chirurgiche. Il confronto diventa comprensibilmente più aspro se dall'altra parte c'è un SerT ad elevata soglia d'accesso, magari i cui i tempi di risposta ad una richiesta di terapia arrivano a superare la settimana³!

La storica divisione dei due sistemi di assistenza, della salute mentale

³ Anche se ad alcuni può sembrare paradossale, esistono parecchi SerT che, anche in assenza di significativi problemi di organico, organizzano la presa in carico come un lungo processo che prima chiama in causa tutte le diverse figure professionali (psicologo, educatore, assistente sociale, medico), e poi giunge ad una discussione di équipe allo scopo di definire il progetto di cura complessivo. Solo in seguito si giunge alla proposta del programma terapeutico al paziente, compresa una eventuale terapia farmacologica. In questi casi vengono del tutto ignorati i bisogni più urgenti, solitamente di natura fisiopatologica e/o sociale.

e delle dipendenze, quali che siano le conseguenze anche a livello di rapporti personali tra operatori, porta necessariamente a trovare forme di collaborazione effettive, pena l'impossibilità di erogare interventi terapeutici ad una categoria di cittadini particolarmente debole sul piano sociale⁴.

Affrontando la questione organizzativa e di programmazione sanitaria, spesso i tecnici si dilungano sulla distinzione tradizionale di forme d'assistenza alla doppia diagnosi di tipo parallelo, seriale o integrato. L'organizzazione sanitaria italiana semplifica molto questi discorsi: infatti i due sistemi di cura risultano sufficientemente strutturati ed estesi verso il privato sociale, e obbligatoriamente devono trovare forme di raccordo e di lavoro in comune senza per questo ipotizzare forme di assimilazione o mutamenti strutturali che appaiono del tutto irrealistici al momento attuale. Inoltre sempre meno le diverse unità operative territoriali delle Aziende USL possono rimanere al di fuori del processo di rafforzamento del distretto, inteso come struttura chiamata a garantire uniformi livelli di assistenza alla popolazione. In mancanza di iniziative proprie dei SerT e dei DSM alla ricerca di forme collaborative, è inevitabile che prima o poi la questione della cura ai portatori di doppia diagnosi venga regolata "d'autorità" da chi poi viene chiamato a risponderne agli amministratori e ai rappresentanti politici. Per lo stesso motivo i conflitti di attribuzione e di competenza sembrano poco attuali e destinati prima o poi ad essere superati dai cambiamenti organizzativi interni alle aziende sanitarie (vedi ad esempio il processo di dipartimentalizzazione e la programmazione per budget).

È allora preferibile pensare alla definizione della competenza di un servizio partendo dal punto di vista del paziente, cioè in termini di assunzione della responsabilità della cura.

I criteri per la attribuzione dei compiti assistenziali tra i diversi servizi possono essere molteplici. È possibile ad esempio prevedere la determinazione della primarietà di un disturbo rispetto all'altro, tenendo comunque conto sia che entrambe le diagnosi potrebbero essere primarie, sia che potrebbe risultare di fatto impossibile giungere ad una conclusione. Un secondo criterio è quello della prevalenza di un disturbo sull'altro, ma anche qui si possono trovare difficoltà nel definire in un ordine gerarchico i segni e sintomi osservabili. Una terza modalità di organizzazione dell'assistenza potrebbe essere incentrata sui bisogni espressi dal paziente, rinunciando del tutto a determinare una competenza specifica e l'apparte-

⁴ Per un ulteriore approfondimento in tema di rapporti tra psichiatria e tossicodipendenze si veda Bellio e Banon (2000).

nenza ad uno dei due servizi. Sebbene questo modello sembri avvicinarsi maggiormente all'idea di integrazione, lavorando di fatto in un'area di confine comune ai due sistemi di assistenza, in realtà, in questo caso, si corre il rischio di non essere chiari nell'assunzione della responsabilità di cura. Il paziente ha bisogno di un riferimento preciso e di un operatore coordinatore e detentore della memoria storica del programma terapeutico. Quanto maggiore è l'identità e la stabilità delle singole équipes e buoni i rapporti tra servizi, tanto più questo modello potrebbe essere praticabile.

In fase di avvio di un progetto di collaborazione tra servizi per la doppia diagnosi potrebbe invece essere preferibile un modello basato sulla gravità: il cosiddetto *modello di New York*.

Il modello, determinando la gravità di ciascuno dei due disturbi, colloca la situazione del paziente in una matrice a quattro celle potendo così prevedere il tipo e il grado di collaborazione necessaria tra i due servizi (Fig. 1).

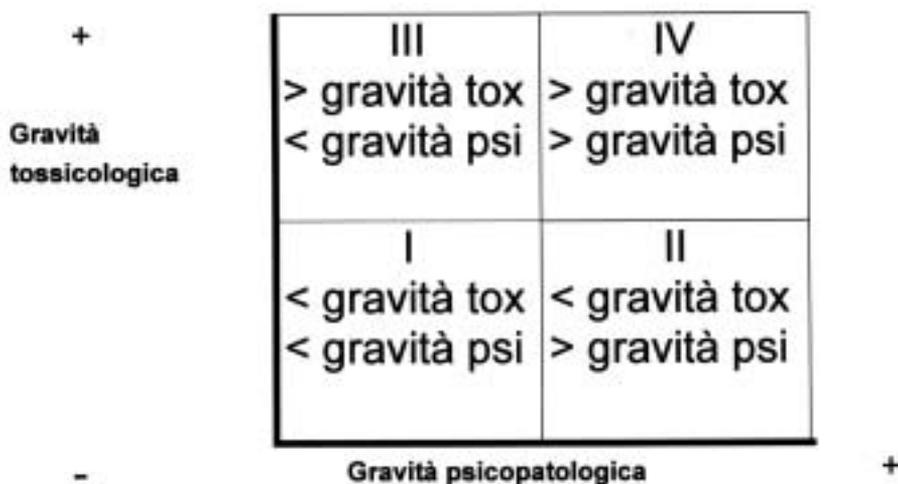


Fig. 1 – il modello di New York

La determinazione della gravità, a prescindere dalla diagnosi nosografica, non è un predittore assoluto del consumo di risorse o delle modalità e dei luoghi presso cui il paziente esprimerà le proprie domande di aiuto.

Tuttavia nemmeno la diagnosi lo è: mancano infatti altri elementi importanti quali ad esempio i livelli di motivazione, la situazione familiare e sociale, i livelli di adattamento e una valutazione funzionale globale.

Nel determinare la gravità della patologia si dovrà quindi procedere per approssimazione progressiva, a partire dalla stessa diagnosi nosografica, integrandola quindi con indicatori differenti, eventualmente rilevandoli mediante scale o strumenti standardizzati. Il processo di assessment dovrebbe essere costruito in modo condiviso dagli operatori dei due servizi per almeno un paio di ragioni: a) se non esiste accordo sulla definizione del concetto di gravità e sui modi per quantificarlo, c'è allora l'impossibilità di tradurre i dati in decisioni operative, ed il modello resterà lettera morta; b) uno degli obiettivi operativi di un progetto di integrazione di alto livello degli interventi per la doppia diagnosi è quello di rendere influente il punto di accesso del paziente al sistema di cura. In altre parole un assessment omogeneo potrebbe essere offerto indipendentemente dal fatto che i pazienti si rivolgano al SerT o al centro di salute mentale.

Una volta valutata la gravità del paziente, diventa possibile inserirlo in uno dei quattro gruppi i quali, a loro volta, indicano quali siano i luoghi di possibile passaggio, i sistemi coinvolti dal soggetto (Fig. 2), il servizio di riferimento e i livelli di collaborazione e integrazione tra i sistemi di cura delle dipendenze e della salute mentale.

I gruppi II e III appaiono sufficientemente omogenei: l'alto livello di gravità per una patologia e il basso livello di gravità per l'altra fa ritenere che la responsabilità di cura verrà assunta dal servizio relativo alla patologia prevalente; è inoltre altrettanto facile ipotizzare che esso rappresenti il punto d'accesso del paziente e che rimanga il sistema più coinvolto e mobilitato dai bisogni del soggetto. Al contrario, i gruppi I e IV comportano una maggior variabilità fenomenica, con diversi punti di accesso e di espressione dei bisogni. Vi è anche un maggior rischio di mancata presa in carico e/o di espulsione del soggetto.

Gravità tossicologica	III	IV
	Dipartimento per le Dipendenze	Pronto Soccorso, ospedale, carcere, Dip. Dipendenze o Salute Mentale No assistenza
	I	II
	MMG, Dipartimenti Dipendenze o Salute Mentale No assistenza	Dipartimento di Salute Mentale
	Gravità psicopatologica	

Fig. 2 – tipologia del paziente e luogo dell'assistenza

Tra i due gruppi esiste tuttavia una marcata differenza per il grado di integrazione richiesta ai due sistemi di assistenza durante la presa in carico: se la bassa gravità delle due patologie nel gruppo I permette ai due servizi di erogare prestazioni di semplice consulenza, l'elevata gravità dei soggetti del IV gruppo impone trattamenti ad elevato livello di integrazione, la costituzione di miniéquipe miste, e uno scambio informativo costante ed intenso.

È possibile stimare che, per ogni azienda sanitaria locale, il numero di pazienti afferenti al gruppo IV sarà relativamente ridotto. Anche se il carico di lavoro ed il consumo di risorse potrebbe essere piuttosto rilevante. Si può anche affermare che la maggior parte dei pazienti con doppia diagnosi resterà in carico ad un solo servizio e, talora, al medico di medicina generale; sarà cioè un problema interno al servizio.

Quello di New York rappresenta una buona modellizzazione, ovvero una cornice all'interno della quale approntare forme di collabora-

zione tra servizi diversi. Le difficoltà, le resistenze e le diffidenze sono tali che solo una reciproca, diretta conoscenza potrà aiutare gli operatori a considerarsi come una risorsa e ad accumulare sufficienti esperienze in questo difficile campo. È quindi indispensabile trovare un'area, seppur minimale, di lavoro comune.

PRINCIPI PER UNA BUONA PRATICA IN TEMA DI DOPPIA DIAGNOSI

In conclusione enumeriamo alcuni principi operativi che dovrebbero ispirare gli operatori che si occupano di doppia diagnosi e che sono interessati a redigere un protocollo di collaborazione tra SerT e DSM:

- a) non esiste un trattamento specifico per la doppia diagnosi, ma è necessario modificare e saper adattare i trattamenti evidence-based specifici per i diversi disturbi, integrandoli tra loro. Ciò di fatto conduce gli operatori a concepire progetti terapeutici con articolazioni nuove e originali: per ogni paziente, in ogni singolo momento, l'intervento va individualizzato e calibrato non solo sulla base delle diagnosi specifiche, ma pure al sottogruppo di appartenenza, della fase di recupero, dello stadio del cambiamento, bisogno di continuità, entità delle disabilità, presenza di problemi sociali e ambientali, livello di utilizzo delle risorse assistenziali
- b) Il buon esito del trattamento implica relazioni terapeutiche empatiche, ottimistiche ed efficienti forme di comunicazioni tra operatori. L'esito del trattamento è incrementato inoltre dalla continuità nella gestione terapeutica per entrambi i disturbi, attraverso episodi multipli di trattamento.
- c) Gli esiti del trattamento vanno sempre individualizzati: le variabili includono non solo l'astinenza, ma anche la riduzione della quantità e la frequenza d'uso della sostanza, la riduzione della sintomatologia psichiatrica, i miglioramenti dei livelli di funzionamento, la riduzione dei danni e il minor ricorso all'assistenza per l'acuzie.
- d) I servizi erogati devono essere centrati sul cliente e l'accesso facilitato (*no wrong door, nessuna porta è sbagliata*); il processo di aggancio e di accoglienza è fondamentale, in una ottica di assistenza a lungo termine.
- e) Un protocollo di collaborazione sarà orientato sulla erogazione

integrata di servizi più che sulla integrazione delle strutture.

- f) Infine, ma non per questo meno importante, va sempre progettata una formazione trasversale sia teorica che clinica. A questo proposito va sottolineata la necessità di costruire un linguaggio comune ed una reciproca intesa su alcune definizioni operative: abbiamo già visto ad esempio che il concetto di *urgenza* potrebbe significare cose assai diverse per gli operatori dei due sistemi; ma pure i concetti di *comunità terapeutica*, di *ricovero ospedaliero*, di *obiettivo terapeutico*, o ancora, di *motivazione* meriterebbero un'ampia riflessione. Ciò che è prioritario non è tanto arrivare ad un accordo, quanto piuttosto accettare le differenze con la consapevolezza delle ragioni che le sostengono. La formazione dovrebbe correre su due binari paralleli: l'approfondimento e lo studio teorico da un lato, e la discussione incentrata sulla clinica e sulla gestione del caso dall'altro. Oltre a ciò potrebbe essere utile una osservazione diretta da parte degli operatori della funzionalità delle strutture afferenti ai due dipartimenti attraverso una sorta di visita guidata.
- g) Non sarà mai sottolineata a sufficienza l'importanza di valorizzare le specifiche competenze dei servizi in funzione della centralità del paziente, individuando la figura del case manager in relazione ai bisogni rilevati e delle risorse disponibili nella rete dei servizi. Il progetto terapeutico deve assicurare la migliore assistenza possibile e la migliore relazione con l'utente.
- h) Andrà favorita la collaborazione con le famiglie, coinvolgendole nella presa in carico e nella gestione del programma terapeutico, incrementando la loro sensibilizzazione mediante interventi psicoeducativi di gruppo o individuali. Parallelamente sarà coinvolta la rete sociale, formale e informale, sensibilizzandola a collaborare alla realizzazione del progetto terapeutico.
- i) La costruzione del progetto terapeutico (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e di reinserimento) sarà caratterizzata da flessibilità e lungimiranza, adattandolo alle situazione clinica del momento. Utile a questo proposito l'analisi di indicatori precoci della ricaduta sia tossicologica che psicopatologica. Il programma terapeutico, soprattutto in alcune sue fasi, sarà orientato verso la minimizzazione dei rischi e dei danni.
- j) Infine, un'ulteriore raccomandazione è volta a supportare le Comunità Terapeutiche in un cambiamento non solo metodologico,

ma pure epistemologico, al fine di favorire un adattamento dei programmi residenziali a realtà cliniche che non rispondono più ai tradizionali interventi per tossicodipendenti “puri”, ma che anzi potrebbero nella migliore delle ipotesi reagire con l’abbandono del trattamento o, nella peggiore, con il suicidio. Una utile via potrebbe essere rappresentata dal coinvolgimento degli operatori delle strutture private nelle iniziative di formazione congiunta psichiatria-sert, e nell’avvio di progetti associati di collaborazione pubblico-privato. Una attenzione particolare andrà riservata alla formazione degli operatori del privato al fine di favorire un approccio integrato al problema della sofferenza mentale dei tossico-alcooldipendenti. Sono note le dinamiche istituzionali e quelle interne ai gruppi di lavoro indotte dai pazienti psichiatrici gravi, con sviluppo di difese rigide e primitive nonché rischio di scissioni e rotture nella équipe curante. Gli operatori delle comunità generalmente sanno gestire bene dinamiche di altra natura, soprattutto di tipo manipolatorio e antisociale; non va dato invece per scontato che parimenti si trovino a proprio agio con le dinamiche proprie di persone con gravi turbe dell’identità.

In conclusione, possiamo affermare che esistono vie percorribili per la costruzione di modalità di assistenza per i pazienti portatori di doppia diagnosi. Queste richiedono agli operatori dei servizi di essere flessibili, pragmatici e disancorati da ideologie non più attuali o parcellizzanti. Appare necessario accogliere un pensiero complesso, ricercare l’integrazione tra apporti professionali diversi, e rispettare le differenze. Integrazione non significa confusione, né coltivare l’illusione che siamo tutti uguali. Al contrario, l’integrazione è resa necessaria proprio dal riconoscimento che esistono delle differenze e che, per aumentare la complessità del nostro pensiero, dobbiamo favorire l’interazione coordinata di più unità. In fin dei conti questo è lo stesso problema che si sono trovati di fronte i pazienti psichiatrici più gravi, come gli psicotici e i borderline, nel corso dello sviluppo. Loro purtroppo hanno fallito nel compito.

BIBLIOGRAFIA

- APA (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR, 4th ed., Text Revised*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Bellio G. (1990), Servizio psichiatrico e centro per le tossicodipendenze: una difficile convivenza? Relazione al Convegno: *Continuità e discontinuità in psichiatria*. Jesolo Lido, 12/05/1990.
- Bellio G., Banon D. (2000), *Che cosa ci fanno gli psichiatri nei Ser.T.?* Manoscritto in corso di pubblicazione.
- Fioritti A., Solomon J. (2002), *Doppia Diagnosi: epidemiologia clinica e trattamento*. Franco Angeli, Milano.
- Khantzian, E.J., Schneider, R.J. (1986), Treatment Implications of a Psychodynamic Understanding of Opioid Addicts. In: Meyer, R.E. (Ed.): *Psychopathology and Addictive Disorders*. Guilford Press, New York.
- Meyer R.E. (edit.) (1986), *Psychopathology and addictive disorders*. The Guilford Press, New York.
- WHO (1992), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization, Geneva.

DOPPIA DIAGNOSI: LA NOSTRA ESPERIENZA

Amelia Fiorin

Psicologa Psicoterapeuta
Dipartimento per le Dipendenze
Azienda U.L.SS. n. 8 – Regione Veneto

Antonio Citron

Psichiatra Psicoterapeuta
Dipartimento di Salute Mentale
Azienda U.L.SS. n. 8 – Regione Veneto

Il tema della “Doppia Diagnosi” ha visto, negli ultimi anni, un crescendo di interesse, che si è tradotto in un rilevante numero di pubblicazioni specialistiche.

La letteratura sottolinea l’importanza di una valutazione diagnostica accurata e completa, e propone molteplici indicazioni sulla modalità di trattamento: offre una serie di suggerimenti e modalità circa il “cosa” fare e riporta esperienze pratiche e sperimentazioni sul campo, che indicano “come” poter organizzare un servizio o una struttura per la Doppia Diagnosi.

I vari studi, approfondendo le molteplici soluzioni organizzative, sono concordi che il *modello integrato*, rispetto al modello seriale e parallelo, rappresenti la forma di trattamento ideale (Fioritti, Solomon).

Partendo da questi presupposti e raccogliendo i bisogni emergenti dalla popolazione dell’Azienda U.L.SS. n. 8 della Regione Veneto, nel 2001 il Dipartimento per le Dipendenze (Unità Operativa di Alcolologia e Servizio Tossicodipendenze) ed il Dipartimento di Salute Mentale si sono impegnati nella progettazione e nella realizzazione di una struttura residenziale per la Doppia Diagnosi.

La nostra breve riflessione si concentrerà su alcuni aspetti che sono stati evidenziati durante questo primo periodo di lavoro integrato, e precisamente:

- o i modelli teorici di riferimento;
- o la formazione degli operatori.

I MODELLI TEORICI DI RIFERIMENTO

Aldilà della diversità della patologia trattata, i servizi coinvolti hanno modelli teorici di riferimento diversi anche relativamente alla formazione dei clinici ed alle filosofie e modalità di intervento.

L’Unità Operativa di Alcolologia ha una lunga storia di trattamenti riabilitativi secondo l’orientamento ecologico e di comunità multifamiliare, ideato da Vladimir Hudolin, con una importante attenzione alla risorsa familiare secondo l’approccio della psicoterapia sistemico-familiare

Il Servizio Tossicodipendenze ha sempre coltivato una tradizione fondata su un approccio biopsicosociale complesso, attento alle diverse aree vitali, alla soggettività del paziente ed alle esperienze interpersonali (Engel, Ekeland). Sviluppando successivamente al suo interno, approcci psicoterapeutici diversificati come quello sistemico-relazionale, gruppale, cognitivo-comportamentale e psicodinamico.

Il Dipartimento di Salute Mentale ha un’impronta fondamentale organicistica, aperta ai contributi forniti alla comprensione ed alla cura dei disturbi mentali da un approccio di tipo psicosociale.

Nella costituzione di un protocollo per la Comunità Residenziale Doppia Diagnosi, il gruppo di lavoro ha ritenuto che si potevano contenere eventuali conflitti metodologici ed operativi, derivanti da opinioni o giudizi propri di differenti approcci epistemologici, attraverso la costituzione di una *équipe interdipartimentale* “strutturale” al progetto stesso, avente compiti di verifica ed indirizzo periodici, nonché di una *équipe* “sul caso”, costituita dai vari professionisti dei servizi coinvolti nella diretta gestione del singolo paziente.

Sono stati individuati alcuni principi operativi su cui concentrare l’in-

tervento terapeutico-riabilitativo:

- il trattamento dei pazienti con Doppia Diagnosi è un processo dinamico, all'interno di una storia che prevede e "tollera" ricadute ed esacerbazioni sintomatologiche in misura ancora maggiore di quanto non avvenga per i pazienti con una singola diagnosi; il trattamento prevede necessariamente un tempo medio-lungo: considerata la tendenza dei pazienti ad essere seguiti per un lungo periodo della propria esistenza, la permanenza nella Comunità Residenziale Doppia Diagnosi costituisce un "episodio di trattamento", che non necessariamente sarà "episodio di guarigione";
- l'intervento va individualizzato sulla base di una valutazione globale della problematica presentata da ciascun paziente: è dimostrato che gli esiti migliori si ottengono esaminando specificamente i problemi ed i bisogni dei pazienti e rispondendo a questi in termini individualizzati;
- l'efficacia del trattamento è maggiore quando si mantengono, oltre ad una buona relazione con il paziente, efficienti forme di collaborazione tra gli operatori; un elemento qualificante delle professionalità coinvolte nel lavoro terapeutico-riabilitativo, oltre alla doverosa preparazione specialistica, è il rispetto della reciproca appartenenza a differenti orientamenti teorici.

La condivisione dei principi sopra riportati ha consentito di utilizzare le inevitabili difficoltà di comprensione in termini dialettici e di formazione, all'interno di un reale processo di integrazione.

Il pensiero sottostante è costituito dalla consapevolezza che non esiste un modello epistemologico superiore od un trattamento specifico per la doppia diagnosi, così come non esiste una superiorità di efficacia di trattamenti attuati secondo un orientamento cognitivo-comportamentale o psicodinamico; studi di meta-analisi sull'efficacia di approcci psicoterapeutici collegati ad orientamenti teorici diversi dimostrano infatti che gli esiti si equivalgono (Leichsenring, Leibing).

Quest'ultimo dato costituisce uno stimolo affinché, su un piano organizzativo e metodologico, l'*équipe interdipartimentale* si impegni nel realizzare una struttura che, collegata ai servizi di appartenenza degli operatori da un punto di vista degli orientamenti di base, possa proporre ed attuare modifiche e nuovi adattamenti a "vecchi" modelli terapeutico-riabilitativi, capaci di rispondere in termini più funzionali ed efficaci alle "nuove" patologie.

LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Giovanni de Girolamo scrive che “un punto irrinunciabile è un adeguato training formativo degli operatori impegnati nella gestione dei pazienti con Doppia Diagnosi”(A. Fioritti ; J. Solomon).

Ma quale tipo di formazione?

Nella letteratura non vi è una voce autorevole che abbia saputo organizzare il sapere che si sta sviluppando in questo contesto, per metterlo a disposizione degli operatori: “a tutt’oggi la formazione è realizzata secondo programmi ed attività poco consolidate e talvolta casuali” (Bignamini, Garau, Cortese, Sansebastiano).

Pur in assenza di una guida autorevole, noi abbiamo cercato di programmare un training formativo attento ad alcuni aspetti organizzativi importanti prima ancora di definire i contenuti. La formazione doveva contribuire alla definizione di una nuova identità professionale soprattutto del gruppo di operatori più strettamente coinvolti nella gestione dei casi. In secondo luogo il processo formativo doveva tendere ad una emancipazione, cioè quel lavoro incessante e attento al rinnovamento, che è di più del comunque necessario aggiornamento (L. Giannini, 2003).

La formazione è, quindi, anche per noi, elemento irrinunciabile: in un’ottica di crescita professionale, di continuità e di stabilità dell’intervento impostato, di protezione degli operatori dalla fatica e dai rischi connessi al lavoro con la cronicità mentale.

In questo primo periodo l’attività formativa è stata organizzata in incontri che hanno coinvolto tutti i servizi implicati, i quali hanno approfondito dal proprio punto di vista i diversi disturbi potenzialmente oggetto di Doppia Diagnosi, tentando in questo modo di colmare i bisogni di apprendimento manifestati.

La formazione trasversale tra servizi ha anche costituito un’opportunità per aumentare l’integrazione tra i servizi stessi.

Il processo culturale avviato è stato importante; è significativo, a tal proposito, che al termine di questo periodo in cui il training formativo è stato rivolto esclusivamente agli operatori della struttura, sia stata proposta un’iniziativa consistente nella realizzazione di un evento formativo aperto, come occasione di condividere ed allargare il patrimonio culturale in tema di Doppia Diagnosi.

Complice, in questo passaggio, anche l’attività di supervisione che, effettuata su un piano prevalentemente organizzativo piuttosto che clinico, ha

saputo cogliere sia le carenze che le competenze acquisite, ed ha rinforzato le motivazioni e le abilità relazionali ed empatiche del gruppo degli operatori.

CONCLUSIONI

La costituzione di servizi per la Doppia Diagnosi rappresenta una sfida importante per il sistema sanitario pubblico, per la difficoltà a realizzare un intervento terapeutico-riabilitativo complesso e necessariamente integrato.

L'integrazione non si realizza attraverso la scelta di un approccio e la conseguente rinuncia ad un altro, bensì nello sfruttare i punti di forza di un modello di intervento e la sua capacità di conciliarsi con altri modelli.

La formazione, all'interno di questo contesto, rappresenta una possibilità di trasformare le eventuali incomprensioni in occasioni di confronto, spostando pertanto le tensioni ad un livello più evoluto e costruttivo: l'integrazione diventa un indice della ricchezza culturale acquisita.

La formazione per noi è stata intesa come un processo mai compiuto, dal quale trarre un "fare professionale" più fiducioso e più esplorativo, rispettoso delle differenze e del bisogno del paziente.

In questa ottica, si auspica, verrà organizzata anche la futura formazione.

BIBLIOGRAFIA

- Bignamini E., Garau S., (2001) Cortese M., Sansebastiano S, "*Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica*". Editeam .
- Ekeland I. (1995), "*Il caos*", Il saggiatore.
- Engel G.L., (1997), "*The needs for a new medical model: a challenge for biomedecine*". Science .
- Fioritti A., Solomon J., (2002) "*Doppia Diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*". Franco Angeli.
- Giannini L., (2003), Formazione: oggi come ieri, necessaria integrazione di "vecchio" e "nuovo" in *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, Vol. 40.Fasc. 2.
- Hudolin V, (1991), "*Manuale di alcologia*". Erickson.
- Leichsenring F., Leibing E, (2003), "*The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis*". American Journal of Psychiatry.

**TOSSICODIPENDENTI
BORDERLINE:
UN MODULO
SPECIALISTICO DI
TRATTAMENTO
PRESSO IL
DIPARTIMENTO PER
LE DIPENDENZE DI
CASTELFRANCO V.TO**

Claudia Passudetti

Psicologa Psicoterapeuta Az. Ulss 8

Fulvia Callegari

Educatrice Az. Ulss 8

Claudia Bacchin

Assistente Sociale Az. Ulss 8

Amelia Fiorin

Psicologa Psicoterapeuta Az. Ulss 8

Il presente contributo si propone di illustrare i riferimenti teorici, metodologici e l'organizzazione interna del modulo specialistico di trattamento per pazienti tossicodipendenti con gravi disturbi di personalità, attualmente operativo all'interno del Servizio Tossicodipendenze di Castelfranco Veneto.

Il protocollo terapeutico che verrà descritto rappresenta la prima esperienza italiana di applicazione e di adattamento a pazienti tossicodipendenti della Terapia Dialettico-Comportamentale, tecnica di dimostrata efficacia sperimentale nel trattamento dei disturbi di personalità caratterizzati da un quadro di autolesività e di marcata impulsività sul piano comportamentale.

I PRESUPPOSTI TEORICI

Il contesto

Il potenziamento delle procedure di assessment per la popolazione tossicodipendente, insieme ai dati della letteratura internazionale, hanno determinato nei servizi specialistici un interesse crescente per il tema della doppia diagnosi. Accanto alla diagnosi di Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), è frequente rilevare la presenza di altri disturbi in asse I spesso primari rispetto al consumo di sostanze e che richiedono un trattamento specifico. Tali situazioni trovano in genere risposta in protocolli farmacologici e psicoterapeutici di pratica consolidata; di natura diversa si dimostra il problema della gestione dei pazienti tossicodipendenti con gravi disturbi di personalità (asse II). Questa particolare tipologia di pazienti sembra infatti differenziarsi da qualsiasi stereotipo legato alla tossicodipendenza. Più delle altre appare necessitare di protocolli specialistici ed integrati fra le diverse professionalità coinvolte nella presa in carico. Più delle altre stimola la riflessione sulla reale opportunità di modelli terapeutici fondati su strategie di tipo sinergico fra i diversi sistemi deputati alla cura.

Nel Servizio Tossicodipendenze di Castelfranco Veneto il problema del trattamento di pazienti tossicodipendenti con disturbo di personalità è stato affrontato negli anni attraverso un ventaglio di risposte terapeutiche che vede la compresenza di schemi di trattamento afferenti a sistemi teorici diversi. La psicoterapia individuale di tipo psicodinamico, la psicoterapia di gruppo a tempo limitato e la terapia familiare ad indirizzo sistemico sono alcune fra le proposte terapeutiche offerte dal servizio e risultano ben

armonizzarsi con i protocolli farmacologici e le altre forme di trattamento (sociali ed educative).

Fra i disturbi di personalità, il Disturbo Borderline (DBP) si distingue in quanto impegna i servizi in frequenti azioni di contenimento e di fronteggiamento delle urgenze più che in organici progetti strutturati. Il paziente borderline, infatti, si caratterizza per una forma spesso grave di deficiarietà nella regolazione emozionale del comportamento, degli affetti, delle relazioni e dell'identità personale, dando frequentemente luogo a quadri di funzionamento caratterizzati da un discontrollo degli impulsi.

In tali pazienti si rileva un quadro patologico più severo, ed in particolare un numero più elevato di problemi psichiatrici associati, come alcolismo, depressione, disturbi del comportamento; di un maggior rischio di esposizione a malattie infettive; di severo coinvolgimento nell'abuso di sostanze (Rutherford, Cacciola e Alterman, 1994) e di comportamenti autodistruttivi (Links, Heslegrave, Mitton e altri, 1995).

I modelli

La Terapia Dialettico-Comportamentale

Dal 1999 è attivo presso il Ser.T. di Castelfranco Veneto un modulo specialistico per il trattamento di pazienti tossicodipendenti con disturbo borderline di personalità in cui prevalgono comportamenti di tipo impulsivo ed autodistruttivo. Il trattamento, ad indirizzo cognitivo-comportamentale, è la Terapia Dialettico Comportamentale (TDC) ideata dalla d.ssa Marsha Linehan. Tale metodo nasce negli Stati Uniti in ambito psichiatrico e si fonda sulla applicazione di co-terapie: il contratto, della durata minima di un anno, prevede la partecipazione simultanea a più setting terapeutici fra loro integrati dal modello teorico di riferimento. Lo scheletro del trattamento si compone pertanto di più interventi strutturati, primi fra tutti la psicoterapia individuale ed il gruppo di Skills Training, entrambi a cadenza settimanale; di consultazioni telefoniche utili a gestire le situazioni di crisi e di incontri periodici di supervisione per gli operatori.

La particolare strutturazione del trattamento trae origine dai più recenti studi e teorizzazioni relativi all'efficacia del "doppio setting" nei pazienti con disturbo di personalità condotti da studiosi di orientamenti diversi (Linehan; Liotti, Fonagy, Lichtenberg, Kernberg), efficacia che sembra mantenersi a prescindere dal tipo di tecnica adottata.

Secondo il modello di Marsha Linehan, nel borderline sarebbe riconoscibile una *vulnerabilità emotiva* dovuta ad una disfunzione biologica del

sistema emozionale e capace di produrre risposte emotive immediate, estreme ed intense, che necessitano di un periodo lungo per tornare ad un livello basilare.

Questa condizione avrebbe un importante ruolo nello sviluppo di reazioni affettive di particolare intensità nella relazione con le figure significative; tali relazioni, inoltre, sarebbero caratterizzate da instabilità in quanto fortemente soggette a sovraccarichi emozionali. Secondo le teorie dell'attaccamento, la presenza di setting terapeutici diversi avrebbe pertanto la funzione di diluire "in più luoghi" l'investimento emozionale presente nella relazione terapeutica, vissuta come salvifica e pericolosa al tempo stesso.

Il Colloquio Motivazionale ed il Modello degli Stadi del Cambiamento

L'applicazione della TDC all'utenza tossicodipendente ha richiesto sia a Marsha Linehan e collaboratori sia al nostro gruppo di lavoro alcuni importanti adattamenti al modello originario. Nel corso di questi quattro anni, il modulo specialistico di trattamento operativo presso il nostro servizio ha visto in particolare l'introduzione di tecniche di counselling specifiche per il trattamento delle dipendenze. Tali tecniche, mutate dal Colloquio Motivazionale di Miller e Rollnick, sono finalizzate ad aumentare la motivazione al cambiamento comportamentale e risultano particolarmente utili nella fase di aggancio del paziente borderline. Il Colloquio Motivazionale è "un metodo direttivo, centrato sul cliente per aumentare la motivazione interna al trattamento attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza". La disponibilità di una persona al cambiamento, non può essere intesa secondo gli autori come una condizione dicotomica ("Sono disposto" o "Non sono disposto" a cambiare un certo comportamento) bensì come il frutto di un insieme di fattori fra loro in equilibrio e sui quali è possibile per il clinico intervenire in sintonia con lo stadio motivazionale in cui la persona si colloca. A questo proposito, il Colloquio Motivazionale fa riferimento al Modello degli Stadi del Cambiamento di Prochaska e Di Clemente ossia ad "una serie di stadi attraverso i quali le persone passano via via che cambiano il proprio comportamento".

Le procedure del modulo specialistico di trattamento per tossicodipendenti borderline

Le fasi

Attualmente, il modulo specialistico si compone di tre fasi:

La fase di selezione

Tale fase prevede la somministrazione di una batteria minima di strumenti:

- il colloquio clinico, per la rilevazione dei disturbi in asse I
- la SCID II per la rilevazione dei disturbi di personalità (Asse II)

La fase motivazionale o di pre-trattamento

Il Ser.T. è un servizio pubblico ambulatoriale, al quale accedono utenti non paganti e talvolta sotto la costrizione delle famiglie o per motivi di carattere legale (p.e., la minaccia del ritiro della patente). Il potere contrattuale del servizio, rispetto all'esperienza dei colleghi americani, è pertanto molto ridotto rispetto a quella frangia di utenza che non si dimostra disponibile ad attuare un cambiamento comportamentale. La scelta di tentare di risolvere il problema dell'uso di sostanze o di dismettere stili di comportamento dannosi per la salute frequentemente rappresentano l'obiettivo anziché il punto di partenza dei progetti terapeutici. Tale fase, che definiamo "motivazionale" o di "pre-trattamento" ha l'obiettivo da un lato di pervenire almeno in parte ad un controllo dei comportamenti di abuso e dei comportamenti autolesivi; dall'altro di aumentare la motivazione, e quindi la disponibilità, ad aderire alla Terapia Dialettico Comportamentale.

Il trattamento in questa fase si avvale di sedute di psicoterapia individuale, al cui interno viene utilizzata una commistione delle tecniche della TDC, specifiche per i comportamenti impulsivi, e del C.M., specifiche per i disturbi di abuso.

La fase di trattamento

L'accesso a questa fase è condizionato alla sottoscrizione di un contratto terapeutico che vincola il paziente per un periodo minimo di un anno al rispetto delle seguenti condizioni:

- partecipazione ad una psicoterapia individuale a cadenza settimanale
- partecipazione ad uno o più moduli di training di abilità di gruppo

(Skills Training)

- compilazione di schede di auto-osservazione settimanali

La forma modificata di TDC attualmente in uso presso il nostro servizio investe la psicoterapia individuale del ruolo di “collante” del trattamento a cui si connettono i gruppi di Skills Training, strutturati per moduli di tre/quattro mesi proponibili anche separatamente. Questa organizzazione dei setting rappresenta una novità rispetto alla TDC standard che considera l'intervento grupppale sempre simultaneo e compresente a quello individuale.

Il ridimensionamento dell'importanza dei gruppi di Skills Training è solo apparente ed è da intendersi in senso strategico: mentre la psicoterapia individuale sembra appartenere alla cultura della nostra utenza, l'adesione ai gruppi, proposti nel formato di un anno, ha determinato molte resistenze e problemi di aderenza al trattamento. La formula contrattuale che ne è derivata presenta caratteristiche di maggiore flessibilità: permette ai pazienti, ad esempio, in accordo con il terapeuta individuale, di iscriversi di volta in volta a nuovi moduli di trattamento grupppale (anche non concordati all'inizio del trattamento) o di ripetere quelli in cui vengono insegnate abilità di cui si sentano maggiormente deficitari.

Le basi operative del trattamento

La Psicoterapia Individuale

La psicoterapia individuale si struttura secondo una gerarchia di priorità (bersagli o mete) che organizzano l'intero trattamento stabilendo l'ordine con cui affrontare i nodi problematici del paziente. Ciò è particolarmente utile in quanto i pazienti difficili spesso si presentano con problemi molteplici e pressanti e può essere arduo decidere con che cosa cominciare. “Nello stabilire le mete della psicoterapia individuale, la TDC fa ricorso a un approccio graduale, che consiste in tre stadi. Uno stadio viene completato quando le sue mete o bersagli non costituiscono più un problema. Se riaffiora un problema appartenente a uno stadio precedente, la terapia torna a operare a livello di quello stadio finché il problema non viene risolto. Le mete del primo stadio consistono nel bloccare il comportamento parasuicidario, nell'affrontare i comportamenti che interferiscono con la terapia e con un'adeguata qualità di vita, e nell'aumentare le abilità comportamentali. Si ritiene che tutti questi aspetti debbano essere a posto prima di passare al secondo stadio, che si concentra sul lavoro sul distur-

bo Post-Traumatico da Stress. Esiste un vasto corpo di prove in favore del fatto che la grande maggioranza delle persone che soddisfano i criteri per il DBP presenta storie di esperienze traumatiche, fra cui abuso e violenza sessuale in età infantile (Wagner e Linehan). Il secondo stadio si concentra direttamente su questi aspetti. Al terzo stadio, la terapia si focalizza sull'aumentare il rispetto per se' stessi..." (Waltz, Fruzzetti, Linehan, 1996).

La psicoterapia individuale utilizza infine delle Diary-Cards, schede personalizzate di auto-osservazione settimanale relative ai comportamenti ritenuti autolesivi o che interferiscono con la qualità della vita. Tali schede registrano la tipologia, la frequenza e l'intensità dei comportamenti-bersaglio e vengono predisposte insieme al paziente al fine di raggiungere una concordanza sui comportamenti da modificare.

Attraverso l'analisi delle schede, lo psicoterapeuta assume il ruolo di personal trainer nell'applicazione delle abilità apprese all'interno del training gruppale mirate al cambiamento comportamentale.

La Terapia di Gruppo (Skills Training)

La Terapia Dialettico Comportamentale è diretta "...all'apprendimento di abilità (...), alla modificazione dei comportamenti da parte del paziente, ...alla validazione delle sue capacità e dei suoi comportamenti attuati". (Linehan, 1998).

Obiettivo dei gruppi di Skills Training è quello di aiutare i pazienti a potenziare una serie di competenze funzionali utili all'adattamento alla vita quotidiana di cui i pazienti borderline possono risultare deficitari.

Il termine abilità (Skills) rimanda al concetto di "mezzi abili", finalizzati alla sostituzione dei comportamenti disfunzionali con risposte competenti verso l'ambiente.

Nei gruppi vengono analizzati tutti quei comportamenti che la persona può mettere in atto in situazioni problematiche e vengono discusse le azioni che possono favorire esiti positivi o indurre insuccessi e fallimenti.

L'insegnamento delle abilità non si basa unicamente sull'utilizzo delle tecniche comportamentali.

Il trattamento proposto da Linehan si organizza anche intorno al superamento della contrapposizione tra "accettazione" e "cambiamento", dimensioni vissute come antitetiche dai pazienti borderline.

La teoria comportamentale da un lato e le pratiche di meditazione dall'altro, sono gli strumenti utilizzati per sviluppare un pensiero dialettico, capace di "danzare armoniosamente" tra accettazione e cambiamento.

Nel training di gruppo è prelevante l'accettazione e non il giudizio e l'attenzione è diretta più su ciò che si può fare più che su quello che non funziona. Un contesto di gruppo che abbia caratteristiche relazionali validanti favorisce l'instaurarsi di un clima rassicurante per il paziente che in questo modo può lasciar intravedere agli altri le sue parti deficitarie. Allo stesso modo è rilevante la funzione del gruppo come rinforzo per mantenere il compito che ci si è dato: se il gruppo apprende ad essere empatico ed incoraggiante anche la persona comincerà ad esserlo con se stessa e imparerà a validare le sue emozioni, pensieri e comportamenti.

Il percorso di gruppo prevede quattro moduli tematici della durata di circa tre mesi ciascuno. I pazienti hanno la possibilità di aderire all'intero ciclo di gruppo (4 moduli), oppure a singoli moduli a seconda del contratto e degli obiettivi concordati con il terapeuta individuale. La frequenza e la scelta dei singoli moduli è pertanto focalizzata al raggiungimento degli obiettivi.

Il gruppo si incontra a cadenza settimanale, per la durata di un'ora e mezza ciascuno e si compone da un minimo di tre ad un massimo di sette partecipanti.

Lo Skills Training, nella sua forma standard prevista da Linehan e da noi applicato prevede quattro moduli di abilità: Mindfulness, Efficacia Interpersonale, Regolazione Emozionale e Tolleranza della Sofferenza Mentale o dell'Angoscia.

Modulo di Mindfulness

Le abilità di Consapevolezza di base rappresentano il nucleo centrale della Terapia Dialettico- Comportamentale di gruppo, in quanto hanno l'obiettivo di aiutare il paziente a sviluppare uno stile di vita di "partecipazione consapevole", inteso come capacità dell'individuo di riportare la mente su ciò che avviene qui ed ora. Lavorare su questo aspetto diventa basilare in quanto la mancanza di consapevolezza è una caratteristica dei comportamenti impulsivi, unicamente determinati dallo stato d'animo in corso.

Ai pazienti vengono forniti degli strumenti per osservare e descrivere le proprie esperienze percettive, assumere atteggiamenti non giudicanti e mantenere la concentrazione su una sola cosa alla volta.

Osservare l'ambiente, per esempio, implica una focalizzazione sugli altri e sugli eventi esterni, e la conseguente capacità di distinguere tali eventi dal proprio giudizio su di essi.

Queste abilità rappresentano versioni psicologiche e comportamentali delle pratiche meditative orientali e contemplative occidentali. La comprensione del significato più profondo di tali tecniche avviene su un piano esperenziale, in quanto ogni passaggio teorico si svolge all'interno della pratica della meditazione.

Le abilità di consapevolezza vengono definite di base in quanto avrebbero una funzione di guida nel comprendere il funzionamento della propria mente. Questo modulo viene ritenuto propedeutico agli altri tre moduli di abilità, e viene quindi proposto più volte nel corso dell'anno di trattamento.

Modulo di Efficacia Interpersonale

L'insegnamento delle abilità di Efficacia Interpersonale ha l'obiettivo da un lato di diminuire la caoticità e l'instabilità delle relazioni interpersonali, tipiche del paziente borderline, dall'altro di identificarne le cause.

Il paziente, attraverso l'esercizio di queste abilità, apprende ad analizzare ciò che accade all'interno di una singola interazione e ad identificare i fattori che favoriscono o interferiscono in senso conflittuale con lo sviluppo di una buona relazione con l'altro. A questo fine, la tecnica del role-playing, ad esempio, consente la sperimentazione di modalità utili al mantenimento sia della relazione in atto sia del rispetto di se stessi, attraverso l'utilizzo delle proprie capacità assertive.

Questo modulo richiede al paziente un particolare sforzo cognitivo ed emotivo, in quanto gli elementi di osservazione all'interno delle relazioni interpersonali non sono sempre così facilmente identificabili.

Modulo per la Regolazione delle Emozioni

Fra le concause della genesi e dell'evoluzione del disturbo borderline, la teoria biosociale di Marsha Linehan ipotizza una vulnerabilità emotiva di base che, esacerbata da specifiche circostanze ambientali, darebbe luogo in età adulta ad una disregolazione nel controllo delle risposte emozionali. In quest'ottica, i comportamenti autolesivi del paziente fra cui, talvolta, anche l'abuso di sostanze, sono ritenuti tentativi di far fronte ad emozioni negative altrimenti intollerabili.

Le abilità di regolazione emozionale consentono di ridurre l'intensità delle emozioni attraverso una migliore modulazione delle emozioni negative e l'incremento ed il prolungamento nel tempo degli stati d'animo positivi.

I pazienti vengono addestrati ad identificare le proprie emozioni senza giudicarle, e ad apprendere come queste si organizzano e determinano l'azione. A questo fine, risulta determinante la tecnica della "validazione", che consiste nell'aiutare i pazienti a fidarsi delle loro percezioni: "Importante aiutare il paziente a capire che le sue reazioni possono essere adeguate e valide presentando nello stesso tempo gli aspetti disfunzionali che devono essere modificati" (Linehan).

Modulo della Tolleranza alla Sofferenza e all'Angoscia

Sostenere il paziente nelle situazioni di crisi, aiutandolo a tollerare le fasi di angoscia, è obiettivo specifico di questo modulo.

I pazienti vengono sostenuti nell'osservazione dei loro pensieri e schemi di azione senza cercare di fermarli o controllarli, nel tentativo di comprendere cosa significa sopportare la propria condizione di vita come si presenta in quel particolare momento. Il gruppo approfondisce e cerca di individuare delle strategie "di sopravvivenza alla crisi": come fare per distrarsi da pensieri interferenti o recuperare il controllo; come sostituire gli eventi negativi con quelli positivi; come affrontare i momenti difficili senza agire in modo autodistruttivo.

La **conduzione** del gruppo è affidata a due operatori di professionalità diverse (educatore, assistente sociale, psicologa), il leader primario e il co-leader.

Le funzioni dei due leaders sono differenti. Il leader primario ha il compito di iniziare l'incontro, di aiutare il paziente a socializzare le difficoltà e gli insuccessi nella messa in pratica dei compiti assegnati a casa; tale operatore, inoltre, esercita il ruolo di colui che fa rispettare le regole del gruppo e scandisce i tempi e il ritmo dei contenuti da apprendere.

Il co-leader ha invece il compito di mediare le tensioni tra membri del gruppo e leader primario; focalizza l'attenzione sugli aspetti emotivi del singolo e del gruppo nel suo insieme e aiuta i partecipanti a verbalizzare nel qui ed ora le emozioni che sperimentano. Quest'ultima funzione appare piuttosto rilevante, in quanto il paziente borderline ha frequenti oscillazioni tra stati di intensa reattività e stati di inibizione emozionale.

Le sedute di gruppo presentano una struttura rigidamente organizzata nella sequenza temporale.

L'Accoglienza: si svolge in un angolo diverso della stanza dove si svolge il gruppo ed è uno spazio dove si chiude con l'esterno e con la giorna-

ta lavorativa per concedersi brevi scambi informali sulla settimana trascorsa. Rappresenta un importante momento di preparazione alla seduta e si struttura intorno ad un rituale atipico per un setting terapeutico, quello del bere delle bevande calde offerte dal Servizio.

Analisi delle abilità messe in pratica a casa: è uno spazio di confronto riservato alle difficoltà incontrate dai pazienti nell'applicare all'esterno le abilità apprese nei gruppi.

È il momento in cui i pazienti si sentono maggiormente esposti, in quanto si confrontano con il timore di essere criticati, con la vergogna e l'imbarazzo per non aver svolto il compito in modo adeguato. Il leader si focalizza sull'accettazione e la convalida di ciò che i pazienti portano, individua le risposte appropriate e solo successivamente sottolinea quelle disfunzionali, al fine di sollecitare un cambiamento.

Insegnamento di nuove abilità: questa fase della seduta è riservata alla presentazione e alla discussione delle nuove abilità.

Nel corso del tempo si è scelto di proporre un numero di contenuti inferiori a quelli previsti dalla Terapia Dialettico-Comportamentale, lasciando maggior spazio alla discussione e ai contributi personali dei pazienti.

Rilassamento: nella fase finale della seduta si utilizzano esercizi di respirazione e meditazione guidata con sottofondo musicale; ciò aiuta i pazienti a rilassarsi e a distanziarsi dai contenuti e dalle sollecitazioni emotive emerse nel corso del gruppo. Questo è risultato essere il momento più gradito della seduta.

Questa parte esperienziale si è rivelata indispensabile per meglio comprendere le "abilità di consapevolezza di base", in quanto attraverso l'osservazione del proprio respiro è stato possibile comprendere cosa significa osservare e percepire ciò che accade nel momento, padroneggiando il turbine dei pensieri che la mente porta con sé. Attraverso una efficace concentrazione sul respiro il paziente ha modo di fermare le preoccupazioni e l'agitazione trovando calma e pace. Fermare non significa reprimere, ma trovare forza per far fronte alle situazioni di difficoltà.

Conclusioni

Il protocollo terapeutico descritto necessita di ulteriori verifiche sperimentali rispetto a quelle sino ad oggi ottenute. Le modeste dimensioni del campione a cui il trattamento è stato somministrato (5 persone nella forma di TDC standard e 10 nella forma sperimentale) insieme alla difficoltà, nell'operatività clinica di ogni giorno, di mantenere sotto controllo le varia-

bili intervenienti e di reperire un gruppo di controllo con le stesse caratteristiche del campione, rendono i risultati clinici parzialmente interpretabili. Alcune considerazioni appaiono tuttavia condivisibili in merito ad alcune aree di osservazione, in particolare quella della ritenzione in trattamento e della riduzione del consumo medio delle sostanze di abuso. Nella versione modificata, ad oggi non si sono verificati drop-out dal servizio né abbandoni dei setting terapeutici e i pazienti segnalano un elevato livello di soddisfazione rispetto al trattamento complessivo. Si è già sottolineato come la psicoterapia individuale rappresenti la struttura portante del trattamento e come la partecipazione ai gruppi di Skills Training e ad altri setting ancillari alla terapia individuale non sia ritenuta elemento ineludibile all'interno del percorso terapeutico. Il rischio che il paziente abbandoni il trattamento perché legato ad un unico setting terapeutico, a nostro avviso viene spontaneamente ridotto grazie alla presenza di altri interventi di "ancoraggio" che sono i diversi luoghi della terapia, ossia il trattamento medico, familiare, sociale ed educativo. Fra tali interventi a tempo limitato, rientra anche il lavoro con le famiglie, secondo un protocollo di sei mesi che ha l'obiettivo di aumentare le conoscenze e le informazioni dei genitori sulla malattia, la loro gestione delle situazioni problematiche attraverso tecniche speculari a quelle adottate con i pazienti.

In sintonia con i dati della letteratura, è possibile inoltre affermare che l'unica condizione fondamentale è che il modello utilizzato sia fortemente rappresentato nella mente degli operatori che gestiscono i diversi setting, quali che siano le professionalità e gli interventi. In altre parole, la possibilità degli operatori di fare riferimento a sistemi teorici e metodologici condivisi, consente riflessivamente al paziente di rinvenire quell'unitarietà psichica che il suo sistema mentale tenderebbe piuttosto a scindere e a collocare in unità parcellizzate e contraddittorie. Per poter raggiungere questo obiettivo è necessario una comunicazione puntuale fra gli operatori che gestiscono i vari setting, in particolare quello individuale e quello grupppale. E' solo all'interno di tale incontro che può avvenire **l'unità terapeutica**, che viene percepita e rappresenta per il paziente una sorta di rete di sicurezza sulla quale può reggersi per non cadere nei momenti di crisi.

Se il contratto appare un elemento fondamentale nei protocolli terapeutici in quanto consente ai pazienti di modulare la relazione di attaccamento, d'altra parte una certa flessibilità contrattuale consente di gestire in modo concordato le fasi fisiologiche di allontanamento tipiche di alcuni disturbi di personalità. In una dialettica giocata fra un'inflexibile insisten-

za su temi quali l'astinenza o la continuità della cura da un lato e la accettazione profonda delle paure del paziente dall'altro, gli abbandoni si trasformano in richieste di sospensione ed il contratto si rifocalizza sul ritorno. Una struttura del trattamento che si adatta alle caratteristiche di funzionamento del paziente – in questo caso un paziente che va e viene, sia sul piano del trattamento sia su quello dell'astinenza – conduce ad un modello esportabile nelle diverse realtà geografiche e culturali, in quanto si basa sulle fondamenta condivise della dialettica e del riconoscimento dell'altro.

Infine, crediamo sia opportuno sottolineare che probabilmente il risultato più importante ottenuto, nei tre anni di sperimentazione, di questo modello sia possibile osservarlo nella preparazione e formazione dei colleghi, che più di altri, si sono avvicinati alla modalità di trattamento dialettico proposta da Marsha Linehan. Come sempre l'adozione di nuove strategie terapeutiche all'interno delle istituzioni ha tempi e modi di svilupparsi molto diversi a seconda dell'organizzazione del servizio, delle priorità dello stesso, del gruppo di operatori e dell'impegno attivato per la realizzazione del progetto medesimo. Su quest'ultimo punto, possiamo pensare che solo ora abbiamo raggiunto una discreta sicurezza nelle procedure di aggancio e nella programmazione delle varie fasi di cui si compone il progetto nel suo complesso, e questo perché solo ora possiamo contare su una stabilità degli operatori che, nel processo di formazione e conoscenza del modello di intervento, si sono adoperati per una maggiore familiarità nelle tecniche specifiche dei gruppi psicoeducativi e nella psicoterapia individuale. Sarà quindi necessario, pena la perdita del patrimonio culturale acquisito, continuare la sperimentazione anche per concretizzare sul piano clinico maggiori risultati. La formazione degli operatori e l'aumento della cultura di un servizio, sono sempre risultati auspicati da qualunque progetto clinico sperimentale prima ancora dei risultati sui pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- Barone L., Maffei C., (1992), *Emozione e conoscenza nei disturbi di personalità*. F. Angeli Editore, Milano.
- Bignamini E., Cortese M., et al., (2002), *Dipendenza da Sostanze e Patologia Psichiatrica: percorsi di ricerca sulla comorbidità*. Editeam Gruppo Editoriale, Bologna.
- Budman, S.H., Simeone, P.G., Reilly, R., e Demby A., (1994), Progress in short-term and time-limited group psychotherapy: evidence and implication: In A. Fuhrinam e G.M. Burlingame (Eds.), *Handbook of Group Psychotherapy. An empirical and clinical synthesis*. New York: Wiley.
- Clarkin J.F. Yeomans F.E. Kenberg O., (1999), *Psicoterapia delle personalità borderline*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Clerici M., Carrà G. et al., Tossicodipendenza, comorbidità, psichiatria. Implicazioni cliniche. *Medicina delle tossicodipendenze*, 1997, anno IV, 23.
- Costantini A. (2000), *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato*. Ed. McGraw-Hill.
- DiClemente C.C., Motivational Interviewing and stages of change. In Miller WR, Rollnick S., *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behaviours*. The Guilford Press, New York and London, 1991: 191-202.
- Kernberg O.F. (1987), *Disturbi gravi di personalità*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Linehan Marsha M., *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorders*. The Guilford Press, New York, 1993 (tr. it.: Il trattamento cognitivo - comportamentale del disturbo borderline. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001).
- Linehan Marsha M., Dimeff L.A., Reynolds S.K., et al, *Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder*. *Drug Alc. Dep.*, 2002, 67:13-26.
- Liotti G., *Il nucleo del Disturbo Borderline di personalità: un'ipotesi integrativa*. *Psicoterapia*, 1999, 16,17:53-65.
- Liotti G., *Le opere della coscienza*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Miller WR, Rollnick S., *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behaviours*. The Guilford Press, New York – London, 1991. (tr. it.: Il colloquio di motivazione. Ed. Centro Studi Erickson, Trento, 1994).
- Movalli MG, Madeddu et al., Personality disorders: prevalence in alcoholics and influence on drop-out from treatment. *Alcolologia*, 1996, 8
- Nace EP, Davis CS et al.: Comorbidity in substance abusers. *Am. Journal of Psychiatry*, 1991:148
- Prochaska JO, DiClemente C.C. (1998), Toward a Comprehensive, Transtheoretical Model of Change: Stages of Change and Addictive Behaviours. In Miller WR, Heather N.: *Treating Addictive behaviours*. Second Edition. Plenum Press, New York and London, 1998: 3-24.
- Roth A. Fonagy P., *Psicoterapia e prove di efficacia*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997.

RIFLESSIONI SULL'ESPERIENZA DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE PER DOPPIA DIAGNOSI "VILLA ADELASIA"

Rossella Pinochi

Coordinatore Coop. "Giovani e Comunità"

Il progetto della CT "Villa Adelasia" ha una lunga storia e la sua attuale destinazione, in un certo senso, rappresenta il risultato del percorso effettuato dal SerT. (Servizio Tossicodipendenze) di Lucca. Il progetto infatti, venne ideato alla fine del 1991 grazie ad un impegno progettuale integrato tra la AUSL di Lucca e il CeIS di Luca per ricavare da una Villa di proprietà della AUSL, adeguatamente ristrutturata, una struttura residenziale di prima accoglienza, che potesse appunto accogliere quella vasta tipologia di TD, che le comunità terapeutiche del tempo non accettavano: in particolare i casi in trattamento metadonico e i casi in cura psichiatrica.

Quelli erano anni nei quali per scelta precisa nel SerT di Lucca non si faceva psichiatria, si glissava sui sintomi psicopatologici dei pazienti in carico e non si prescrivevano psicofarmaci, non volendo interferire con i

compiti istituzionali dei SSM (Servizi Salute Mentale).

Negli anni successivi il quadro di riferimento ebbe un cambiamento radicale e, quando nel 1995 arrivarono i primi finanziamenti per la ristrutturazione della Villa Adelasia, se da una parte, le C.T. cominciavano ad accogliere anche casi non drug-free e talora con chiara patologia psichiatrica, dall'altra si constatava che il più delle volte il SSM sembrava avere nei confronti dei TD con disturbi mentali lo stesso atteggiamento "disimpegnato" che il SerT aveva scelto di avere fino ad allora.

Anche per queste ragioni da allora iniziò, la "psichiatriizzazione" del SerT di Lucca: per poter continuare ad avere rapporti e collaborazioni pienamente competenti con le CT, che ospitavano anche TD "psichiatrici", e per prendere in cura più globalmente i TD "psichiatrici", seguiti ambulatorialmente.

Così il progetto "Villa Adelasia" venne modificato e divenne un progetto rivolto alla accoglienza di casi con patologia di dipendenza e compresenza di altri gravi disturbi psichiatrici.

L'impostazione generale della C.T. "Villa Adelasia" prevede inserimenti di durata limitata nel tempo (max. 9/12 mesi), non escludendo la prospettiva di un eventuale necessaria prosecuzione del programma terapeutico in altre C.T., ove siano possibili permanenze protratte.

Una risposta possibile alla necessità di trattamento dei tossicodipendenti con "doppia diagnosi" (multiproblematici), seguiti dai SerT e dai SSM, si pone sia come occasione di intermediazione tra le difficoltà riscontrate nel trattamento dei soggetti con doppia diagnosi e l'attuale realtà organizzativa dei Servizi sia come occasione di ricerca e di approfondimento dei problemi connessi con la cura e alla riabilitazione di tale tipologia di soggetti, avvalendosi anche dell'esperienza della Cooperativa "Giovani e Comunità".

La complessità dei quadri clinici e la scarsità delle risorse personali dei tossicodipendenti multiproblematici sono i presupposti per l'inserimento nella struttura residenziale Villa Adelasia e rendono necessaria l'alta densità degli interventi dei programmi terapeutici personalizzati, i cui obiettivi principali sono la (ri)acquisizione di un soddisfacente equilibrio psico-emotivo e la (ri)costituzione delle risorse necessarie e sufficienti alla gestione, per quanto possibile libera e autonoma, della condizione di vita degli ospiti.

Villa Adelasia inizia la propria attività nell'agosto 2000.

La gestione della struttura e dell'attività educativa-riabilitativa 24 ore

su 24 è affidata agli operatori della Cooperativa “Giovani e Comunità” di Lucca, la cui equipe è formata da otto educatori (psicologi, assistenti sociali e educatori professionali) ed un coordinatore (psicologo). che collabora all’attuazione dei progetti con l’equipe tecnico-scientifica multidisciplinare composta da diverse figure professionali che consente una presa in carico a 360 gradi, e la realizzazione di un programma educativo, terapeutico e di recupero avvalendosi anche della collaborazione degli infermieri professionali del SerT.

L’equipe tecnico-scientifica multidisciplinare è formata da uno psichiatra, uno psicologo che è anche referente del progetto e un’assistente sociale del Dipartimento Dipendenze, uno psichiatra del SSM e da uno psicologo, coordinatore della Cooperativa “Giovani e Comunità”.

Il percorso comunitario prevede, quanto necessario, specifici trattamenti psicofarmacologici, il cui monitoraggio rientra nelle finalità dei singoli programmi terapeutici. Inoltre l’occasione della permanenza residenziale permette una maggiore attenzione allo stato della salute somatica: sotto questo profilo assume particolare importanza il riferimento regolare al medico di medicina generale, con la conseguente restituzione di valore al corpo, luogo bersaglio privilegiato della patologia da abuso/dipendenza da sostanze.

Poiché una delle primarie funzioni della comunità terapeutica Villa Adelasia è quella di riorientamento della persona a partire dalla condizione di disagio dei singoli ospiti ne consegue la necessità di mettere in atto interventi di assistenza sociale, che agiscono nell’interfaccia tra la condizione personale e familiare e l’ambiente sociale.

Tuttavia, uno degli aspetti più qualificanti del “Progetto Villa Adelasia” consiste nel permettere la sperimentazione del modello di trattamento integrato tra i Servizi per le Dipendenze, i Servizi di Salute Mentale, i Servizi Sociali e il Privato sociale per i casi con doppia diagnosi. In questo senso è fondamentale che l’equipe terapeutica della Comunità funzioni come cerniera tra la fase residenziale del programma terapeutico e le risorse territoriali, siano esse quelle dei servizi che quelle rappresentate dalle famiglie, dai contesti sociali dei singoli pazienti e dal cosiddetto sociale allargato.

La struttura è in grado di ospitare fino a 12 utenti (4 femmine e 8 maschi). I trattamenti realizzati all’interno di un contesto di comunità, permette il raggiungimento di un buon livello di responsabilizzazione, anche attraverso l’adempimento di compiti connessi alla gestione ella quo-

tidianità, e di una migliore capacità di relazionarsi agli altri attraverso il confronto condiviso delle esperienze derivate dalla convivenza i tipo familiare.

La struttura residenziale si differenzia dagli altri setting terapeutici per la gestione del quotidiano che è uno degli strumenti principali dell'intervento educativo: è agire orientato all'elaborazione, all'interpretazione e di conseguenza al cambiamento

Essendo la comunità un "luogo di esperienza" gli ospiti immettono la loro storia, i loro limiti e le loro capacità, i loro progetti e la loro ambivalenza. Spesso si verifica che il gruppo dei residenti non sempre riesce a cogliere la specificità di alcune situazioni e a comprendere e accettare strategie di intervento funzionali a bisogni di singole persone, quindi si manifestano polemiche o richieste rivendicative, non permettendo un corretto scambio interpersonale.

L'intervento dell'educatore all'interno della comunità deve sempre tenere presenti due punti cruciali: il contenimento e la sollecitazione.

Se con i tossicodipendenti "puri" la funzione di contenimento si attua soprattutto attraverso l'utilizzo della regola e il richiamo agli aspetti normativi, nei soggetti con doppia patologia l'operatore deve soprattutto saper accogliere e contenere le angosce e creare attorno a loro un ambiente quanto più possibile stabile da un punto di vista emotivo. Un elevato livello di tensione nell'ambiente comporta sempre, infatti, un'accentuazione del quadro psicopatologico.

Ma allo stesso tempo l'educatore deve usare tutti gli strumenti educativi per sollecitare al cambiamento sia nelle attività, negli incontri di gruppo e nei colloqui.

L'equipe degli educatori, essendo composta da più persone con formazione e mansioni diverse deve avere chiaro le finalità di ogni ospite, ma soprattutto non deve dare messaggi contraddittori.

La presenza degli educatori nelle ventiquattro ore permette, in tale ottica, di ottimizzare il tempo all'interno della comunità, favorendo nei pazienti la riflessione e il confronto sulle dinamiche interpersonali prendendo lo spunto dalle singole occasioni nel corso dell'intera giornata.

La gestione del quotidiano, ovvero l'utilizzo in chiave educativa delle attività pratiche che vengono svolte nella quotidianità, è uno degli strumenti principali dell'intervento educativo. L'agire educativo e l'intervento attivo e non neutrale dell'operatore caratterizzano le strutture residenziali e le differenziano dagli altri setting terapeutici, e in particolare da quelli

psicoterapeutici.

Le attività (lavoro interno, pittura, bricolage), i gruppi d'incontro, la valorizzazione del tempo libero (sport, gite, cineforum) scandiscono le giornate secondo ritmi che, pur tenendo conto della condizione degli ospiti, rappresentano tuttavia una vera rivoluzione rispetto allo stile di vita precedente. Attraverso le attività, si cerca di offrire agli ospiti la possibilità di sperimentare la propria creatività, di recuperare un contatto con il corpo, di padroneggiare meglio emozioni e sensazioni, di ritrovare la curiosità per l'ambiente che li circonda e di cogliere gli stimoli che può offrire.

Negli incontri di gruppo gli ospiti vengono stimolati al confronto con l'altro e a distinguere e padroneggiare meglio le emozioni e le sensazioni; anche nel gruppo terapeutico (una volta alla settimana) gli ospiti sono spinti all'elaborazione dei vissuti anche attraverso giochi interattivi, ma è soprattutto nel gruppo "genogramma" che avviene la rilettura e l'approfondimento dei rapporti familiari.

L'educatore si pone come una figura concreta per fornire un aggancio alla realtà, pronto ad accogliere e rispettare i momenti di regressione cui gli ospiti possono andare incontro e a dargli sostegno. Svolge altresì una funzione di protezione contro gli attacchi degli altri residenti, verso quei soggetti con un ridotto grado di autonomia (e capita spesso).

Gli ospiti richiedono all'educatore la capacità di porsi come elemento di equilibrio, così da poter essere percepito sempre come garante nei confronti del gruppo nel suo complesso e della sua "tenuta" rispetto agli obiettivi. L'educatore senza scoraggiarsi deve saper proporre obiettivi di cambiamento, anche quando cambiamenti non si vedono.

. L'ambito del quotidiano diventa allora strumento di lavoro che consente all'educatore di cogliere e decodificare insieme all'equipe una volta alla settimana i bisogni del singolo e del gruppo, i movimenti emotivi, le dinamiche relazionali.

Attraverso il fare con gli utenti è possibile osservare atteggiamenti, modalità relazionali e schemi mentali che consentono di mettere a fuoco gli aspetti problematici insieme con le risorse e gli aspetti positivi della persona. La condivisione delle attività consente inoltre di individuare degli oggetti mediatori della relazione, necessari soprattutto con le persone più chiuse e isolate.

Le attività, ludiche e lavorative, singole e di gruppo della comunità, rappresentano quindi il cardine dell'intervento educativo e, oltre a costituire lo spunto per un lavoro interpretativo, permettono agli ospiti di misu-

rarsi con elementi di realtà (orari, limiti, regole) e con le proprie capacità manuali e intellettuali e consentono all'educatore di cogliere i bisogni del singolo e le dinamiche relazionali.

La relazione educativa rappresenta dunque la struttura portante del lavoro pedagogico e attraverso la quale l'educatore gestisce il rapporto con l'ospite. "Ciò che caratterizza l'intervento educativo è proprio il rapporto interpersonale, cioè la relazione educativa e di aiuto che si instaura fra educatore e utente, dove l'elemento centrale è dato dalla persona stessa dell'educatore, dalla sua presenza" (Groppo, 1994).

Ogni 15 giorni le famiglie dell'ospiti sono invitate nella CT "Villa Adelasia" per stare in compagnia dei propri cari e per partecipare insieme all'educatore ad un gruppo di confronto che verte soprattutto sull'accettazione della malattia psichiatrica.

Infatti il familiare più facilmente accetta il figlio come tossicodipendente, ma fa fatica a concepire la malattia mentale, perché è portato a pensare che dalla tossicodipendenza si può uscire ma dalla malattia mentale no.

Spesso questo tipo di pensiero nasconde profondi sensi di colpa e inadeguatezza nella relazione, per cui frequentemente le famiglie assecondano tutte le richieste inadeguate dei figli che vogliono "tutto e subito" come è nella tradizione "tossica". Il gruppo a loro rivolto serve molto ad affrontare queste tematiche.

Per facilitare maggiormente la comunicazione gli ospiti possono ricevere dalle famiglie una telefonata alla settimana.

Parlare di risultati per Villa Adelasia è ancora prematuro, non sono mancate le difficoltà: difficoltà di integrazione e difficoltà di gestione della comunità. Nel primo caso stiamo parlando di difficoltà iniziali, fisiologiche, nel trovare il giusto equilibrio ed i giusti livelli di collaborazione fra il personale che gestisce la struttura, il personale del SerT di Lucca e il personale del SSM che non è stato presente fin dall'inizio in maniera costante e partecipativa.

A tre anni dall'apertura sono stati inserite 60 persone di cui 9 re-ingressi.

Il modus operandi della CT si è strutturato nel tempo, tuttavia possiamo affermare di aver raggiunto alcuni obiettivi, quali una migliore definizione delle problematiche e del percorso individuale di ogni utente, una buona coesione all'interno dell'equipe, un più efficace modo di relazionarsi al nuovo tipo di utenza ed una migliore collaborazione fra i servizi.

Nella gestione dei casi un'attenzione particolare merita la problematica legata ai disturbi del comportamento alimentare che molto ci interroga dal momento che abbiamo avuto 9 ingressi con questo tipo di patologia.

La complessità dei casi ospitati nella CT, che il più delle volte permette solo cambiamenti lenti e non macroscopici, può determinare negli operatori che sono presenti ogni giorno un crollo motivazionale, e di conseguenza, un minore impegno. Per questo bisogna perfezionare la formazione integrata, e la supervisione costante degli operatori.

Un altro aspetto problematico che chiede la costruzione di una rete sul territorio è il reinserimento degli ospiti. A tal proposito cerchiamo di trovare delle modalità di colloquio e di progettazione con i vari servizi. Poiché riteniamo essenziale favorire un maggior rapporto tra ospiti e servizi psichiatrici di riferimento l'equipe tecnico scientifica si incontra una volta al mese (sia SerT che SSM) di appartenenza degli ospiti per costruire un percorso che possa essere di accompagnamento anche dopo la permanenza nella struttura.

Qui deve entrare in gioco non solo il SerT, che è il servizio maggiormente coinvolto, ma anche il SSM e il privato sociale. Mettersi a tavolino, identificare quali sono gli strumenti operativi che mancano e insieme vedere cosa può essere realizzabile, e come potrebbero essere utilizzati in maniera più funzionale.

Possiamo ipotizzare che la strada intrapresa sia quella giusta, nonostante siano necessarie, ogni giorno, alcune piccole e costanti correzioni di rotta, per offrire un servizio migliore.

Prospetto della scansione dei tempi all'interno della CT nella settimana

	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO	DOMENICA
07.30	SVEGLIA	SVEGLIA	SVEGLIA	SVEGLIA	SVEGLIA	SVEGLIA	
08.00	COLAZIONE	COLAZIONE	COLAZIONE	COLAZIONE	COLAZIONE	COLAZIONE + TERAPIA	
08.15	TERAPIA	TERAPIA	TERAPIA	TERAPIA	TERAPIA	PULIZIA A FONDO	SVEGLIA
08.30	PULIZIA CAMERE	PULIZIA CAMERE	PULIZIA CAMERE	PULIZIA CAMERE	PULIZIA CAMERE		COLAZIONE + TERAPIA
09.30	LAVORI NEI SETTORI	LAVORI NEI SETTORI	LAVORI NEI SETTORI	LAVORI NEI SETTORI	LAVORI NEI SETTORI		PULIZIA CAMERE
10.30	PAUSA MERENDA	PAUSA MERENDA	PAUSA MERENDA	PAUSA MERENDA	PAUSA MERENDA	PAUSA MERENDA	TEMPO LIBERO
10.45	RIENTRO NEI SETTORI	RIENTRO NEI SETTORI	RIENTRO NEI SETTORI	RIENTRO NEI SETTORI	RIENTRO NEI SETTORI	PULIZIA A FONDO	
12.30	RITORNO SETTORI	RITORNO SETTORI	RITORNO SETTORI	RITORNO SETTORI	RITORNO SETTORI	TEMPO LIBERO	
13.00	PRANZO	PRANZO	PRANZO	PRANZO	PRANZO	PRANZO	PRANZO
14.00	TERAPIA	TERAPIA	TERAPIA	TERAPIA	TERAPIA	TERAPIA	TERAPIA
14.15	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO
15.30	LAB. ARTISTICO BRICOLAGE	GRUPPO CASELLE	LAB. SPORTIVO	GRUPPO GENOGRAMMA	LAB. BRICOLAGE ARTISTICO	ONEFORUM	GITE ORGANIZZATE
17.30	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO		GRUPPO FAMILIARI
18.00	GRUPPO DAIRO	CONFRONTI	RIUNIONE CASA QUI ed ORA	RIUNIONE CASA QUI ed ORA	GRUPPO VALORI	RIUNIONE DI CASA DBATTITO	RIUNIONE DI CASA VERIFICA W/E
19.30	CENA	CENA	CENA	CENA	CENA	CENA	CENA
20.30	TERAPIA	TERAPIA	TERAPIA	TERAPIA	TERAPIA	TERAPIA	TERAPIA
21.00	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO	TEMPO LIBERO E CONFRONTI	TEMPO LIBERO E CONFRONTI
23.00	BUONA NOTTE	BUONA NOTTE	BUONA NOTTE	BUONA NOTTE	BUONA NOTTE	BUONA NOTTE	BUONA NOTTE

LA COMUNITÀ DOPPIA DIAGNOSI DELL'AZIENDA ULSS N.8

Mauro Novello

Educatore Comunità Doppia Diagnosi, Az. Ulss 8

Il termine Doppia Diagnosi è stato di fatto adottato per indicare la condizione di molti tossicodipendenti e persone con problemi alcolcorrelati che presentano anche disturbi psichiatrici. La semplice coesistenza dei due disturbi, però, non è necessariamente rappresentativa di un bisogno di doppia assistenza e/o presa in carico da parte di due servizi.

Nell'ambito dei servizi per le dipendenze di alcol e droga, infatti, non tutti i pazienti che presentano oltre il problema della dipendenza anche un sintomo psicopatologico vanno considerati pazienti da doppia diagnosi, altrimenti, vista la frequenza in questa popolazione di sintomi d'ansia, oscillazioni del tono dell'umore o episodi di apatia e rallentamento psicomotorio, tutti, o quasi, i pazienti tossicodipendenti o alcolisti sarebbero casi da Doppia Diagnosi.

Ricordiamo che il termine Doppia Diagnosi è stato coniato anni fa dallo psichiatra statunitense De Leon 1989, poi da Solomon 1996 per indicare la coesistenza di un grave disturbo mentale e di un disturbo da dipendenza da sostanze, mentre in Italia, solo più di recente, è stata posta una certa attenzione a tale evenienza clinica.

La Comunità Doppia Diagnosi di Castelfranco Veneto è un servizio ad alta caratterizzazione educativo-terapeutica, in quanto promuove negli ospiti l'apprendimento di un nuovo stile di vita che fa riferimento a valori fondamentali quali l'onestà, la responsabilità e l'astinenza da sostanze. La Comunità aiuta inoltre l'ospite a trovare o ritrovare il proprio equilibrio psicologico-comportamentale ed è indirizzata a coloro che presentano disturbi psichiatrici correlati a dipendenza da alcol o droghe.

Essa nasce dall'esigenza di aprire una "porta in più" a quelle persone che non trovano spazio nei percorsi tradizionali.

Il progetto infatti è rivolto a soggetti che all'interno di una condizione spesso cronica e recidivante come la dipendenza da alcol e/o droga e il disturbo psichico, risultano difficilmente ancorabili ad un percorso terapeutico.

Il programma residenziale prevede una presenza media di 6-8 persone in comunità; il percorso educativo-terapeutico è estremamente individualizzato nel rispetto delle esigenze e dei tempi del singolo.

La complessità delle situazioni personali familiari, storiche e sociali comporta necessariamente interventi farmacologici, psicoterapici, psicosociali ed educativi, pertanto le varie équipes sono composte da psichiatri, psicologi ed educatori, che lavorano secondo la logica dell'integrazione degli interventi e della supervisione dei processi educativi-terapeutici.

LA PRESA IN CARICO

I soggetti vengono inviati al servizio alcologia dai vari enti che operano nel territorio, queste persone vengono quindi viste dagli psicologi del servizio e, se la situazione lo richiede, vengono inseriti nella comunità doppia diagnosi. A questo punto vengono presi in carico dallo psicologo responsabile della Doppia Diagnosi, il quale nell'équipe dà le informazioni necessarie agli operatori. Viene poi deciso l'educatore di riferimento, il quale, redigerà il progetto individuale del nuovo ospite. Il progetto, infine, sarà nuovamente discusso nella successiva équipe e modificato qualora lo necessiti nel proseguimento del programma.

SOGGETTI ESTERNI

Sono necessarie alla comunità appoggi esterni con i quali collaborare durante il percorso in comunità dell'ospite.

Punti di riferimento importanti sono i **C.A.T. (Club degli Alcolisti in Trattamento)**, i quali, sono comunità multifamiliari ideate dallo psichiatra Vladimir Hudolin nel 1964 a Zagabria. Al loro interno viene applicato il modello terapeutico ideato dal dott. Hudolin, il quale si rifà ad un approccio definito "ecologico-verde" che vede i disturbi alcolcorrelati come il risultato dei disturbi dell'equilibrio ecologico della Comunità. Enfatizzando, quindi, il ruolo del contesto sociale e guardando alla famiglia in un'ottica sistematica, Hudolin considera ciascun membro del nucleo familiare dell'alcolista come soggetto attivo, importante e per questo fondamentale per comprendere le complesse dinamiche della famiglia stessa. Grazie alla frequenza costante al club, l'intera famiglia, quindi, inizia un paziente lavoro di riflessione e "ridefinizione", in seguito al quale le relazioni familiari possono migliorare e con loro, anche la qualità della vita.

Attraverso il lavoro dei club si tenta di de-medicalizzare un fenomeno che non viene considerato come malattia, ma descritto in termini di problemi alcolcorrelati; a questo proposito si parla di "cambiamento" e non di "guarigione".

Altro soggetto importante è il **centro di lavoro guidato** e il **centro occupazionale** diurno della cooperativa Sonda la quale ha tra i suoi obiettivi l'inserimento lavorativo e l'ergoterapia.

L'inserimento lavorativo delle persone all'interno del centro di lavoro guidato, dove si svolge un'attività di ergoterapia, ha lo scopo di favorire il cambiamento dello stile di vita secondo il modello dell'approccio sociale del prof. Hudolin.

Attraverso il lavoro la persona inizia a riscoprire le proprie abilità manuali e relazionali ed acquisisce il rispetto delle regole proprie di un ambiente di lavoro e di educazione al cambiamento.

Finito il percorso, però, non sempre è possibile il rientro in famiglia, ecco allora il supporto delle **case famiglia**; la permanenza in queste strutture è comunque temporanea e stabilita in base ad un progetto individualizzato, in modo da consentire ad ogni ospite di riacquistare fiducia nelle proprie capacità attraverso un'esperienza significativa di vita in comune, ancorata agli impegni di ogni giorno.

PERCORSO IN COMUNITA' DOPPIA DIAGNOSI

Il percorso in Comunità è come già detto individuale, ma con uno schema fisso per tutti all'interno del quale si possono appunto fare delle variazioni.

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Mattino	Gruppo di verifica fine settimana COD	Pulizie Gruppo terapeutico	COD	COD	Pulizie Laboratorio espressivo	Pulizie Gruppo verifica settimanale	
Pomeriggio	Attività di colontariato	COD	Pulizie Attività motoria	Pulizie Gruppo organizzativo progettuale Spese	COD		Visite dei familiari o amici
Sera			Gruppo autogestito	Multifamiliare primo e terzo giovedì del mese			

La settimana è dunque così organizzata:

Lunedì:

sveglia alle 7.00, igiene personale, ripristino camera, colazione, distribuzione terapia e consegna sigarette.

Alle 8.00 partenza per il centro di lavoro guidato (C. L. G.); dalle 8.30 alle 9.00 gruppo verifica fine settimana, l'ospite esprime le proprie considerazioni e riflessioni del fine settimana appena concluso, terminato il gruppo inizia il lavoro all'interno del c.l.g con il seguente orario 9.00 – 12.30. Dalle 12.30 alle 13.30 pausa pranzo e distribuzione terapia, poi ritorno in Comunità. Dalle 14.30 alle 17.30 attività di volontariato presso il centro diurno della casa di riposo di Castelfranco Veneto.

I ragazzi della comunità accompagnati dagli educatori, si occupano degli anziani del centro diurno con lettura di storie della tradizione veneta, con giochi quali birilli, la tombola e con canzoni accompagnate dal suono della chitarra.

Ritorno in Comunità e tempo libero impegnato con docce, lavaggio e stiro biancheria, preparazione tavole; alle 19.15 cena e al termine discussione informale sull'andamento della giornata, alle 20.15 distribuzione terapia, lavaggio contenitori della cena (in alternanza con la Comunità alcolica); tempo libero fino alle 22.30.

Martedì:

Sveglia ore 7.00, igiene personale, ripristino camera, colazione, distribuzione terapia e consegna sigarette.

Dalle 9.00 alle 10.30 pulizie generali della comunità.

Dalle 11.00 alle 12.30 gruppo terapeutico: gli ospiti della Comunità come detto sono all'interno di un percorso riabilitativo che riguarda vari aspetti della propria vita. Vivere insieme a persone che non si è scelto comporta, oltre alla ricchezza di nuove esperienze, anche frustrazioni e difficoltà per le problematiche e abitudini altrui con cui ci si scontra. Se a queste difficoltà sommiamo anche le problematiche che ogni ospite porta con sé, diventa evidente la necessità di individuare uno spazio settimanale di gruppo dove si lavori terapeuticamente su quello che si sta vivendo e sul percorso ancora da fare.

Questo spazio riflessivo di gruppo è tenuto costantemente da uno psicologo terapeuta. Ha la durata di un'ora e mezza con frequenza settimanale. Il terapeuta è già a conoscenza dei progetti individuali e inizia il gruppo avendo già molte informazioni sull'andamento della settimana: è in questo modo che riesce a pilotare, se lo desidera, il lavoro sui nodi critici più importanti.

Il gruppo terapeutico ha lo scopo di elaborare ciò che ogni persona vive in Comunità, condividendolo con gli altri ospiti, dando la possibilità a ognuno di fornire i propri punti di vista su quello che emerge. Il riflettere assieme fa uscire molte persone da pensieri stereotipati e da circoli viziosi ormai incancreniti: il gruppo in questo è una grande ricchezza. Capita spesso, ad esempio, che un ospite non veda via d'uscita alle proprie problematiche e tutto sembri nero, oppure che riversi molta aggressività verso un qualcosa senza avere una motivazione plausibile. L'elaborazione di gruppo in questi casi è fondamentale modificando il punto di vista grazie anche ai contributi degli altri componenti.

Dalle 12.45 alle 13.30 preparazione tavole, pranzo e distribuzione terapia.

Dalle 14.00 alle 17.30 attività occupazionale in c.l.g., ritorno in Comunità igiene personale e tempo libero per sistemare le proprie cose;

preparazione tavoli e alle 19.15 cena con discussione finale sull'andamento della giornata; distribuzione terapia e tempo libero fino alle 22.30.

Mercoledì:

Ore 7.00 sveglia, igiene personale, ripristino camera, colazione, distribuzione terapia. Ore 8.00 partenza per il c.l.g, lavoro e alle 12.30, pausa pranzo e distribuzione terapia fino alle 13.30 e quindi rientro in Comunità alle 14.00.

Dalle 15.00 alle 16.00 pulizie dei bagni e delle camere a fondo, dalle 16.30 alle 17.30 attività motoria. Aspetto molto importante è l'attività motoria e lo sport in generale, in quanto lo consideriamo una modalità di re-integrazione sociale: lo spostarsi, il viaggiare, superare i confini della propria prossemica è connotato positivamente e vissuto come senso di libertà, di autonomia, fonte di conoscenza culturale e relazionale. Esiste, infatti, una solidarietà tra sviluppo motorio-affettivo-intellettuale; tutto ciò agisce sulla salute mentale con una retroazione che situa l'individuo in un circolo virtuoso.

Dalle 18.00 alle 18.45 gruppo autogestito; in questo gruppo gli utenti coordinati da uno di loro (referente) compilano la lista delle richieste da presentare agli operatori

(uscite nei fine settimana, acquisti particolari, variazioni nei progetti individuali, ecc.), la lista della spesa e i turni nelle pulizie e nel lavaggio dei contenitori del cibo. Il gruppo autogestito è un gruppo importante in quanto responsabilizza gli utenti e quindi mette dei vincoli ai tempi delle richieste. Questo fa in modo che i ragazzi siano stimolati a pensare e a trovare le modalità giuste per presentare le richieste visto che non ci saranno altre possibilità fino al mercoledì successivo.

Dalle 18.45 alle 19.15 tempo libero per docce e sistemazione effetti personali e preparazione tavole; dalle 19.15 alle 20.15 cena e riflessioni sulla giornata appena trascorsa, distribuzione terapia, tempo libero fino alle 22.30.

Giovedì:

Sveglia ore 7.00, igiene personale, ripristino camera, colazione distribuzione terapia e consegna sigarette.

Alle 8.00 partenza per il c.l.g. e ritorno previsto alle 14.00 dopo il pranzo.

Dalle 15.00 alle 16.30 gruppo organizzativo progettuale; questo grup-

po è tenuto da un educatore e oltre ad esaminare le richieste che sono state elaborate dal gruppo autogestito del mercoledì e nominare il referente per la settimana successiva, vengono ascoltate ed elaborate le varie esigenze dei ragazzi ospiti, vengono rivisti i progetti individuali e vengono ripresi, se ci sono stati, comportamenti o atteggiamenti non corretti avuti sia verso gli altri ospiti, sia verso se stessi e sia verso le varie figure professionali che operano all'interno del servizio.

Dalle 17.00 alle 18.00 mentre si effettuano le pulizie della comunità un ospite assieme ad un operatore esce per le spese settimanali.

Dalle 18.00 alle 19.15 tempo libero per la gestione personale e preparazione tavole, dalle 19.15 cena con discussione dell'andamento della giornata, terapia, lavaggio contenitori cibo e dalle 20.15 alle 22.30 tempo libero.

Venerdì:

Sveglia alle 7.00, igiene personale, ripristino camere, colazione, distribuzione terapia e consegna sigarette. Dalle 8.00 alle 9.00 pulizie.

Dalle 9.30 alle 11.30 attività manuale-espressiva. Anche il venerdì mattina ci spostiamo in casa di riposo dove i nostri ospiti partecipano assieme agli anziani ad un laboratorio manuale-espressivo organizzato dagli operatori della Casa di Riposo stessa. L'equipe Doppia Diagnosi è orientata verso la sperimentazione di questo tipo di attività in quanto atta ad allenare le capacità relazionali e affettive. Lavorando in tal senso, l'equipe si auspica che il volontariato del lunedì e questa attività svolta in mezzo ad altre persone, servano a sviluppare nei nostri ospiti il senso di appartenenza al gruppo grazie all'obiettivo di produrre un risultato comune: l'animazione. Inoltre, viene stimolata la partecipazione di ciascuno e anche l'atteggiamento costruttivo, propositivo e di sostegno agli altri, mentre la partecipazione al laboratorio manuale-espressivo, mira, ad integrare competenze già acquisite e/o a sperimentarne di nuove.

A tutto questo si aggiunge l'arricchimento che nasce dal confrontarsi con ambiente, con operatori e persone esterne all'ambiente della comunità.

Dalle 12.00 alle 13.30 ritorno in comunità, pranzo. Distribuzione terapia e partenza per il C.L.G. dalle 14.00 alle 17.30 lavoro e ritorno in Comunità.

Dalle 18.00 alle 19.15 tempo libero per docce, gestione personale e preparazione tavole, 19.15 cena discussione della giornata trascorsa e distribuzione terapia, dalle 20.15 alle 22.30 tempo libero.

Sabato

Sveglia alle 9.00, igiene personale, ripristino camere, colazione, distribuzione terapia e consegna sigarette.

La giornata del sabato è organizzata in vari modi. Se è previsto di rimanere in Comunità, al mattino vengono fatte le pulizie ed il gruppo di verifica settimanale condotto da un educatore. In questo gruppo gli ospiti esprimono il loro vissuto settimanale esprimendo le loro sensazioni, difficoltà, ecc., poi dopo il pranzo si organizza assieme agli ospiti attività o lavori vari, viene dato spazio alle loro iniziative ed ai loro hobby o passatempi.

A volte invece il sabato viene strutturato con gite basate solo sullo svago oppure istruttive.

Domenica

Sveglia alle 9.00, igiene personale, ripristino camera, colazione, distribuzione terapie e consegna sigarette.

La domenica è una giornata che gli ospiti dedicano a se stessi ed alle visite di parenti e amici. Gli ospiti della Comunità che hanno già fatto un certo percorso e che vengono ritenuti in grado di uscire dalla Comunità, organizzano assieme ai familiari o amici (i quali hanno avuto colloqui o con lo psicologo o con gli educatori della comunità) uscite a casa o gite che sono in ogni caso concordate e pianificate assieme agli operatori della Comunità Doppia Diagnosi.

MULTIFAMILIARE

Ogni primo e terzo giovedì del mese, dalle 18.00 alle 19.30 ha luogo, sempre in comunità, la multifamiliare. In questo gruppo condotto dallo psicologo, coadiuvato dagli educatori, partecipano oltre agli ospiti della comunità, familiari, parenti, amici e tutti coloro che condividono, seguono e sostengono attivamente il percorso terapeutico, educativo e riabilitativo in Comunità degli ospiti.

Durante questo gruppo si presentano i nuovi entrati i quali (sia loro che i propri familiari) leggono una lettera di presentazione nella quale raccontano chi sono e quali sono i motivi che li hanno portati ad intraprendere questo tipo di percorso; stessa modalità all'uscita della comunità con la lettera di dimissione, in questo caso vengono riportate sensazioni ed emo-

zioni del vissuto comunitario.

Oltre a questi passaggi, nel gruppo si affrontano difficoltà, regressi, progressi, sensazioni, presentazione di progetti e tutto ciò che concerne il percorso comunitario della “famiglia”.

ALTRE ATTIVITA'

Come già detto il percorso in Comunità oltre ad una strutturazione generale, enunciata in precedenza, segue delle attività individuali per i vari ospiti; attività individuali che meglio possano integrarsi con gli interessi del singolo ospite. Sono stati così avviati, in collaborazione con gruppi ed associazioni esterne, corsi di teatro, corsi di nuoto e attività con volontari, i quali, operano nel territorio di residenza dell'ospite in questione, con attività varie (ad esempio seguono ragazzi con problemi di handicap ed organizzano per loro gite, cene ecc.); questo fa sì che l'ospite inserito in questi gruppi di volontariato recuperi appartenenza ad un gruppo, il quale ha finalità diverse dalle compagnie che frequentava una volta e si reinserisca nel territorio di provenienza già con una rete di sostegno collaudata.

Merita due parole il tema del volontariato. E' rilevante infatti l'importanza che diamo come Comunità a questo tipo di figura la quale, se formata, può dare un contributo notevole all'interno sia della comunità ma anche di case famiglia e cooperative; in tal senso ci siamo mossi per attivare un corso per volontari assieme alla collaborazione dell'A.C.A.T.-ULSS 8 Onlus e della cooperativa Sonda, con l'obbiettivo di preparare dei volontari su un tema così importante come quello della Doppia Diagnosi.

GLI OPERATORI

Oltre allo psicologo responsabile della Doppia Diagnosi fanno parte dell'equipe quattro operatori i quali, oltre a seguire gli ospiti in Comunità dando un'impronta educativa al percorso, hanno il compito di redigere il progetto individuale degli ospiti e di apportare le opportune modifiche durante l'avanzamento del programma.

Inoltre essi sono impegnati nel territorio con progetti di prevenzione sulle dipendenze ed in attività di informazione e tengono i contatti con i

vari enti esterni per una buona visione del territorio indispensabile per il reinserimento in società dell'ospite.

Fa parte dell'equipe anche un operatore della cooperativa Sonda il quale funge da referente e da tramite tra la Comunità Doppia Diagnosi e la cooperativa.

Gli operatori sono in costante ed in continua formazione ed aggiornamento, necessari per la continua evoluzione del tema trattato.

DESCRIZIONE E VALUTAZIONE DEL TRATTAMENTO EFFETTUATO PRESSO UN CENTRO DIURNO PER UTENTI CON DOPPIA DIAGNOSI

Lucia D'Incerti

Psic., psicoterap., Ass. Solidarietà Dic. 1979

Diego Saccon

Psichiatra, Dirigente medico S. Donà di Piave

Davide Banon

Psichiatra, Dirigente Medico,
Coord. Dipart. Dip. Patologiche Az. Ulss 10

Anita Perissinotto

Operatrice di Com., Ass. Solidarietà Dic. 1979

Davide Bragato

Operatore di Com., Ass. Solidarietà Dic. 1979

INTRODUZIONE

Nell'ambito delle cure delle tossicodipendenze negli ultimi anni si è fatto sentire sempre di più il problema della doppia diagnosi e di quali trattamenti poter utilizzare con pazienti portatori di questi problemi. Le usuali modalità di intervento si sono dimostrate infatti poco efficaci (Peroni et al., 2003) suggerendo la creazione e l'utilizzo di metodi di intervento più mirati. Tali metodi devono riuscire a rispondere alle difficoltà motivazionali e di compliance al trattamento che sono assai spesso presentate da questi utenti.

In questo lavoro viene proposto un esempio di come un trattamento comunitario diurno possa essere utilizzato per rispondere alle esigenze degli utenti con doppia diagnosi. Una delle caratteristiche più importanti di questo tipo di intervento è proprio il suo carattere semi-residenziale, che ben si adatta ad utenti che hanno spesso un basso livello di motivazione e lunghe storie di precedenti trattamenti, permettendo ai pazienti di confrontarsi più facilmente con i loro limiti e le loro potenzialità, evitando le adesioni mimetiche e compiacenti ai programmi e favorendo un processo di autonomizzazione più realistico.

GENESI DEL CENTRO DIURNO GRASSAGA

Nel 1979 un sacerdote, don Giovanni Baù, ha costituito nel territorio sandonatese l'associazione di volontariato "Associazione Solidarietà Dicembre '79", con l'obiettivo di occuparsi delle problematiche di emarginazione e devianza giovanile. Nel 1982 l'Associazione ha creato una piccola Comunità di Accoglienza rivolta a tossicodipendenti ed immigrati. Nel 1992 l'Associazione, in collaborazione con il Ser.T. di San Donà di Piave, ha aperto un Centro Diurno per la riabilitazione ed il recupero dei tossicodipendenti, diventando successivamente un'associazione del privato sociale iscritta all'albo regionale delle comunità terapeutiche. Nel 1999 il Centro Diurno è stato riorganizzato, caratterizzandosi come specifico luogo di accoglimento per utenti tossicodipendenti con concomitanti problematiche psichiatriche.

IL LAVORO DI EQUIPE TRA CENTRO DIURNO E SER.T.

Il Centro Diurno di Grassaga è gestito da due operatori di comunità che lavorano a tempo pieno e da un operatore volontario, presidente e fondatore dell'associazione a cui appartiene il Centro. Un educatore professionale del Ser.T. mantiene il rapporto quotidiano di interfaccia con il Centro, segue gli utenti quando iniziano a frequentare il Centro e li accompagna nell'inserimento lavorativo esterno durante la fase finale del programma. Uno psicologo consulente conduce un gruppo terapeutico settimanale e svolge attività di formazione e supervisione rivolto agli operatori del Centro.

Sono presenti inoltre alcuni volontari che affiancano gli operatori nelle attività.

Per qualunque esigenza gli operatori del Centro Diurno possono comunque far riferimento agli operatori del Ser.T., con cui è attivo un ottimo rapporto di collaborazione.

Tutti gli utenti che frequentano il Centro Diurno sono inviati dal Ser.T. con una specifica procedura di inserimento (Tabella n.1) e continuano a rimanere in carico al Servizio, nel periodo di frequenza al Centro, sia per quanto riguarda le terapie farmacologiche che per il supporto psicologico e l'intervento con i familiari. Per l'80% degli utenti la presa in carico da parte del Ser.T. prosegue anche dopo la dimissione dal Centro.

Il lavoro di équipe che viene effettuato tra gli operatori del Centro Diurno e quelli del Ser.T. consiste nello stabilire gli obiettivi terapeutici da raggiungere con ogni singolo utente del Centro, nel definire il "Contratto" che l'utente deve firmare quando accetta il trattamento al Centro, nell'effettuare "incontri di verifica" mensili con gli utenti per valutare l'andamento del percorso e il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Questi momenti di lavoro comune risultano di grande importanza poiché permettono da una parte di individualizzare i trattamenti sui singoli utenti e dall'altra di tracciare delle linee comuni di intervento che i diversi operatori perseguono in maniera sinergica.

Tabella n.1

Procedura di inserimento degli utenti al Centro Diurno

Procedura per inserimento pazienti

1. Gli operatori del Ser.T prendono in équipe la decisione di inserire un paziente al Centro Diurno.
2. L'operatore (psichiatra) del Ser.T. referente per il C.D. valuta l'idoneità del paziente a frequentare il Centro.
3. Un operatore del Ser.T telefona al C.D. per verificare la possibilità dell'inserimento e per accordare la visita del paziente al Centro.
4. Il paziente, accompagnato da un operatore del Ser.T , visita il C.D..
5. Se l'utente ha accettato l'inserimento, l'operatore del Ser.T che ha in carico il paziente compila la "*Griglia presentazione utente*"* da consegnare agli operatori del C.D.
6. Viene stabilita la data di inizio della frequenza del paziente al C.D.
7. Gli operatori del C.D. e del Ser.T si accordano per stabilire il programma del paziente al Centro e stabiliscono un incontro per la definizione del Contratto. Nel frattempo l'utente firma con gli operatori del C.D. il Pre-Contratto.
8. Incontro per la definizione e la firma del Contratto (con la presenza degli operatori del Ser.T e del C.D., del paziente e di eventuali familiari del paziente).
9. Vengono stabiliti incontri periodici di "verifica" (che coinvolgono il paziente, gli operatori del Ser.T e del Centro Diurno ed eventuali familiari del paziente).
10. Alla prima équipe mensile successiva all'inserimento dell'utente al Centro si compilerà la "*Griglia definizione obiettivi terapeutici*".

* La scheda raccoglie alcune informazioni cliniche dell'utente.

IL PROGETTO TERAPEUTICO ED IL CONTRATTO

Come è stato detto il progetto terapeutico per gli utenti del Centro viene definito attraverso un lavoro di équipe effettuato tra gli operatori del Centro Diurno e del Ser.T.

Il progetto terapeutico si basa su una valutazione globale, che tiene conto della diagnosi rispetto al problema di dipendenza dalla sostanza, dell'eventuale altra diagnosi psichiatrica, e in generale della storia, delle risorse, della motivazione e dei limiti di funzionamento dell'utente. Per ogni paziente si definisce un piano di trattamento attraverso il quale si cerca di rispondere ai suoi principali bisogni di quel momento, limitando i suoi comportamenti e le sue modalità relazionali disfunzionali e incrementando quelli funzionali. Il progetto terapeutico, che viene definito in équipe e che viene formalizzato grazie alla compilazione dell'apposita "griglia di definizione degli obiettivi terapeutici" (Tabella n.2), orienta da una parte la modalità di approccio e di lavoro che gli operatori avranno nei confronti dell'utente e dall'altra è il punto di partenza per poi definire il Contratto con l'utente. Quando un paziente accetta il trattamento presso il Centro Diurno viene infatti richiesta la firma di un Contratto (Tabella n.3) in cui si definiscono, in maniera personalizzata, gli obiettivi da raggiungere nel corso del trattamento. Perché un Contratto sia efficace è importante che venga definito in modo "bilaterale" (Berne, 1986; Loomis, 1982), che cioè ogni aspetto presente al suo interno sia negoziato e condiviso tra i due contraenti (operatori e utente). Il Contratto ha lo scopo di coinvolgere il paziente nel trattamento, responsabilizzandolo e rendendolo attivo e partecipe rispetto al suo percorso di cura; serve inoltre per definire con l'utente i "limiti" del suo programma di trattamento, aspetto particolarmente importante per pazienti che presentano rilevanti difficoltà nell'identificazione dei confini del proprio e dell'altrui agire.

Tabella n.2

“Griglia definizione obiettivi terapeutici”

<p><u>Griglia per l'operatore: obiettivi terapeutici</u></p> <p>1. Di cosa ha bisogno l'utente a livello relazionale? Quale tipo di relazione gli può essere utile sperimentare presso il Centro Diurno?</p> <p>.....</p> <p>2. Quali sono i comportamenti, le modalità relazionali e i pensieri da limitare?</p> <p>.....</p> <p>3. Quali sono i comportamenti, le modalità relazionali, i pensieri, e le strategie da incrementare?</p> <p>.....</p> <p>4. Quali elementi possono boicottare il mantenimento del programma al Centro Diurno? Come ci si può cautelare rispetto a quest'eventualità?</p> <p>.....</p>
--

Tabella n.3
Il Contratto

<p>Contratto</p> <p>L'Associazione si impegna ad accogliere presso il proprio Centro Diurno il sig.....</p> <p>In data odierna alla presenza degli operatori del Centro Diurno e del Ser.T., il sig.....</p> <p style="text-align: center;">SI IMPEGNA A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rispettare gli altri e non usare violenza fisica e verbale con nessuno • Fare l'esame urine presso il Ser.T e rispettare gli appuntamenti con i referenti del Servizio • Non portare nessuna sostanza stupefacente (compreso l'alcol) al Centro <p>Eventuali episodi legati ai tre punti sopra elencati potrebbero portare alla sospensione del Programma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frequentare dal lunedì al venerdì il Centro Diurno per un periodo minimo di..... mesi • Seguire le indicazioni e i compiti assegnati dagli operatori • Partecipare ai gruppi e alle attività proposte • Non fare acquisti, né baratti, con i compagni del Centro <p>ACCORDI PARTICOLARI</p> <p>.....</p> <p>I FAMILIARI SI IMPEGnano A:</p> <p>.....</p> <p>L'OBIETTIVO DELLA FREQUENZA E':</p> <ul style="list-style-type: none"> • la sospensione delle sostanze di abuso • modificare i seguenti comportamenti/atteggiamenti: <p>.....</p> <p>Il non rispetto dei suddetti accordi potrebbe compromettere il raggiungimento degli obiettivi.</p> <p>Fra un mese verrà effettuato un incontro di verifica dopo il quale, se le cose sono andate bene, verrà attivata, dal parte del Ser.T., una Borsa Lavoro.</p> <p style="text-align: right;">Firma del richiedente Firma dell'operatore del C.D. Firma dell'operatore del Ser.T. Firma dei familiari</p>
--

L'UTENZA

Gli utenti che vengono inseriti al Centro sono persone con problemi di dipendenza da sostanze e concomitanti disturbi psichiatrici. L'ammissione al Centro non è vincolata al genere di sostanza, ma alla remissione, sia pure parziale e iniziale, della dipendenza o dell'abuso. Rispetto all'astensione dalle sostanze il Centro Diurno ha scelto di seguire una linea "morbida e flessibile": si accetta che l'utente possa avere delle scivolate nell'uso della sostanza, senza che questo implichi l'interruzione del programma. Questo atteggiamento meno rigido permette di mantenere più facilmente in trattamento i pazienti e favorisce anche l'instaurarsi di un buon rapporto di "alleanza" con gli operatori, ma soprattutto offre la possibilità di lavorare sugli episodi di uso della sostanza considerandoli occasioni di apprendimento e di riflessione per il futuro.

Il Centro Diurno ha ospitato, dal 1999 ad oggi, 32 utenti, la maggioranza di questi, 22, è rimasta in carico al Centro per un periodo prolungato, mentre gli altri 10 hanno frequentato il Centro per un periodo limitato (da pochi giorni a 2 mesi). Di questi 10 utenti, 6 hanno interrotto il programma, mentre gli altri 4 sono stati dimessi con l'accordo degli operatori. Per i 22 utenti che sono stati in carico al Centro il tempo medio di trattamento è stato di 12 mesi; nella metà dei casi la dimissione è stata consensuale, nell'altra metà è avvenuta per volontà dell'utente anticipatamente rispetto a quanto previsto dal Contratto.

Riportiamo nelle Tabelle n.4, n.5, n.6 alcuni dati descrittivi relativi alle caratteristiche dell'utenza.

Tabella n.4

Caratteristiche dell'utenza

Maschi	85%
Femmine	15%
Età media all'ingresso	35 anni ± 10 (d.s)

Tabella n.5

Diagnosi DUS all'ingresso

Dipendenza da eroina	31%
Dipendenza in terapia con metadone	19%
Remissione iniziale (eroina)	15%
Remissione prolungata (eroina)	8%
Dipendenza da alcol	15%
Remissione iniziale (alcol)	4%
Dipendenza da ecstasy	8%

Tabella n.6

Diagnosi psichiatriche

Disturbo di personalità	63%
Disturbi psicotici	25%
Disturbi depressivi	3%
Ritardo mentale	9%

IL TRATTAMENTO

Abbiamo già sottolineato come la situazione degli utenti che frequentano il Centro Diurno necessiti di un intervento su un duplice livello, quel-

lo della dipendenza dalle sostanze e quello psichiatrico. Si può inoltre aggiungere che i pazienti del Centro spesso presentano difficoltà in tutte o quasi tutte le aree di funzionamento (ad esempio cognitivo, emozionale, relazionale) oltre ad avere situazioni sociali, familiari e lavorative gravemente compromesse. Proprio a causa di questi molteplici problemi, risulta essere particolarmente indicato per questi utenti un trattamento comunitario che interviene sulla situazione complessiva della persona e non solo sullo specifico problema di dipendenza dalla sostanza.

Il programma di trattamento presso il Centro Diurno prevede che gli utenti frequentino la struttura partecipando a tutte le attività programmate al suo interno: lavoro nei laboratori protetti, incontri di gruppo, colloqui individuali ed impegni legati alla vita comunitaria.

Tutte le attività svolte, che ora descriveremo brevemente, sono accomunate dal fatto di avere come scopo quello di favorire il processo di riabilitazione degli utenti. Al di là delle singole attività riabilitative il contesto comunitario svolge di per sé un importante ruolo terapeutico, in quanto si propone come modello di vita da poter seguire e offre agli utenti la possibilità di instaurare nuove relazioni significative sane e costruttive.

Il Centro Diurno utilizza l'impegno lavorativo come uno degli strumenti principali per la riabilitazione psico-sociale dei pazienti. Nel Centro sono predisposti due diversi laboratori di lavoro, uno di "assemblaggio" e uno di "legatoria e cartotecnica", in cui gli utenti sono inseriti a seconda delle loro abilità e della loro fase di trattamento.

L'attività lavorativa ha un potente effetto riabilitativo e terapeutico in quanto riesce a restituire agli utenti un senso di competenza e fiducia nelle proprie capacità, contribuendo a migliorare il loro senso di autostima e preparandoli ad un inserimento in un contesto lavorativo esterno. Per le persone che decidono di stare per un periodo di almeno 6 mesi al Centro, è prevista una Borsa Lavoro che costituisce un compenso per l'attività lavorativa svolta. La presenza del pagamento agisce sia come importante fattore motivazionale nei confronti del mantenimento dell'impegno al lavoro e della frequenza al Centro, che come strumento utile per confrontare gli utenti con la loro capacità di gestirsi e organizzarsi rispetto al denaro.

Accanto agli impegni lavorativi sono presenti presso il Centro attività educative e terapeutiche, che si esplicano prevalentemente attraverso interventi di gruppo. Ogni settimana ci sono due gruppi a carattere educativo, mirati alla programmazione e alla verifica del weekend, condotti dagli operatori di comunità e aventi come scopo principale quello di favorire l'ese-

cuzione di un corretto esame di realtà da parte dei pazienti. C'è inoltre un gruppo terapeutico, condotto da uno psicologo, che ha come scopo quello di fornire ascolto, sostegno e di promuove alcuni processi di elaborazione di aspetti del mondo interno e relazionale degli utenti. Tale gruppo, date le caratteristiche dei partecipanti, ha una conduzione piuttosto direttiva e punta soprattutto allo sviluppo ed al rinforzo delle risorse e delle parti sane. Il conduttore svolge principalmente una funzione di Io ausiliario, non essendo presenti le condizioni per un lavoro sulle dinamiche transferali e su un livello di insight. Particolare attenzione viene infine posta all'interno di questo gruppo alla gestione del craving e delle situazioni di rischio rispetto all'uso di sostanze; per gli interventi focalizzati su questo problema si fa riferimento al modello cognitivo-comportamentale di prevenzione delle ricadute di Marlatt (Marlatt et al., 1985, Marlatt et al., 1998).

Oltre a queste esperienze terapeutiche gruppali è presente un'altra attività, di tipo individuale, che consiste nella compilazione da parte degli utenti di un questionario di auto-osservazione rispetto al loro "funzionamento" settimanale. Nel questionario vengono prese in esame diverse aree e per ognuna di esse è richiesto di esprimere una valutazione su una scala da 0 a 100 (0=per nulla positivo, 100=molto positivo). Le aree indagate sono: le relazioni con i compagni e gli operatori presso il Centro, le relazioni a casa, l'impegno lavorativo, il rapporto con le sostanze, la soddisfazione di sé. Il questionario viene compilato nell'ambito di un colloquio che ogni utente svolge con un operatore, e ha come scopo quello di aiutare gli utenti a ripensare a come hanno vissuto la propria quotidianità al Centro e a casa. La risposta alle domande del questionario spesso funge da stimolo per gli utenti per poter parlare con gli operatori di aspetti significativi della propria esperienza, in una situazione strutturata e protettiva che facilita l'apertura e il dialogo. Ogni 3 mesi lo psicologo del Centro, attraverso colloqui individuali, restituisce agli utenti i risultati dei questionari, espressi sotto forma di grafici che indicano l'andamento che il paziente ha avuto nel tempo rispetto alle diverse aree indagate. Questo intervento, che mira a favorire gli elementi di mentalizzazione e di auto-osservazione, avvalendosi di uno strumento concreto e tangibile (il questionario), è particolarmente utile con questi pazienti che hanno difficoltà a sviluppare e utilizzare la capacità di riflettere su se stessi attraverso il solo uso della parola.

VALUTAZIONE DELL'ESITO DEI TRATTAMENTO

La valutazione dei risultati dei trattamenti per la tossicodipendenza è un processo molto complesso e di difficile attuazione. In letteratura sono descritti molteplici aspetti che sono stati utilizzati come indicatori del miglioramento dei pazienti: la diminuzione o cessazione dell'uso di sostanze, il cambiamento di stile di vita, l'occupazione lavorativa, la qualità delle relazioni interpersonali (Dowd et al., 2001, Checcucci et al., 1995).

A quasi cinque anni di distanza dall'apertura del Centro quello che ci si è proposti di compiere è una valutazione dell'esito dei trattamenti, considerando come variabile di osservazione la diagnosi dei pazienti, in "entrata" e in "uscita" dal Centro, rispetto al problema di dipendenza dalle sostanze. A tale scopo sono stati considerati solo gli utenti che hanno frequentato il Centro per un periodo di almeno 3 mesi, che sono risultati essere 22. Per la formulazione delle diagnosi ci si è riferiti alle categorie diagnostiche del DSM-IV, con l'unica eccezione che si è scelto di inserire nel gruppo dei soggetti in remissione anche quei soggetti che non hanno più fatto uso della sostanza da almeno un mese e che sono in terapia agonista.

Come si può osservare nella Tabella n.7, dove sono messe a confronto le diagnosi di "entrata" e di "uscita" dei pazienti, si rileva un netto cambiamento: diminuiscono le diagnosi di dipendenza e aumentano quelle di remissione. Tale cambiamento risulta significativo anche dal punto di vista statistico (test Wilcoxon, $p < .05$). Si può quindi concludere come durante la permanenza al Centro i pazienti migliorino dal punto di vista del problema di dipendenza dalle sostanze. Sapendo quanto sia critico e delicato, dal punto di vista delle ricadute, il momento della conclusione di un trattamento comunitario (benché in questo caso sia solo semi-residenziale) sarebbe sicuramente opportuno poter riconfermare il risultato positivo raggiunto con valutazioni successive di follow-up e verificare se ci siano differenze, nel mantenimento del risultato, tra gli utenti che sono stati dimessi in modo consensuale e quelli che invece hanno deciso di interrompere il trattamento. La nostra impressione clinica (confermata anche da alcune informazioni concrete ottenute rispetto all'evoluzione della situazione dei pazienti dopo la loro dimissione) è infatti che gli utenti che sono dimessi in modo consensuale riescono più frequentemente a mantenere la condizione di astensione dalle sostanze, mentre quelli che decidono di interrompere il trattamento prima dei tempi previsti dal Contratto vanno incontro più spesso a successive ricadute.

Tabella n.7

Diagnosi DUS all'Entrata e all'Uscita

	Entrata	Uscita
Dipendenza da eroina	7	2 (9,1%)
Dipendenza da alcol	3	1 (4,6%)
Dipendenza da ecstasy	1	1 (4,6%)
Totale dipendenze	11	4 (18,1%)
Remissione - terapia agonista -	5	4 (18,1%)
Remissione iniziale (eroina)	3	7 (31,8)
Remissione prolungata (eroina)	2	4 (18,1%)
Remissione iniziale (alcol)	1	1 (4,6%)
Remissione prolungata (alcol)	0 (0%)	2 (9,1%)
Totale remissioni	11	18 (81,9%)

Dal punto di vista più strettamente psichiatrico, un grado analogo di miglioramento a quello per i disturbi da uso di sostanze, si evidenzia anche nel compenso della sintomatologia psicopatologica e nella riduzione della disabilità psicosociale. La nostra esperienza ci suggerisce che i pazienti psicotici con comorbilità per disturbi da uso di sostanze e non abbiano necessariamente una minore risposta al trattamento ed una prognosi peggiore relativamente alla remissione della dipendenza. Se trattati correttamente per i due tipi di problema, possono mostrare anzi una migliore risposta al trattamento per la dipendenza rispetto a pazienti con disturbi di personalità. Una volta consolidata la remissione della dipendenza da sostanze non constatiamo infatti che i disturbi psicotici abbiano un decorso peggiore a causa del precedente problema con le sostanze. Anche per quanto riguarda la gestione relazionale talora i pazienti con disturbi di personalità presentano difficoltà maggiori di quelli con disturbi psicotici.

L'APPROCCIO CON PROBLEMATICHE COMPLESSE: DAL CONTROLLO ALLA MOTIVAZIONE E DALLA MOTIVAZIONE ALL'AUTOCONTROLLO

Natalino Filippin

Psicologo,

psicoterapeuta ad orientamento sistemico,

Servizio Alcologia Az. Ulss 8

Toni, trent'anni, è il terzo figlio di una coppia veneta di circa sessant'anni. E' celibe e vive con i genitori mentre gli altri due fratelli sono sposati e vivono fuori casa.

Toni ha completato le scuole medie, ha frequentato per un anno una scuola professionale che poi ha abbandonato. Ha cominciato a lavorare a quindici anni, ha cambiato circa 15-20 posti di lavoro in quindici anni e sempre di più tra un lavoro e l'altro sta a casa qualche mese.

Toni ha un primo contatto con il SerT a 19 anni. Giunge al servizio dopo una crisi di agitazione piuttosto violenta. La madre (che arriva dal pronto soccorso in barella per una crisi d'ansia) sospettava un uso di droghe, la diagnosi formulata in un primo momento è "episodio psicotico acuto presumibilmente tossico". I genitori e il ragazzo rifiutano le proposte del SerT e della psichiatria per un presa in carico.

Dopo cinque anni, in seguito ad un ricovero in psichiatria, la famiglia si presenta al servizio di alcologia su indicazione del medico di base. Il ricovero si è reso necessario dopo una serie di litigi anche piuttosto violenti (con intervento delle forze dell'ordine) in seguito ad intossicazioni etiliche. La diagnosi d'uscita dal reparto è di "psicosi nas". Anche in questo caso i genitori non riconoscono le problematiche di tipo psichiatrico, per la madre il problema sono le notevoli bevute del figlio. I contatti con il servizio di alcologia proseguono con incontri occasionali di Toni o dei suoi familiari, di solito dopo litigi o periodi di disoccupazione.

Un primo tentativo di inserimento in una comunità alcologia residenziale, su proposta dello psicologo, avviene un paio d'anni dopo, ancora una volta la proposta è solo parzialmente condivisa dai genitori che ora ritengono primario il problema della mancanza di lavoro. Questo tentativo viene interrotto dopo un mese, la famiglia comunque accetta la frequenza di un club degli alcolisti in trattamento e la somministrazione di un antagonista (Etiltox).

I genitori accusano il figlio di "poca buona volontà", sono altalenanti, non riconoscono il proprio coinvolgimento nelle problematiche familiari anche se emerge una promiscuità nell'uso delle stanze dell'abitazione (ad es. Toni si addormenta spesso nella camera dei genitori).

La madre è decisamente contraria all'uso di psicofarmaci, Toni comunque smette di bere.

Dopo un altro paio d'anni, dopo vari tentativi infruttuosi di presa in carico ambulatoriale, inserimenti lavorativi in cooperative protette, ricoveri, in seguito ad una grave malattia della madre, il paziente accetta l'inserimento nella comunità di doppia diagnosi.

La permanenza in comunità è legata alla malattia della madre, visto che Toni, quando la mamma sta un po' meglio, decide di accorciare il programma terapeutico residenziale per entrare in una cooperativa di tipo

psichiatrico. La proposta viene accettata dagli operatori in quanto c'è un iniziale riconoscimento delle problematiche di tipo psichiatrico.

La storia qui riportata ci dà la possibilità di riflettere sull'approccio terapeutico proposto in una comunità terapeutica residenziale con persone con problemi d'alcol. In realtà qui si vuole fare un passaggio in più, confrontare l'approccio tradizionale con famiglie con un prevalente problema d'alcol con le situazioni sempre più frequenti in cui il problema del bere è complicato da una problematica di tipo psichiatrico.

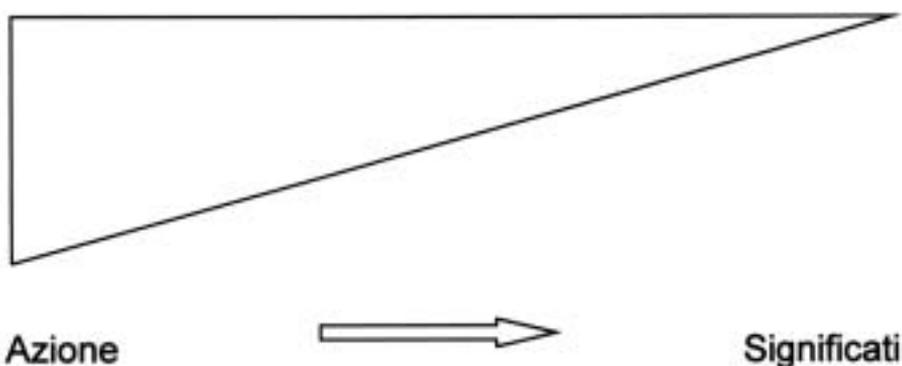
Già il primo approccio con i servizi ci dà l'idea dell'atipicità della situazione di Toni che non è una persona con problemi di tossicodipendenza, forse ha usato in alcune occasioni sostanze psicotrope, ma senza diventare un abusatore abituale. Un approfondimento in psichiatria sarebbe stato utile, ma la famiglia non accetta le proposte dei vari operatori che incontra.

Devono passare cinque anni prima che ci siano altri contatti con i servizi. Toni nel frattempo ha cercato altri canali di manifestazione del proprio disagio, in particolare per affrontare situazioni sociali, tipo la discoteca, ha cominciato a bere e sempre più questo comportamento ha creato problemi in famiglia. Purtroppo nel primo momento di aggancio in alcologia non c'è un confronto con il servizio psichiatrico, in parte perché lo psichiatra che aveva seguito Toni non c'è più, in parte perché si accoglie la richiesta della famiglia di occuparsi di singoli aspetti della storia di Toni, in particolare il bere e il lavoro.

Manca in questo caso un adeguato processo diagnostico che avrebbe permesso di orientarsi in modo più completo. L'approccio dell'operatore è piuttosto lineare, semplificando: "per smetter di bere è necessaria la comunità alcolologica breve", "mah, perdo il lavoro...", "no, il lavoro l'hai già perso".

In effetti, l'intervento con le persone con problemi alcolcorrelati normalmente tende a provocare in tempi rapidi una serie di azioni di autoprotezione che permettono di raggiungere l'astinenza da alcolici e quindi un nuovo modo di pensare e di vivere. Le analisi sui significati vengono spostate in un secondo momento, quando l'astinenza fa posto nella vita di una famiglia ad altri tipi di riflessione. I momenti di crisi (scontri in famiglia, ricoveri, incidenti, ecc.) spesso funzionano da leva terapeutica per agganciare la persona ad un percorso di astinenza e quindi sono presi come brevi momenti in cui si aprono possibilità di cambiamento.

Se volessimo rappresentare graficamente il percorso metodologico dell'operatore alcolico, all'inizio c'è poca ricerca di significati, ma si stimolano determinate azioni che portano gradualmente ad una maggiore possibilità di riflettere. E' chiaro infatti non solo che l'intossicazione acuta non permette lo sviluppo di adeguati percorsi, ma che l'astinenza è un pre-requisito per qualsiasi processo terapeutico.



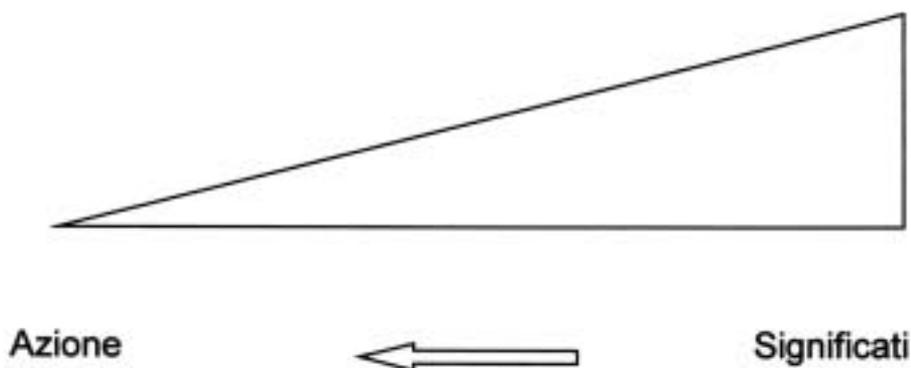
Un signore di cinquantanni con problemi d'alcol è portato ad un incontro dai familiari che non ne possono più; questi lo riempiono di rimproveri, quando non di offese. Per tutto il colloquio lui risponde con maleducazione, non ritiene di avere un problema con l'alcol, non intende collaborare, né tornare ad ulteriori appuntamenti: "si curi lei, dottore...", "bene, signor x, ci vediamo la prossima settimana con i suoi familiari". La restituzione non tiene conto del contenuto manifesto delle parole, ma l'operatore vuole trasmettere un messaggio all'interessato: "malgrado tutto si può far qualcosa, ci sono anche degli aspetti positivi" e ai familiari: "smettete di collaborare al mantenimento dello status quo, non accettate quello che vi dice, agite in modo diverso". La settimana dopo la famiglia si è ripresentata e il processo terapeutico è proseguito.

Normalmente l'approccio con una persona con disagio mentale è "capovolto", all'inizio si cerca di costruire una relazione in cui attraverso la riflessione su determinati aspetti della vita si arriva a una diagnosi e a far emergere la necessità di certi tipi di azione.

Anche in molte situazioni di uso di sostanze psicotrope si usa un approccio motivazionale che tende a far emergere le preoccupazioni, le

ambivalenze, senza prendere posizione per l'astinenza o per l'uso continuo di sostanze.

Seguendo la nostra grafica quindi in questo caso c'è meno "fretta", non ci si preoccupa di far fare qualcosa, ma di comprendere, le azioni (come la sospensione dell'uso di sostanze) arrivano in un secondo momento.



La situazione si complica notevolmente quando i problemi sono misti, problemi d'alcol associati a gravi disagi mentali.

Stefi viene inviata da un reparto ospedaliero al servizio alcologia dopo una serie di eccessi alcolici molto pesanti, ha 23 anni. Il suo problema presto si rivela una combinazione tra abuso d'alcol, anoressia, bulimia, disturbo di personalità. Inutile dire che i genitori sono allo stremo e non vogliono riaccogliere a casa la figlia.

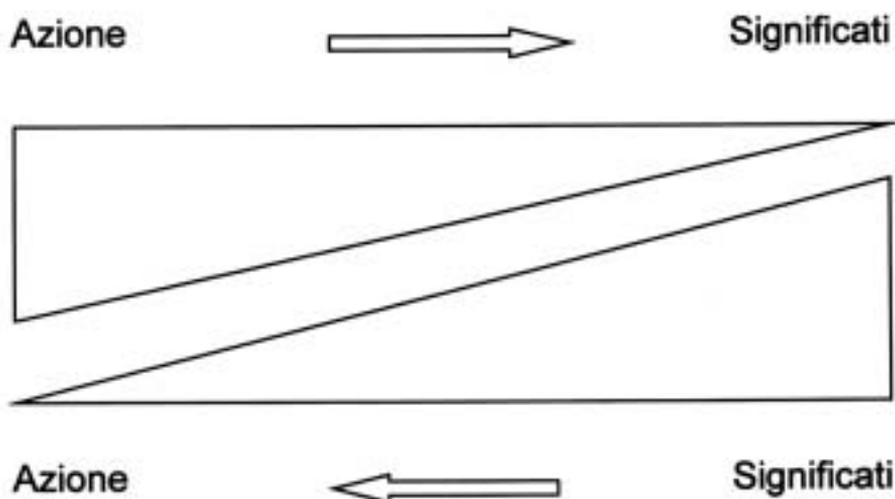
In questo caso, e in situazioni simili a questa, è difficile pensare ad una strategia adeguata.

L'approccio diretto con l'alcol (comunità residenziale alcologica breve e successivo inserimento in un centro di lavoro guidato) ha portato Stefi ad un rapido miglioramento, ma anche ad un rapido peggioramento con ricovero coatto in psichiatria alcuni mesi dopo in seguito ad una ricaduta alcolica.

L'approccio con Stefi in un primo momento non è stato di tipo motivazionale, il sistema terapeutico è stato spinto dall'urgenza: dalla drammatica sfida con la madre espulsiva nascevano continuamente situazioni pericolose che portavano la ragazza ad intossicarsi e a girovagare per i

paesi senza coscienza. Ricoverata in psichiatria, riuscirà a farsi portare all'interno del reparto alcolici in cartoni di succhi di frutta da familiari di altri ospiti.

E' evidente che entrambi gli approcci precedenti sono insufficienti e che è necessario una combinazione di "azione" e di "riflessione" sugli ambiti significativi di vita della paziente e della sua famiglia.



Noi crediamo che stia proprio in questo "doppio approccio" una delle maggiori difficoltà nel lavorare con tali pazienti che hanno come caratteristica peculiare uno scarso o nullo contenimento dei propri impulsi, ad esempio questa voglia impellente di bere, ma che necessitano nello stesso momento di una relazione non imposta che permetta loro di dare significato alle proprie azioni. L'equilibrio fra le due "direzioni" è un processo che spesso si articola per prove ed errori ed in alcuni casi trova una soluzione soddisfacente; in altre situazioni, almeno per la nostra esperienza, il processo terapeutico è una drammatica rincorsa che sfinisce tutti gli attori in gioco.

Tale "doppio approccio" necessita comunque di uno scambio reciproco tra operatori di servizi diversi, in particolare tra gli psichiatri e gli operatori della comunità: i pregiudizi di solito si sciolgono con la conoscenza reciproca, ma resta ancora una difficoltà nello scambio di esperienze e

nella capacità di lavorare assieme. La cura farmacologica ad esempio, è naturalmente prescritta e gestita dal medico, ma ha delle ripercussioni psicologico-relazionali profonde. Uno psicologo dovrebbe essere aiutato a capire gli effetti di una determinata prescrizione farmacologica in modo da poter aiutare lo psichiatra a tararla meglio o a modificarla quando necessario.

Vogliamo ora tentare di riassumere nella seguente tabella lo stato dell'arte delle nostre riflessioni . In questa tabella sono proposti alcuni nodi critici, prestando attenzione alla differenza d'intervento con persone con problemi d'alcol e persone con cosiddetta "doppia diagnosi". Tale tabella è in via di costruzione e non vuole essere un modello rigido di approccio, quanto una possibile proposta di riflessione fra operatori.

<i>Persona con problemi alcolcorrelati</i>	<i>Persona con doppia diagnosi</i>
La relazione terapeutica si concentra su alcune azioni che devono essere fatte per produrre nuovi pensieri.	La relazione terapeutica si concentra sulla motivazione e sul significato dei comportamenti per ottenere una decisione ad agire.
Spesso vale l'approccio confrontazionale, è necessario nelle prime fasi fare da "volontà esterna".	Vale l'approccio "dialogante", motivazionale, sui significati.
In certe situazioni "critiche" è utile dare prescrizioni.	Si contratta, si evita in ogni modo il muro contro muro, si costruisce una "rete" di pensieri.
La relazione deve essere equilibrata, né distaccata, né troppo coinvolta.	La relazione deve essere affettiva, senza perdere una serena fermezza.
La sensazione rispetto al tempo è di normalità, ma c'è un tempo di crisi piuttosto breve entro il quale bisogna intervenire.	Il tempo nella giornata scorre lento, l'intervento è sul lungo termine.
Se l'alcolismo è di tipo tossicomano c'è ricerca e spesso abuso di psicofarmaci.	C'è molta diffidenza rispetto agli psicofarmaci e spesso rifiuto.
Il rapporto con la cronicità riguarda la possibilità di tornare a bere, ma la sospensione del bere assomiglia alla normalità.	Il rapporto con la cronicità riguarda la malattia psichiatrica, che in alcuni casi è cronica e limita l'autonomia.
La ricaduta fa generalmente parte del percorso, è considerata un normale fase che può aiutare a ristrutturare il sistema familiare.	I momenti di ricaduta possono mettere in crisi le relazioni e necessitano di una notevole capacità di "contenimento".
Il pregiudizio dell'esterno fa riferimento al vizio o alla mancanza di volontà.	Il pregiudizio dell'esterno fa riferimento alla debolezza e alla mancanza di volontà.

L'intervento con le persone con doppia diagnosi richiede tempi molto lunghi; *Toni ha accettato la comunità dopo numerosi fallimenti, a nove anni dal primo contatto con i servizi, in qualche modo l'ha scelta e non subito. E' stato necessario costruire con lui un rapporto di fiducia, un rapporto affettivo, smussando pian piano le resistenze della madre verso tutto quello che richiamava l'aspetto psichiatrico (ricoveri in psichiatria e cura farmacologia).*

Alla fine Toni è rientrato in famiglia, ha lavorato per alcuni mesi nella cooperativa individuata dalla psichiatria e poi ha interrotto i rapporti con tutti i servizi.

Forse ora la famiglia sta respirando un po', ma è probabile che ci saranno altri momenti di crisi che richiederanno altre forme di intervento.

Il lavoro futuro dovrà tenere in considerazione alcuni aspetti carenti dei programmi finora costruiti, in particolare il lavoro con la coppia dei genitori finora molto frammentario.

I genitori sono stati considerati spesso un “ostacolo” al trattamento del figlio e non si è riusciti così ad entrare nella loro difficile storia personale e in un rapporto di fiducia. Si è venuto a sapere ad esempio che il papà in passato aveva sofferto di uno “strano esaurimento nervoso” e che i genitori della madre erano morti entrambi in un grave incidente domestico.

Tutti questi argomenti non hanno trovato spazio di discussione in quanto i genitori hanno interrotto gli incontri di coppia che noi operatori avevamo proposto.

Il rapporto fra chi sta “dentro” e chi sta “fuori” dalla comunità è quindi un ulteriore punto critico su cui vale la pena soffermarsi. Per la mentalità comune in comunità ci sta l’“ammalato”, fuori ci stanno i “sani”. I genitori di Toni sono un esempio emblematico, ma tale idea è normalmente presente in tutte le situazioni di disagio. Coinvolgere i familiari in un processo terapeutico non è sempre difficile, molte famiglie sono disposte a fare qualsiasi cosa per il loro congiunto, ma capire che si è parte in causa è molto più faticoso.

Nella nostra comunità abbiamo scelto due canali per poter lavorare con i familiari, i gruppi multifamiliari due volte al mese e, in caso di necessità, degli incontri paralleli di terapia familiare, con lo stesso terapeuta o con terapeuti diversi. Su quest'ultima scelta ci sono idee diverse sull'efficacia

dell'intervento, in qualsiasi caso è necessario che i due terapeuti si conoscano bene e abbiano un'alta capacità di integrare il loro lavoro.

Vogliamo prendere questo ultimo aspetto come emblematico per il lavoro con persone multiproblematiche, persone con doppia diagnosi, persone che sono in estrema sofferenza e difficoltà. L'affinamento di una comunità residenziale che lavora con queste persone è la storia di un gruppo di operatori che cerca in sé quanto fuori di sé le risorse per poter lavorare in modo congruo. Malgrado l'impegno, l'umanità e la competenza degli operatori si è visto che solo costruendo con pazienza relazioni con altri servizi, con il servizio psichiatrico, con quello per le tossicodipendenze, con le cooperative sociali, con le associazioni e con il volontariato, oltre naturalmente con i pazienti e le loro famiglie, si riuscirà a costruire una sostenibile rete di cura.