



"MODELLO SPERIMENTALE DI PRESA IN CURA INTEGRATA DEL CONSUMATORE PROBLEMatico DI COCAINA"

(COD. 16/04 - ASL CITTA' DI MILANO - L.45/99 - FNLD 2003)

REPORT FINALE

INDICE:

Riferimenti generali	2
1. Premessa	4
2. Note introduttive	4
3. Obiettivi	5
4. Destinatari	5
5. L'azione progettuale	6
6. Il protocollo	6
7. Il modello della presa in cura	9
8. Valutazione del progetto	13
9. Conclusioni	23
Allegati	25

RIFERIMENTI GENERALI:

<u>Ente titolare:</u>	Associazione Saman
<u>Enti partner:</u>	AISEL; Atipica; CAD; CART; Dianova
<u>Durata progetto:</u>	36 mesi (3 anni)
<u>Data avvio progetto:</u>	01.02.2005
<u>Data apertura Centro:</u>	15.03.2005
<u>Data conclusione progetto:</u>	31.01.2008
<u>Fonte di finanziamento:</u>	FNLD 2003 (L.45/99)
<u>Ente finanziatore:</u>	ASL Città di Milano
<u>Costo complessivo del progetto:</u>	€ 227.158,08
<u>Finanziamento complessivo:</u>	€ 159.010,08
<u>Costo/finanziamento per annualità:</u>	1° anno € 85.257,90 / € 57.879,90 2° anno € 69.484,90 / € 50.599,90 3° anno € 72.415,28 / € 50.530,28

***Per ulteriori informazioni sui contenuti del presente elaborato
è possibile contattare il responsabile di progetto:***

+39 02 29400930
m.frossi@saman.it

PERSONALE:

Responsabile scientifico:

Luigi Cancrini (*Saman*)

Responsabile di progetto:

Matteo Frossi (*Saman*)

Valutatore:

Maurizio Coletti (*Dianova*)

Supervisore:

Carlo Zucca Alessandrelli (*CART*)

Psicoterapeuti:

Adelmo Fiocchi (*Atipica*)
Nicoletta Jacobone (*CART*)
Henry Pinamonti (*CAD*)
Benito Petrone (*Saman*)
Renato Sidoti (*AISEL*)

Medico:

Paola Capellini (*Atipica*)

Psicologi:

Laila Micci (*CART*)
Erwin Migliari (*Atipica*)
Daniela Mischiatti (*Aisel*)
Letizia Vedana (*Dianova*)

Terapeuta psico-corporeo:

Giulia Grigoletto (*Saman*)

Addetti ai dati:

Giovanni Carrino (*Dianova*)
Paolo Pianezzola (*Atipica*)
Nicoletta Sasso (*CART*)

Segreteria Organizzativa:

Barbara Draghi (*CART*)

Segreteria Amministrativa:

Simona Ravizza (*Saman*)

1. PREMESSA

Il presente documento, costituendo la sintesi conclusiva di quanto realizzato nei tre anni del Progetto Contraddiction, contiene l'elaborazione dei contenuti, delle premesse e delle delle riflessioni sviluppate in questi anni dal gruppo di lavoro e dai singoli terapeuti impegnati nella conduzione del Progetto, ma soprattutto contiene tutti i dati relativi ai pazienti entrati in contatto con il Centro, ai percorsi di cura da loro intrapresi ed ai risultati ottenuti. Il progetto si prefiggeva di realizzare l'intervento all'interno di una cornice sperimentale che permettesse la replicabilità delle azioni proposte e la comparabilità dei dati ottenuti. Sono stati quindi esplicitati preliminarmente gli obiettivi, gli assunti, così come gli indicatori di processo e di esito adottati (si veda scheda progettuale, piano operativo e relazioni intermedie). Non si è trattato quindi di un trial sperimentale con campione randomizzato e gruppo di controllo, motivo per cui le riflessioni qui proposte vanno collocate nell'ambito degli studi osservazionali e non in quello degli studi finalizzati alla produzione di evidenze scientifiche. Riteniamo comunque che quanto qui sintetizzato possa essere di qualche interesse per coloro che intendano sviluppare, o che abbiano già sviluppato, programmi di cura per il trattamento di pazienti con consumi problematici di cocaina e che vogliano analizzare la particolare sotto-tipologia intercettata dal progetto e i punti di forza di un protocollo nel quale la strutturazione della cornice operativa ha permesso una notevole fluidità dei contenuti psicoterapeutici.

2. NOTE INTRODUTTIVE

Il progetto aveva come obiettivo prioritario la costruzione di un modello di presa in carico di soggetti consumatori problematici di cocaina, attraverso l'elaborazione di specifiche strategie che permettessero di intercettare un target ben definito di pazienti e sperimentare un Protocollo Terapeutico risultante dall'integrazione di differenti moduli trattamentali.

Tutti i dati statistici testimoniano l'aumento esponenziale dei consumi di cocaina in fasce di popolazione diversificate ed in particolare un aumento del numero di consumatori "integrati", cioè di coloro che tendono a rendere compatibile l'assunzione di cocaina con la propria vita professionale ed affettiva. Una peculiarità di questa sostanza è la limitata induzione di dipendenza fisica, a fronte di una veloce dipendenza psichica, inizialmente non evidente all'esterno, ma che progressivamente porta l'assuntore ad una diversa percezione di sé; solo in un secondo tempo gli effetti della cocaina diventano visibili sul piano comportamentale, cognitivo, affettivo e relazionale. Avendo ricadute sintomatiche inizialmente compatibili con le attività professionali e sociali dell'individuo, i rischi di un'assunzione protratta sono spesso sottovalutati e portano questi consumatori a negare il proprio stato di difficoltà e a non percepire il proprio comportamento come patologico o disfunzionale. Per molti di loro risulta quindi difficile elaborare una richiesta di aiuto che rimane spesso latente e rischia di minare progressivamente gli equilibri psicologici, familiari e lavorativi della persona.

Alcune ipotesi cliniche attribuiscono caratteristiche specifiche a questo tipo di consumatore e ne tracciano profili diagnostici peculiari, gestibili solo con interventi mirati, ma, sebbene gli studi in materia siano cominciati già da qualche decennio negli Stati Uniti, dobbiamo riconoscere che l'analisi di questo fenomeno è in una fase ancora iniziale e l'approccio con cui possiamo affrontarlo non può che essere sperimentale e proposto a categorie circoscritte di soggetti. La cornice sperimentale rappresenta quindi l'aspetto peculiare del modello Contraddiction, dal momento che pone quale obiettivo prioritario la comunicabilità dei processi terapeutici attivati e dei risultati clinici raggiunti. Per quanto riguarda invece i contenuti del progetto, il fulcro dell'intervento proposto poggia sulla psicoterapia che, allo stato attuale delle conoscenze e nelle sue diverse declinazioni, può essere considerata uno degli strumenti più efficaci con cui affrontare le problematiche che sottostanno al consumo e all'abuso di cocaina. In alcuni casi l'efficacia della psicoterapia sembra potenziata dal suo abbinamento con trattamenti psico-sociali, espressivo-corporei, residenziali o farmacologici, e proprio la comprensione di quali percorsi siano più adatti ai diversi gruppi di pazienti costituisce la finalità della riflessione che accompagna il progetto e che trova nel presente documento una sua formalizzazione intermedia, propedeutica al Report finale previsto per gli inizi

del 2008.

Il progetto si configura, quindi, come una ricerca sperimentale in ambito clinico, che ha implicato il costante tentativo di coniugare i protocolli terapeutici e il modello operativo con gli elementi più tipicamente 'qualitativi' della psicoterapia. Molti degli elementi valutati dall'osservazione empirica e clinica degli operatori coinvolti nel progetto nei propri contesti abituali di attività si sono rivelati assai utili alla formulazione di ipotesi teorico-cliniche, che hanno potuto modificare e migliorare l'approccio complessivo alla ricerca. Tali contributi hanno trovato una sintesi progressiva nelle riunioni di équipe e nella supervisione, che hanno agevolato il confronto e la disamina condivisa dei casi e dei trattamenti tra professionisti provenienti da sei diverse realtà istituzionali.

3. OBIETTIVI

- Elaborare strategie efficaci per intercettare l'utenza e pubblicizzare il servizio: utilizzando diversi canali mediatici, diffondendo il progetto nei luoghi di lavoro e agevolando il recepimento di domande indirette (medici di base, prefetture, pronto soccorso)
- Sperimentare moduli flessibili ed individualizzati di trattamento destinati alla presa in carico di soggetti che manifestano consumi problematici di cocaina, privi di evidenti compromissioni sul piano sociale e lavorativo;
- Offrire un servizio di aggiornamento e consulenza destinato a professionisti e organizzazioni dell'area sociosanitaria (medici di base e ospedalieri, operatori dei Ser.T. e del privato sociale) che possono intercettare le domande di questa categoria di consumatori;
- Offrire un servizio di orientamento rivolto ai cittadini che entrano, più o meno direttamente, a contatto con le suddette problematiche;
- Valutare, sul piano clinico, l'efficacia dei moduli trattamentali sperimentati.

4. DESTINATARI

Il target cui si rivolge questo progetto è rappresentato da quei soggetti che manifestano consumi problematici di cocaina, ma che sono privi di compromissioni gravi sul piano sociale, lavorativo, psichiatrico e fisico. Questa categoria di soggetti, pur essendo numericamente consistente, difficilmente viene intercettata dai servizi tradizionali per le dipendenze, motivo per cui uno dei primi passaggi progettuali è stato rappresentato dall'elaborazione di strategie di pubblicizzazione adatte ad intercettare un target con caratteristiche molto specifiche.

Criteria di inclusione:

- Consumo problematico di cocaina
- Abuso di cocaina, eventualmente associato ad abuso alcolico
- Età compresa tra 20 e 50 anni

Criteria di esclusione:

- Strutture psicotiche
- Gravi disturbi di personalità di tipo paranoide, schizoide o schizotipico
- Poliassunzione complessa
- Dipendenza pervasiva

Casi attesi: 60 nel triennio, di cui almeno 30 nel primo biennio. La presa in carico può riguardare il consumatore, uno o più suoi familiari, la coppia o l'intero sistema familiare in cui si manifesta il problema.

Il progetto mira, inoltre, a coinvolgere i professionisti che sul territorio possono entrare in contatto con queste problematiche. Ci riferiamo, in particolar modo, ai medici di base, ai Pronto Soccorso, alle Farmacie, ai servizi intermedi (Consultori, Centri Psicoterapici, Servizi Sociali, etc.), alle Prefetture ed ai servizi informativi e di orientamento presenti nel territorio (DrogaTel, Linea Verde Droga, etc.). Sono stati anche avviati confronti e collaborazioni con progetti ed iniziative analoghe sviluppatesi su tutto il territorio nazionale, con le quali, pur nella diversità degli approcci e dei contesti, condividiamo l'importanza di sviluppare modelli scientificamente comparabili e valutabili.

5. L'AZIONE PROGETTUALE

Il progetto è partito dalla strutturazione di un gruppo specializzato di professionisti che ha attivato le proprie competenze con la finalità di costruire un protocollo terapeutico per le categorie di consumatori sopra descritte; Ciò ha evidentemente implicato un lavoro preliminare di studio, ricerca e confronto sui modelli e le strategie di intervento utilizzabili.

La costituzione dell'équipe terapeutica è stata una delle attività relative alla prima fase progettuale; l'obiettivo era quello sviluppare linguaggi e procedure comuni attraverso incontri finalizzati al confronto e all'integrazione degli orientamenti teorico-clinici, degli approcci concettuali e delle metodologie operative di ciascuno. Per agevolare questo compito e la strutturazione del gruppo di lavoro è stata attribuita al dott. Carlo Zucca Alessandrelli la supervisione clinica, realizzata con cadenza quindicinale e focalizzata, specialmente nella fase iniziale, alla condivisione dei presupposti teorico-metodologici dell'intervento.

Raggiunti i due obiettivi prefissati per la prima fase progettuale (sviluppo di una funzionale rete territoriale di riferimento e costituzione di un gruppo di lavoro integrato), si è proceduto all'attivazione dei moduli terapeutici presso la sede cittadina del CART, ritenuta idonea per la sua posizione centrale e perché non visibilmente connotabile come centro di cura delle tossicodipendenze. La specificità del target dei destinatari ha richiesto, inoltre, una valutazione dei tempi di apertura del centro: essendo queste persone impegnate sul piano professionale, è stato necessario fissare l'orario di apertura nella fascia pomeridiano-serale (17,00 - 20,00), anche con la finalità accessoria di una gestione comune di quel tempo libero nel quale è più probabile che la persona sia maggiormente esposta al rischio di comportamenti volti alla ricerca della sostanza.

Il presupposto operativo generale, data la natura sperimentale del programma e le caratteristiche di personalità a sfondo ipomanoico del soggetto cocainomane, ha dovuto considerare la necessità di strutturare interventi brevi, focalizzati ed eventualmente ripetibili al fine di agevolare sia l'adesione al trattamento sia la sua misurabilità.

6. IL PROTOCOLLO

6.1. Accoglienza

Il primo momento terapeutico consiste in tre incontri preliminari, due condotti da uno psicoterapeuta e uno da un medico, miranti a:

- valutare la coerenza tra offerta terapeutica e domanda di trattamento;
- approfondire le caratteristiche psicologiche, relazionali e motivazionali del paziente;
- illustrare al paziente le caratteristiche complessive del progetto;
- concordare un programma terapeutico declinato in obiettivi a breve e medio termine;
- avviare una relazione collaborativa tra paziente e terapeuti.

Questa fase si è dimostrata di particolare delicatezza, avendo come obiettivo la definizione del

progetto terapeutico, e come presupposto la problematizzazione del comportamento di assunzione e il ridimensionamento degli atteggiamenti narcisistici e onnipotenti, tipici della personalità dell'assuntore di cocaina. La fase dell'alleanza terapeutica tra paziente e gruppo di lavoro determina in buona parte il successivo processo di presa in carico; in questo senso, la collaborazione del medico si è dimostrata spesso efficace nel facilitare il paziente ad acquisire una più reale percezione dei pericoli connessi all'uso della sostanza e ad avviare un processo di mentalizzazione del disagio espresso attraverso il corpo.

6.2. Valutazione psicodiagnostica

La valutazione psicodiagnostica prevede altri 3/4 incontri, condotti da psicologi e psicoterapeuti, i cui obiettivi sono:

- a) definizione di una diagnosi clinica ottenibile attraverso i colloqui clinici e l'utilizzo di specifici strumenti utili per la raccolta rapida di molte informazioni e per lo screening della sintomatologia;
- b) approfondimento anamnestico con particolare attenzione alla funzione compensativa della sostanza nei diversi ambiti: fragilità del sé, vita di coppia, genitorialità, relazioni con la famiglia d'origine, lavoro, sessualità;
- c) elaborazione di un piano trattamento individualizzato, centrato sulla ripresa delle funzioni del sé e con eventuali focus paralleli orientati alla coppia, alla famiglia, all'immagine corporea e alla gestione del tempo libero.

Oltre alla dimensione clinica, la valutazione psicodiagnostica si avvale di alcuni strumenti standardizzati alcuni dei quali consentono il monitoraggio del trattamento e la valutazione del suo esito.

6.3. Trattamento

La fase propriamente trattamentale è composta da tre moduli, ciascuno attivabile, integralmente o in singole parti, in funzione della valutazione fatta dall'equipe e da quanto concordato con il paziente. La combinazione dei moduli definisce e caratterizza i programmi individuali che hanno durata semestrale e sono eventualmente ripetibili. Il terapeuta di riferimento del paziente resta quello che ha realizzato i primi colloqui d'accoglienza, mentre il medico esegue delle visite a cadenza variabile per una valutazione in itinere degli aspetti più prettamente sanitari. A tale proposito è necessario segnalare che il gruppo di lavoro ha scelto da subito di non utilizzare esami obiettivi (capello, urine, ecc.) o altre strategie di controllo per verificare l'uso di sostanze dei pazienti durante il trattamento, anche per non stimolare eventuali vissuti persecutori del paziente. L'esperienza condotta ha dimostrato che gli interventi integrati tra gli operatori forniscono al paziente una *holding* stabile e un sistema motivazionale soddisfacente, che offre anche adeguata garanzia di controllo indiretto rispetto all'uso della sostanza.

6.3.1. Modulo principale

Il modulo principale è rappresentato da un'offerta psicoterapeutica, individuale o di gruppo, che si pone i seguenti obiettivi:

- la trasformazione del comportamento di assunzione, con un pattern tendente alla diminuzione o alla sospensione dell'uso di sostanze;
- lo sviluppo di una consapevolezza da parte del soggetto che la sostanza ha la funzione di rafforzare le difese onnipotenti ipomaniacali, rispetto ad aree di fragilità del Sé; il

raggiungimento di questo obiettivo può condurre a sviluppi correlati alla ripresa di una fiducia nell'evoluzione personale;

- la possibilità, raggiunto un sufficiente equilibrio soggettivo, di formulare una successiva richiesta di psicoterapia più ampia ed approfondita, proprio in ragione della raggiunta consapevolezza dei significati emotivi legati alla complessità del disagio sottostante.

Gli strumenti del modulo principale sono:

- presa in carico psicoterapica individuale per una durata di sei mesi;
- percorso psicoterapico di gruppo a termine;
- percorso misto, individuale e di gruppo, da realizzarsi in sequenza o in parallelo.

Rispetto alle modalità di integrazione dei percorsi individuali e di gruppo è difficile proporre una standardizzazione dei criteri e della tempistica. Questo modulo, infatti, essendo prettamente psicoterapeutico, è particolarmente influenzato degli aspetti legati alla *relazione* con il paziente e difficilmente può aderire in modo troppo schematico ad un protocollo. I due strumenti, quindi, possono venire utilizzati in sequenza o in parallelo per venire al meglio utilizzati dal paziente e rispondere alla specifica fase del percorso in cui si trova.

6.3.2. Modulo complementare

L'obiettivo del modulo complementare è l'offerta di un sostegno psicologico, alle famiglie o ai partner dei soggetti cocainomani, con la finalità sia di aumentare la loro compliance, sia di migliorare il contesto relazionale attraverso una maggiore consapevolezza delle dinamiche affettive.

Gli strumenti del modulo complementare sono:

- psicoterapia familiare o di coppia (12 sedute) parallele o sequenziali al percorso individuale, con l'eccezione dei casi in cui la domanda arriva dalla famiglia o dal partner del consumatore, casi nei quali la psicoterapia familiare/di coppia assume una valenza finalizzata a favorire una maggior motivazione del paziente alla cura;
- consulenza e sostegno al contesto familiare o di coppia, attraverso sedute con gli psicologi rivolte al gruppo famiglia, ai singoli membri o al partner, in base alle diverse esigenze cliniche emerse nella fase di valutazione o di trattamento (numero di sedute variabile).

6.3.3. Modulo integrativo

L'obiettivo di questo modulo è rafforzare la capacità di prendersi cura del Sé corporeo e attivare un percorso di integrazione tra le percezioni relative al proprio corpo, quali la fatica ovvero alcuni stati emotivi sottesi, come il senso di vuoto o di impotenza. Queste attività possono venire concentrate nel fine settimana per offrire uno spazio strutturato in momenti considerati maggiormente a rischio.

Gli strumenti del modulo integrativo sono:

- Tecniche di comunicazione non verbale, metodi di rilassamento e meditazione, attività espressive.

Questo modulo si è concretizzato nell'offerta di gruppi yoga ed è stato realizzato nel tardo pomeriggio del venerdì. La sua attivazione ha richiesto tempi più lunghi rispetto agli altri moduli e le adesioni complessive sono state limitate ad un piccolo numero di casi..

7. IL MODELLO DI PRESA IN CURA

Il modello di presa cura che adottato all'interno del Progetto Contraddiction fonda la sua operatività sui seguenti aspetti che si considerano i cardini dell'intervento:

- la dimensione sperimentale;
- il lavoro sulla domanda;
- la presa in cura multipla;
- l'integrazione dei modelli teorici;
- la diversificazione degli strumenti di intervento;

7.1. La dimensione sperimentale

Negli ultimi anni si sono moltiplicate le ricerche e le produzioni scientifiche sul tema dei consumi di cocaina, ma queste raramente si sono addentrate nella discriminazione diagnostica delle diverse forme di cocainismo e nella verifica di efficacia dei modelli terapeutici. Una delle poche eccezioni è rappresentata dallo studio del NIDA (National Institute on Drug Abuse) sui risultati delle possibili combinazioni di più interventi (terapie cognitive, psicodinamiche, sistemico-familiari e percorsi residenziali) rivolti a consumatori di cocaina, studio al quale ci siamo ispirati nella formulazione del nostro progetto.

Date queste premesse ci è parso inevitabile inserire il nostro modello di intervento in una cornice sperimentale che ne permettesse l'esportabilità e la replicabilità. Abbiamo così predisposto strumenti di monitoraggio e verifica delle procedure e degli esiti, attraverso i quali, da un lato, registrare tutti gli interventi realizzati e, dall'altro, valutare i miglioramenti nei pazienti in carico. Per questa seconda dimensione della verifica è stata selezionata una batteria di test standardizzati, in grado di raccogliere una ampia serie di informazioni psico-socio-sanitarie, da somministrare all'inizio del percorso e a cadenza semestrale, in modo da supportare le valutazioni cliniche e agevolare la trasmissibilità dei dati.

Gli strumenti utilizzati sono:

- a) **EuropASI** - versione europea a cura di Pozzi e Tempesta (Blanken et al.,1995) dell'Addiction Severity Index di Mclellan (Mclellan et al., 1980);¹
- b) **MAC** - Motivazione al Cambiamento - a cura di Spiller e Guelfi (Spiller e Guelfi, 1998);²
- c) **SCL-90-R** - Symptom Check List di Derogatis (Derogatis et al., 1994; 1997);³
- d) **SCID I** - Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders (First et al., 2002);⁴
- e) **SCID II** - Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Axis II Disorders (First et al.,1998);⁵

¹ Mclellan A.T., Luborsky L., Woody G.E. , O'Brien C.P. "An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index". J. Nerv. 1980; Blanken P., Hendriks V., Fahrner E.M., Gsellhofer B., Kufner H., Hartgers C., Kokkevi A., Pozzi G., Tempesta E., Uchtenhagen A. (1995) "EuropASI adattamento europeo dell'Addiction Severity Index". Boll. Farmacodip. Alc. 18 (2): 7-45.

First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M., Williams J.B.W. "Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders, (SCID-II)". Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1997.

² Spiller V., Guelfi G.P. "La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E" in "Bollettino delle Farmacodipendenze e Alcolismo" XXI (2) 1998.

³ Derogatis L.R Symptom Checklist-90-R: administration, scoring, and procedures manual. National Computer Systems, Minneapolis, 1994; Derogatis L.R. The SCL-90-R: Administration, scoring and procedures. Manual I. Clinical Psychometric Research Unit, John Hopkins University School of Medicine, Baltimore, 1997.

⁴ First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M., Williams J.B.W. "Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient" Edition. (SCID-I/P) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, November 2002.

⁵ First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M., Williams J.B.W. "Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders, (SCID-II)". Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1997.

- a) L' **Addiction Severity Index** è un'intervista semi-strutturata articolata in sette aree (medica, lavorativa, uso di alcol, uso di sostanze, legale, familiare-sociale, psichica) volta ad indagare le problematiche che tendono a sviluppare le persone che consumano sostanze psicotrope. Permette di valutare la compromissione del paziente delineando un profilo di gravità della sua condizione psico-sociale, e la necessità di un trattamento.
- b) Il **Mac** permette di valutare e monitorare la motivazione al cambiamento dei comportamenti di consumo di sostanze. Fornisce un profilo della disponibilità del soggetto ad effettuare una modificazione del proprio atteggiamento e comportamento, e una stima dei fattori ("autoefficacia" e "frattura interiore") che secondo il modello di Prochanska e Di Clemente spingono il soggetto ad attivarsi e lo mettono in grado di ottenere un cambiamento.
- c) La **Symptom Check List 90 - Revised (SCL-90)**, fornisce utili indicazioni sulla sintomatologia psichiatrica del paziente. E' un questionario auto-somministrato di veloce compilazione, rappresenta un utile strumento per uno screening ad ampio raggio dello stato di disagio del soggetto. La SCL-90 inoltre è frequentemente impiegata in ambito di ricerca poiché permette di registrare e di documentare le variazioni dei sintomi psichiatrici in esito a specifici trattamenti.

EuropASI, MAC e SCL-90 sono stati somministrati dopo la fase iniziale dell'accoglienza, cioè dopo due colloqui con lo psicoterapeuta ed uno con il medico, e alla conclusione del programma semestrale. Questi strumenti sono stati scelti sia perché rispondono ad esigenze di oggettività e comunicabilità, sia perché permettono di essere utilizzati con una modalità relazionale, quindi maggiormente centrata sulla possibilità di favorire un aggancio e una compliance al progetto ed ai diversi operatori. In questo senso questi strumenti risultano essere non troppo lunghi ed impegnativi per il paziente e capaci di stimolare curiosità e un'ansia non eccessiva.

d/e) **Le SCID I e II** permettono per discriminare e valutare i Disturbi Psichiatrici (dell'Umore, del Pensiero, d'Ansia, d'Uso di Sostanze e di Personalità) eventualmente associati all'uso di sostanze secondo il criterio DSM-IV. La somministrazione delle due relative interviste semi-strutturate previste dal protocollo sono avvenute circa un mese dopo la presa in carico, quando il quadro sintomatologico risultava stabilizzato. La scelta di utilizzare questi due strumenti derivava dalla necessità di impostare il lavoro clinico su specifiche aree o nuclei problematici dei soggetti.

Alla 'restituzione' di quanto emerso dai test veniva dedicato un colloquio condotto dal diagnosta e dallo psicoterapeuta del soggetto, in cui si è cercato di favorire lo sviluppo dell'alleanza terapeutica attraverso la condivisione e la discussione dei risultati, stimolando domande e curiosità del paziente e approfondendo le aree emerse come problematiche. La *restituzione* ha rappresentato un momento significativo in cui veniva dato valore a tutto ciò che il soggetto ci aveva detto di sé e nel quale egli si sentiva compreso e rispettato; La *restituzione* aveva anche lo scopo di favorire l'impostazione del lavoro clinico successivo in un'ottica di presa in carico multipla, dove i soggetti potevano comprendere come i diversi operatori lavorassero con differenti ruoli, ma con obiettivi chiari e condivisi, fornendo così un modello di relazione al centro della quale c'era il paziente. Dall'esperienza maturata si è rilevato che quando si stabilisce una buona alleanza di lavoro, l'assessment diagnostico e il monitoraggio in itinere, anche attraverso strumenti standardizzati, sono vissuti dai pazienti come un segno di attenzione nei loro confronti.

7.2. La presa in cura multipla

Il Progetto Contraddiction ha offerto una presa in cura a soggetti con un problema di dipendenza patologica legato ad abuso di cocaina. Per comprendere il significato profondo del concetto di *presa in cura multipla* e non rischiare di considerarlo un aspetto organizzativo e funzionale della cura, bisogna richiamarsi al punto di vista psicodinamico che fonda il concetto stesso. Bisogna quindi far riferimento alle tappe dello sviluppo umano e ad elementi fondamentali della precaria organizzazione interna di questi soggetti. Uno di questi è il permanere in una dimensione di stallo evolutivo legato alla difficoltà di affrontare e superare pienamente il conflitto edipico, cioè di entrare liberamente nella relazione *triangolare*. Nel soggetto sano questo fondamentale passaggio evolutivo permette l'affrancamento dal legame interno simbiotico con la figura materna e promuove l'accesso al riconoscimento del terzo, dell'*altro* come soggetto separato.

Nei soggetti con un problema di dipendenza patologica lo stallo evolutivo produce la persistenza di un'area simbiotica che si manifesta in una specifica modalità relazionale caratterizzata da difese narcisistiche di ritiro onnipotente o di legame parassitario. La modalità del ritiro onnipotente è una specifica difesa relazionale che il soggetto mette in atto per evitare il timore di essere inglobato, dovuto alla scarsa differenziazione tra Sé e l'altro, legata al funzionamento simbiotico. Questa modalità permette al soggetto di negare gli intensi sentimenti di bisogno dell'altro attraverso la fantasia onnipotente di essere autosufficiente (e il consumo di cocaina rafforza questa difesa). La modalità del legame dipendente di tipo parassitario esprime all'opposto un'incapacità di essere separato e rappresenta quindi una difesa relazionale dall'angoscia della separazione. Anche in questo caso, l'altro non è riconosciuto come persona intera ma acquista piuttosto la funzione di sopperire alla fragilità ed all'incompletezza del Sé attraverso la riproposizione della simbiosi. Questa modalità serve al soggetto per creare l'illusione di potere restaurare l'antico legame perduto di accudimento da parte della madre onnipotente.

E' evidente che non si possa pensare ad un trattamento psicoanalitico in senso stretto come tecnica di cura per il paziente cocainomane, non fosse altro che 'perché non lo chiede'. Ma queste brevi note sul funzionamento psichico profondo del cocainomane permettono di comprendere su quale scenario psichico questo soggetto si muove e quale scenario terapeutico è bene approntare per poter favorire un suo sviluppo anche oltre la remissione sintomatica. Nella presa in cura, quindi, è necessario evitare di instaurare un legame terapeutico con un solo operatore per favorire nel soggetto il superamento della modalità relazionale simbiotica.

Nel modello terapeutico previsto per la ricerca, questi aspetti sono stati considerati e perciò è stato predisposto un setting che già in sé conteneva una prima risposta terapeutica: il setting era allargato, articolato e composto da più operatori, con ruoli ben definiti e distinti, in dialogo relazionale (presa in cura multipla). La possibilità per il soggetto di poter sviluppare transfert multipli verso gli operatori che componevano l'equipe curante stemperava il suo timore di essere inglobato in una relazione duale. Come detto sopra, per alcuni diverrebbe troppo pericolosa in quanto simbiotica, mentre per altri non sarebbe efficace perché ogni avanzamento del processo terapeutico potrebbe venir vissuto come una minaccia al legame simbiotico col terapeuta. Corollario della presa in cura multipla è che i ruoli devono essere molto chiari e definiti, per evitare la confusività e per promuovere il riconoscimento della differenza e della distinzione.

7.3. L'integrazione dei modelli teorici: la mente relazionale

Nel modello della ricerca, un'altra dimensione della pluralità è l'integrazione di due impianti teorici: quello psicoanalitico relazionale e quello sistemico. Il primo faceva da riferimento alla disamina dei casi durante la supervisione e guida gli interventi delle sedute individuali di psicoterapia e del gruppo GRF, il secondo faceva da riferimento per gli interventi sul sistema coppia e sul sistema famiglia. I due approcci si sono rivelati complementari facendo entrambi riferimento ad una concezione relazionale della mente: il modello psicoanalitico pone maggiormente l'accento sullo scenario interno, e dunque su come le relazioni d'oggetto interiorizzate, anche patologiche, influenzino le relazioni attuali, mentre quello sistemico si focalizza maggiormente sulla modificazione delle relazioni attuali disfunzionali del soggetto. Entrambi gli approcci hanno

l'obiettivo di rafforzare e promuovere lo sviluppo del Sé del soggetto e di favorire il percorso di individuazione personale e l'elaborazione della separazione dal nucleo familiare di origine.

7.4. Il lavoro sulla domanda e la durata dell'intervento

Attraverso la presa in cura multipla, l'intervento si proponeva di modificare lo stato della domanda di cura che il soggetto poneva agli operatori. Il soggetto cocainomane si caratterizza per un narcisismo immaturo (Sé fragile), ricoperto da un Sé grandioso e onnipotente che gli ostacola la dimensione simbolica e il riconoscimento degli stati emotivi (Alessitimia). Questo si traduce in una domanda di presa in cura spesso generica, quando non di negazione della problematica di assunzione, e, per contro, con un'attesa di risposte rapide e concrete, immediatamente risolutive.

Obiettivo del progetto di ricerca era quello di aumentare la consapevolezza di sé attraverso un riconoscimento delle emozioni, un'elaborazione delle aree di fragilità ed un ridimensionamento delle difese narcisistiche onnipotenti. Si è ritenuto che un tempo di 6 mesi potesse essere sufficiente ad innescare questo processo, ma che verosimilmente non fosse un tempo risolutivo delle tematiche affettive sottostanti del soggetto cocainomane. Tuttavia, l'inizio di questo processo, legato ad una scansione temporale, può permettere di modificare la consapevolezza del proprio problema, spostando l'accento dall'uso della sostanza alle difficoltà a gestire le emozioni e le relazioni.

L'offerta di una prospettiva temporale definita ha avuto il vantaggio di permettere al soggetto di ridimensionare l'ansia di iniziare un processo terapeutico senza termine, dimensione che riproporrebbe la dimensione claustrofobia dell'inglobamento nell'altro e che attiverebbe le difese narcisistiche di allontanamento. Inoltre l'aver stabilito inizialmente alcuni obiettivi specifici concordati e sottoscritti dall'utente ha permesso di ridimensionare le attese irrealistiche, legate ad un ideale dell'io ipertrofico e schiacciante e di accedere ad una dimensione di realizzazione possibile che valorizzasse il Sé e permettesse di attivare la fiducia in un cambiamento.

7.5. Gli strumenti dell'intervento

Si è detto che la fase iniziale dell'accoglienza (due colloqui con lo psicoterapeuta ed uno con il medico) si poneva l'obiettivo di formulare una prima valutazione e di rinforzare la motivazione dell'utente ad accettare il percorso terapeutico. E' coincisa, quindi, con la fase diagnostica. I colloqui iniziali sono stati condotti da psicoterapeuti perché si riteneva utile lavorare fin dall'inizio sulle difese narcisistiche onnipotenti e sulla scarsa capacità del soggetto cocainomane di prendersi cura di sé. Il colloquio medico, che poneva l'accento sulla dimensione corporea, è stato un momento importante che è servito a problematizzare la scarsa attenzione che spesso questi soggetti hanno per il proprio corpo. Successivamente alla fase diagnostica, il caso veniva discusso in equipe per organizzare in modo condiviso il programma degli interventi. Nel momento della *restituzione*, il progetto veniva condiviso e sottoscritto anche dal paziente.

Al termine di questa prima fase si concordavano con ciascun utente gli obiettivi della sua presa in cura e si individuava un "tutor" del programma terapeutico. Questi svolgeva una funzione importante per il percorso terapeutico: diventava garante del progetto, manteneva il collegamento tra il paziente e tutti gli operatori che lo seguivano ed era di supporto in caso di necessità legate ad eventuali difficoltà nello svolgimento del programma. Proprio per queste ragioni era figura diversa da quella dello psicoterapeuta. Erano poi previsti colloqui con il tutor a metà ed alla fine del programma con lo scopo di monitorare l'andamento della presa in cura e permettere all'utente di discutere dei cambiamenti in atto.

STRUMENTI INTERNI AL PROGETTO

- Psicoterapia individuale
- Psicoterapia familiare

- Psicoterapia di gruppo
- Counselling psicologico
- Tecniche corporee
- Consulenza medica

STRUMENTI ESTERNI AL PROGETTO

- Ricovero ospedaliero per disintossicazione o terapia farmacologica
- Percorso residenziale (breve) in Comunità Terapeutica

Va ribadito che la programmazione dell'intervento era "tagliata a misura" dell'utente, rispettando bisogni, risorse e tempi del soggetto. Si è ritenuto che fosse più utile un approccio flessibile, che potesse utilizzare uno degli strumenti possibili o una combinazione di questi piuttosto che proporre un programma terapeutico predefinito. L'obiettivo della ricerca non era infatti quello di testare l'efficacia di uno strumento terapeutico, ma di verificare l'efficacia di un modello che partendo dalla diagnosi costruiva una risposta terapeutica che prendesse in considerazione la soggettività dell'utente. Una descrizione dei presupposti, dei contenuti e delle metodologie applicative dei principali strumenti terapeutici è allegata al presente documento.

8. VALUTAZIONE DEL PROGETTO

La valutazione complessiva del progetto Contraddiction è qui esposta in funzione di due prospettive: quella della coerenza con gli obiettivi iniziali e quella di una lettura dei dati statistici relativi alle caratteristiche dei pazienti e dei percorsi di cura da loro seguiti. Tale valutazione include un approfondimento della valutazione sull'efficacia clinica dell'intervento finalizzata a rispondere ad alcuni quesiti così schematizzabili:

- quali variabili possono essere considerate predittive di un buon esito dell'intervento?
- quali tipologie di pazienti hanno tratto maggior beneficio dall'intervento?
- quali dimensioni individuali hanno tratto maggior beneficio dall'intervento

8.1 Il raggiungimento degli obiettivi

OBIETTIVO 1: Elaborare strategie efficaci per intercettare l'utenza e pubblicizzare il servizio, utilizzando diversi canali mediatici, diffondendo il progetto nei luoghi di lavoro e agevolando il recepimento di domande indirette (medici, questure, pronto soccorso).

La diffusione del progetto aveva prodotto buoni risultati già nella prima annualità, grazie ad un lavoro capillare di diffusione dell'iniziativa presso i servizi sociosanitari pubblici e privati del territorio, effettuata sia attraverso materiale cartaceo (brochure e cartoline), sia attraverso internet (mailing-list, newsletters, portali e siti di settore, pubblicazioni on-line, ecc.). Un impulso notevole, seppure non decisivo, è venuto dalla sovrapposizione delle prime fasi del progetto con un periodo di forte attenzione dei media al tema "cocaina", conseguente ad eventi di cronaca in cui sono stati coinvolti personaggi dello spettacolo e del jet-set. Questa coincidenza ha fatto sì che molti giornalisti si rivolgessero a noi per approfondire gli aspetti legati a questa tipologia di consumo e alle risposte disponibili sul territorio, offrendo una promozione indiretta e involontaria al progetto stesso. In questa fase, un'importante funzione di collegamento è stata svolta anche dalle Linea Verde Droga che ha raccolto numerose richieste di informazioni e aiuto, selezionandole in funzione del target specifico del nostro progetto. Questa elevata visibilità iniziale ha dato impulso ad un meccanismo esponenziale e progressivo, anche basato sul semplice 'passaparola', che ha garantito al progetto un afflusso costante di domande, tanto che la casistica prevista è stata raggiunta con quasi un anno di anticipo rispetto alle attese, a conferma di una domanda emergente che prescinde dalle capacità di promozione dei servizi, ma non dalla specificità qualitativa della loro offerta.

OBIETTIVO 2: Sperimentare moduli flessibili ed individualizzati di trattamento destinati alla presa in carico di soggetti che manifestano consumi problematici di cocaina, privi di evidenti compromissioni sul piano sociale e lavorativo.

Questo obiettivo è sicuramente quello più significativo dell'intero progetto, rappresentandone la finalità principale e assumendo una posizione di centralità rispetto alla quale gli altri obiettivi possono essere considerati accessori o propedeutici. In questo senso possiamo dire di aver raggiunto dei risultati assolutamente soddisfacenti, sia in termini di definizione di un protocollo terapeutico integrato e multidisciplinare, sia in termini di rispetto di una metodologia sperimentale che permettesse la replicabilità e la verifica allargata del modello adottato. Si è infatti consolidato un gruppo di lavoro composto da psicologi, psicoterapeuti, medici e terapeuti espressivi che, grazie ad una supervisione esperta e qualificata, hanno definito in modo dettagliato le procedure e i tempi dell'accoglienza, della valutazione psicodiagnostica, del trattamento e della dimissione di pazienti che presentavano forme di abuso e caratteristiche personali assolutamente peculiari. L'adozione di un protocollo definito, di procedure cliniche condivise e di strumenti diagnostici standardizzati sono state le componenti necessarie a garantire l'esportabilità del modello e la possibilità, da parte dei tecnici, dei committenti e dei pazienti stessi, di verificare l'efficacia e l'efficienza del modello proposto. E' importante considerare, inoltre, che sono stati coinvolti nel progetto professionisti con formazioni e approcci terapeutici differenti, elemento che ha contribuito alla ricchezza di prospettive e competenze disponibili, ma che ha richiesto un minuzioso lavoro preparatorio di confronto e discussione. Con riferimento alla flessibilità dei moduli, riteniamo utile, infine, una precisazione: ciascun programma è sempre stato "disegnato" sui bisogni del singolo paziente e con lui concordato relativamente alle offerte terapeutiche cui accedere. E' importante tuttavia sottolineare che le limitate risorse del progetto hanno talvolta reso necessario il ricorso ad offerte esterne, per esempio quelle di percorsi residenziali per situazioni cliniche la cui gravosità non era gestibile unicamente con gli strumenti da noi predisposti. Facciamo un breve riferimento a questo aspetto poiché il posizionamento del programma qui descritto nella rete cittadina dei servizi per le dipendenze è, come avremo modo di argomentare in seguito, uno degli aspetti più delicati nell'analisi della sua sostenibilità futura.

OBIETTIVO 3: Offrire un servizio di aggiornamento e consulenza destinato a professionisti e organizzazioni dell'area sociosanitaria che possono intercettare le domande di questa categoria di consumatori.

La buona pubblicizzazione iniziale del progetto *Contraddiction* non ha garantito solo un buon afflusso di pazienti e di domande di intervento, ma ha anche fornito una sua discreta visibilità presso istituzioni pubbliche e private. Tale visibilità è stata poi rafforzata dalla diffusione dei Report Intermedi attraverso i quali è stato fatto conoscere il protocollo terapeutico e sono stati condivisi i primi risultati. Riteniamo quindi una logica conseguenza di questi passaggi i numerosi inviti ricevuti per la partecipazione a seminari e convegni sul tema del trattamento degli abusi di cocaina, così come le giornate formative realizzate presso alcuni servizi del privato sociale, comunità terapeutiche e scuole di psicoterapia. La possibilità di agire in rete con altre agenzie di settore è stata per noi estremamente rilevante, poiché i consumi di cocaina rappresentano un'emergenza che solo ora inizia ad essere indagata in maniera sistematica ed il collegamento tra esperienze diverse può essere molto proficuo sul piano scientifico. Lunghi dal pensare che tale problema sia unidimensionale e che il nostro modello sia l'unico proponibile, fin dall'inizio del progetto abbiamo auspicato che fosse possibile allargare la dimensione del confronto e utilizzare strumenti di verifica comuni. Questa condizione ha garantito un approfondimento degli aspetti psicodiagnostici e clinici da considerare nel trattare una problematica estremamente sfaccettata e complessa, aumentando il numero dei casi seguiti e ampliando il numero di variabili indagate. In questa direzione il limite è rappresentato dalle poche occasioni di scambio con il servizio pubblico che, a differenza dei privati, ha raramente chiesto un supporto in termini di formazione, consulenza o integrazione terapeutica. Se dobbiamo quindi rilevare un elemento di criticità su questo obiettivo, esso è da rintracciarsi nella relativa impermeabilità delle istituzioni pubbliche di settore a recepire un'opportunità di collaborazione che, se per queste poteva essere semplicemente utile, per il nostro progetto rivestiva una funzione centrale.

OBIETTIVO 4: Offrire un servizio di orientamento rivolto ai cittadini che entrano, più o meno direttamente, a contatto con le suddette problematiche.

Tutte le domande ricevute dal Centro, pur partendo talvolta da una generica richiesta di informazioni, si sono rapidamente tradotte in domande di intervento diretto a cui, spesso, il nostro programma non poteva far fronte. A prescindere dai criteri di esclusione inizialmente fissati per tutelare la dimensione sperimentale del progetto, ma anche per mantenere una coerenza tra risorse disponibili e possibilità di aiuto, bisogna considerare che i consumatori di cocaina non appartengono ad un'unica, monolitica, categoria. Siamo entrati in contatto con situazioni fortemente differenziate per tipologia di consumo, per appartenenza socio-demografica, per caratteristiche personali, per sintomatologia, per qualità/quantità di risorse attivabili, per grado di compromissione psico-relazionale. Consapevoli che queste variabili sono indispensabili per un inquadramento nosografico corretto e per la definizione di piani terapeutici potenzialmente efficaci, avevamo da subito fissato alcune caratteristiche che definissero la tipologia di pazienti per la quale l'intervento da noi progettato potesse essere utile, ma avevamo anche immaginato un servizio di accoglienza delle domande privo di filtri e con funzioni di orientamento per i pazienti non inseribili nel programma. Questo servizio ha mostrato la frammentazione della rete cittadina dei servizi nell'approntare risposte adeguate per tipologie di consumatori "non-tradizionali". La conseguenza è che, nel pubblico e nel privato, a livello ambulatoriale e residenziale, è difficile rintracciare offerte specialistiche appetibili per consumatori che, essendo solitamente restii a considerare problematica la loro condizione, sono difficilmente intercettabili e necessitano di forme di aggancio forti e ben strutturate. Questo è un problema complessivo che va oltre le competenze del nostro progetto, ma che ne ha limitato i margini operativi, riducendo talvolta la possibilità di ricorrere a gestioni terapeutiche continuative e rendendo l'orientamento un processo spesso generico e non monitorabile. Abbiamo provato a condividere questa difficoltà presso i coordinamenti e i direttivi competenti, ma non sembra che queste segnalazioni abbiano sortito l'effetto sperato; anzi, l'impressione è che progetti analoghi recentemente attivati a livello cittadino continuino a far riferimento e a sperare nel supporto di una rete che, almeno nel trattamento dei consumi di cocaina, mostra fragilità e discontinuità evidenti.

OBIETTIVO 5: Valutare, sul piano clinico, l'efficacia dei moduli trattamentali sperimentati.

La valutabilità dell'efficacia clinica dei moduli terapeutici da noi predisposti è, come già anticipato, uno dei punti di forza del progetto *Contraddiction* e l'essenza della sua dimensione sperimentale. L'adozione di protocolli operativi definiti, seppur modulabili e declinabili sulle esigenze di ciascun paziente, l'attenzione al processo psicodiagnostico iniziale e l'utilizzo di strumenti standardizzati per l'indagine di follow-up, sono elementi che garantiscono le condizioni per una valutazione interna ed esterna del progetto, al di là del raggiungimento degli obiettivi prefissati. Spesso, infatti, ci si limita a perseguire una coerenza interna che giustifichi il proprio operato di fronte alla committenza, ma vengono ignorati i criteri necessari affinché il lavoro svolto sia utilizzabile da altri terapeuti e valutabile dalla comunità scientifica allargata. Anche la ricaduta locale di un intervento terapeutico è vincolata al suo grado di leggibilità esterna, elemento che permette il collegamento con esperienze analoghe e, soprattutto, garantisce sia ai destinatari finali la possibilità di misurarne l'efficacia, sia ai politici, di misurarne l'efficienza. Il rispetto di queste condizioni è stato da noi subito considerato un pre-requisito fondamentale perché il progetto potesse essere esportabile, sostenibile, ed eventualmente implementabile. Aver intercettato settanta pazienti, ottenendo buoni risultati con una significativa percentuale di loro, non era quindi per noi una condizione sufficiente a colmare quella lacuna conoscitiva che ancora caratterizza i consumi di cocaina e i relativi trattamenti. Sono stati così affiancati ai tradizionali dispositivi di lettura clinica, strumenti standardizzati che indagassero i soggetti in carico dal punto di vista socio-demografico, di funzionamento complessivo (EuropASI), psicopatologico (SCID), motivazionale (MAC) e sintomatologico (SCL-90). Parallelamente è stato realizzato un monitoraggio costante delle prestazioni ricevute da ogni singolo paziente, in modo da ottenere incroci potenzialmente significativi in termini di coerenza tra domanda ed offerta. Vorremmo qui sottolineare come questo lavoro di valutazione in itinere abbia richiesto un impegno notevole sia da parte dei terapeuti, solitamente restii a quantificare interventi che si giocano sulle dimensioni qualitative del rapporto, sia da parte di quelle figure intermedie (tutor, psicologi e coordinatori) che hanno svolto funzioni

apparentemente accessorie, ma, in realtà, assolutamente indispensabili alla tenuta della dimensione sperimentale del progetto.

8.2. I dati di attività:

I dati di seguito riportati si riferiscono al periodo dal 15 Marzo 2005, data di apertura del Centro, al 1 Febbraio 2008, data in cui si è chiusa la raccolta dati utilizzati per il presente Report. Il periodo di riferimento copre, quindi, poco meno di 3 anni di apertura del Centro e non considera il follow-up attualmente in corso, i cui dati saranno disponibili nella primavera 2009.

A) Programma Contraddiction

Le persone che hanno contattato il Centro sono state complessivamente 87 e, di queste, 71, hanno avviato il percorso entrando nella fase di Accoglienza. Durante questa fase è avvenuto uno screening intermedio dei pazienti (un primo filtro veniva già effettuato telefonicamente sia dalla Linea Verde Droga, sia dalla psicologa responsabile del primo contatto con l'utenza). Dei 71 pazienti che hanno realizzato i tre/quattro colloqui di Accoglienza, 8 non hanno aderito al programma proposto, perché ritenuto o troppo impegnativo o poco consono alle proprie necessità, mentre 11 sono stati valutati dai terapeuti non idonei ad affrontare il programma stesso. Le motivazioni che hanno determinato tale scelte dei terapeuti sono state molteplici, ma in generale vanno rintracciate nella presenza di qualche criterio di esclusione, quale la gravità della sintomatologia e/o la significativa presenza di altri consumi problematici. A tutte queste 11 persone sono stati proposti percorsi alternativi (SerT, NOA, Comunità Terapeutiche o CPS) finalizzati alla disintossicazione da oppiacei/alcol o alla compensazione della sintomatologia psichiatrica. Rispetto a questi percorsi, terapeuti e psicologi del Centro hanno garantito un funzione di appoggio e accompagnamento, nonché la disponibilità ad affrontare le problematiche correlate al consumo di cocaina una volta risolti i disturbi considerati primari. In alcuni casi sono stati così realizzati dei percorsi misti, cogestiti dai terapeuti del centro e da altri professionisti/servizi del territorio, ma non entrati nella valutazione complessiva perché non pienamente rispondenti alla scansione degli interventi prevista dalla sperimentazione⁶. I pazienti complessivamente entrati nel Programma Contraddiction sono stati quindi 52, di cui 33 hanno concluso il percorso, 9 lo hanno abbandonato e 10 lo hanno interrotto concordando, o comunque comunicando al terapeuta, tempi e cause dell'uscita. Circa il 63% dei pazienti entrati nel programma lo ha quindi concluso e crediamo che questo sia un dato significativo, pur tenendo conto della forte selezione preliminare del campione e della durata relativamente breve del programma (6 mesi). Alcuni dati sull'efficacia del programma verranno proposti più avanti, mentre altri emergeranno dal follow-up attualmente in corso⁷, ma si può sottolineare fin d'ora come la letteratura consideri la ritenzione in trattamento un rilevante indicatore di efficacia, talvolta addirittura più significativo rispetto ad indicatori di esito poco esplicitati o poco condivisi dalla comunità scientifica.

Dati complessivi	N
Contatti	87
Ingressi in Accoglienza	71
Non adesioni	8
No target (percorsi alternativi o misti)	11
Programma Contraddiction	52
Abbandoni	9
Interruzioni	10
Conclusioni	33

⁶ Per questo motivo possono esserci scostamenti rispetto ai dati forniti nei precedenti Report dove erano considerati tutti i pazienti a prescindere dal fatto che avessero intrapreso integralmente o solo in parte il Programma;

⁷ Nel follow-up stiamo analizzando la persistenza dei risultati raggiunti a 6 mesi dal termine del programma, il numero di pazienti che hanno intrapreso un ulteriore percorso di cura e i relativi esiti;

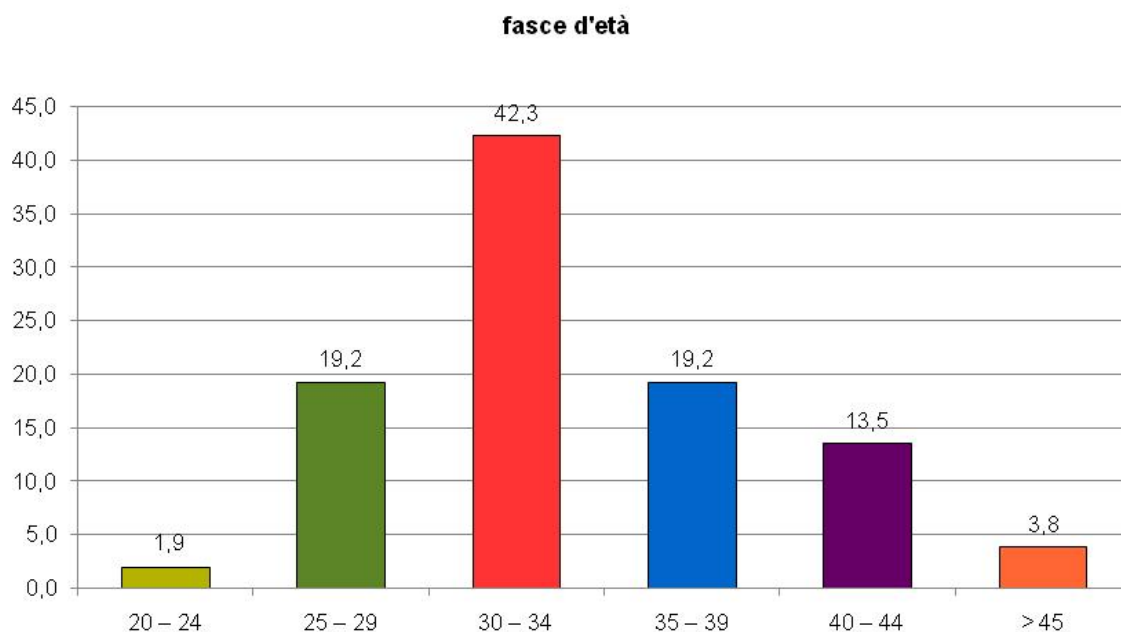
Dal punto di vista terapeutico l'asse portante dell'intervento è stata rappresentato dai colloqui di psicoterapia individuale, che vengono affiancati da altri interventi, con varie combinazioni, circa nella metà dei casi; la psicoterapia familiare e quella di gruppo sono state attivate nel 20% dei casi ciascuna, mentre le attività corporee (yoga) sono state attivate nel 10% dei casi. Altrettanto significative sono state le "funzioni progettuali intermedie" (non registrate) svolte dal medico e dagli psicologi che, immaginate inizialmente solo per la fase di accoglienza, si sono invece dimostrate preziose durante lo svolgimento di molti programmi, assolvendo la funzione di case-manager.

Moduli	N	%
Psicoterapia Individuale	27	51,9
Psicoterapia individuale/familiare	9	17,3
Psicoterapia individuale e di gruppo	8	15,4
Psicoterapia individuale e yoga	4	7,7
Psicoterapia ind./famil/di gruppo	2	3,8
Psicoterapia ind./di gruppo/yoga	2	3,8

B) Pazienti

Il gruppo di pazienti che si sono rivolti al Centro Contraddiction, pur presentando al proprio interno differenze significative rispetto ai diversi indicatori considerati, se confrontato con l'utenza inserita nelle nostre Comunità Terapeutiche, si caratterizza per una scolarità superiore, una situazione giuridica e sanitaria meno compromessa, una maggiore stabilità lavorativa e un'autonomia economica ed abitativa più marcata. Questa riflessione non esclude per noi la necessità di approfondire il dettaglio su possibili ulteriori categorizzazioni sociodemografiche e diagnostiche, ma inizia a porre dei criteri di differenziazione all'interno di una massa spesso indiscriminata di consumatori.

B1) Dati sociodemografici



Genere	N	%
M	46	88,5
F	6	11,5

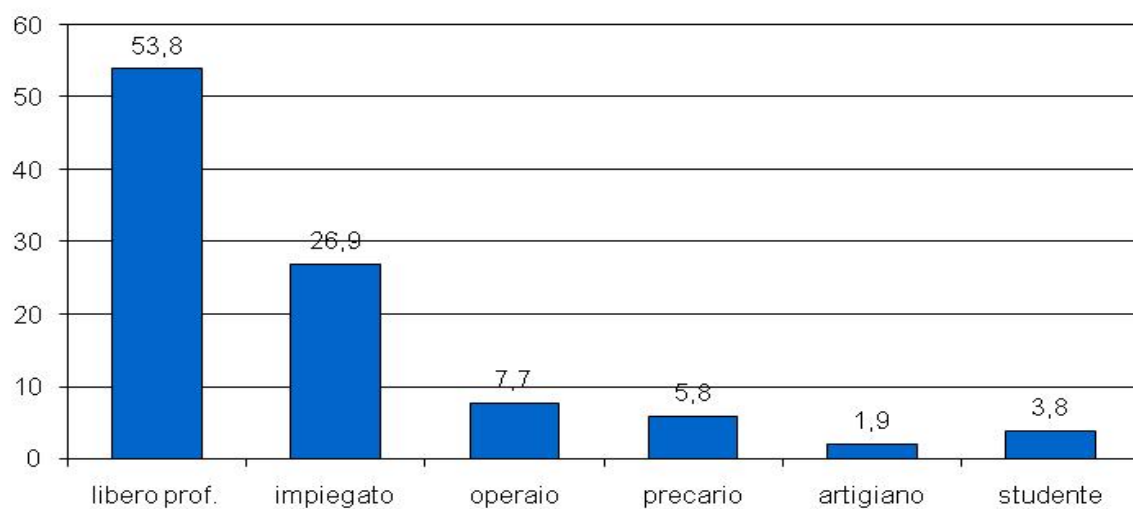
Stato civile	N	%
Libero	33	63,5
Coniugato	10	19,2
Separato/divorz	9	17,3

Figli	N	%
no	37	71,2
si	15	28,8

Situazione abitativa	N	%
Da solo	19	36,5
Convivente	13	25,0
Famiglia origine	13	25,0
Famiglia attuale	7	13,5

Istruzione	N	%
Media inf	16	30,8
Media sup	31	59,6
Laurea	5	9,6

ultima professione



B2) Situazione giudiziaria e sanitaria

Procedimenti penali in corso	N	%
No	52	100
Si	0	0

Precedenti penali	N	%
No	48	92,3
Si	4	7,7

Epatite (A, B, C)	N	%
Negativo	37	71,1
Positivo	5	9,6
Non sa	10	19,3

HIV positivo/negativo	N	%
Positivo	0	0
Negativo	27	51,9
Non sa	25	48,1

Altre patologie sanitarie rilevanti correlate all'uso di sostanze	N	%
No	42	80,8
Si	4	7,7
Non sa	6	11,5

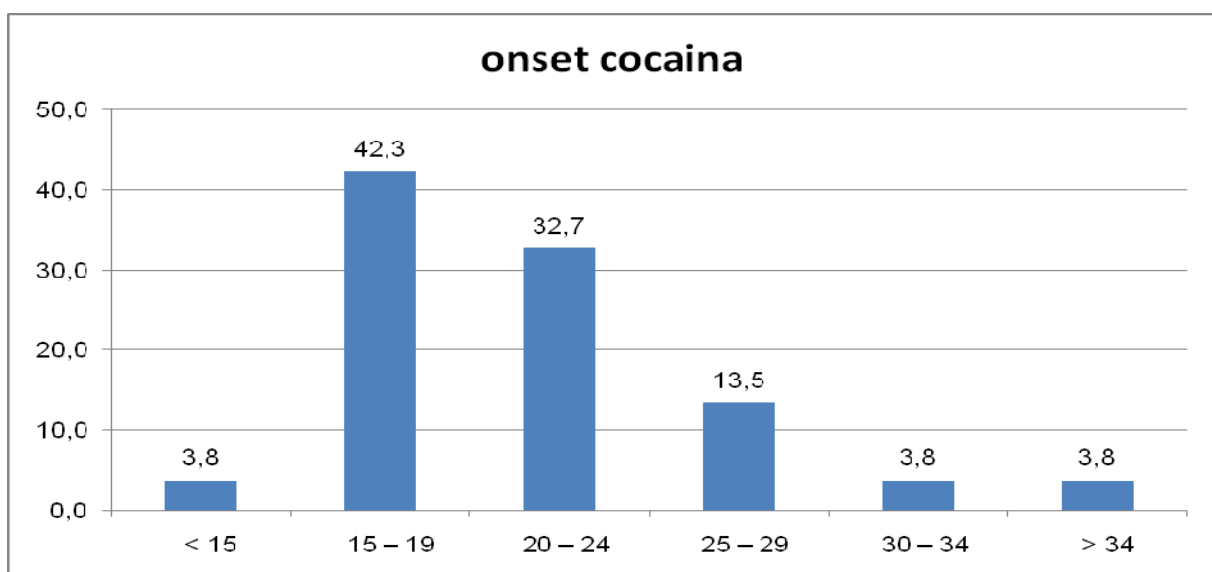
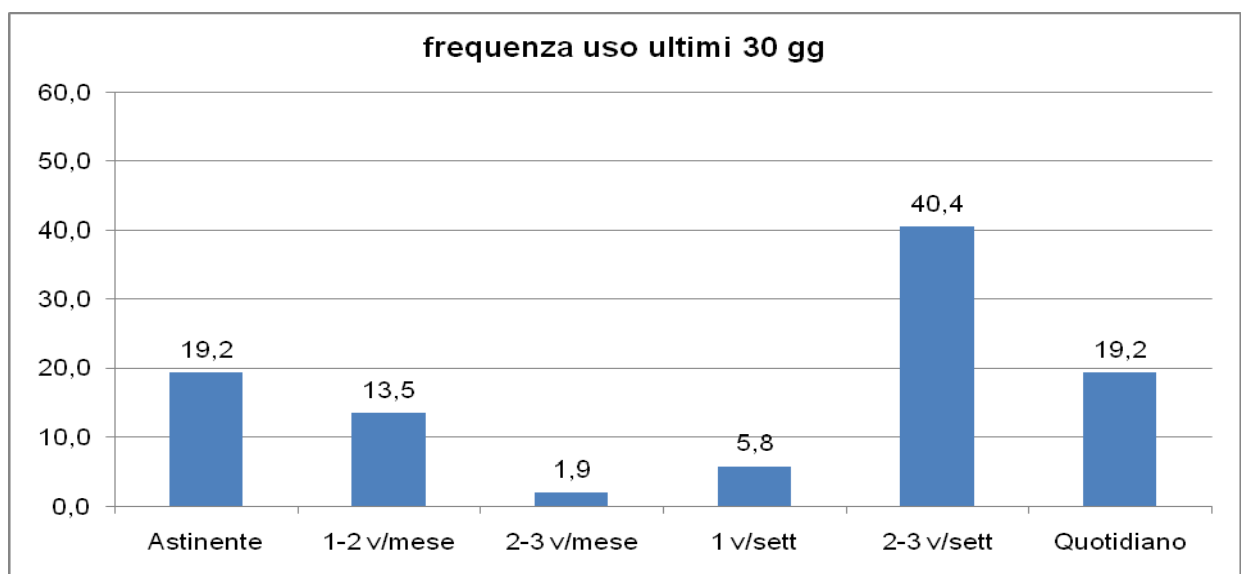
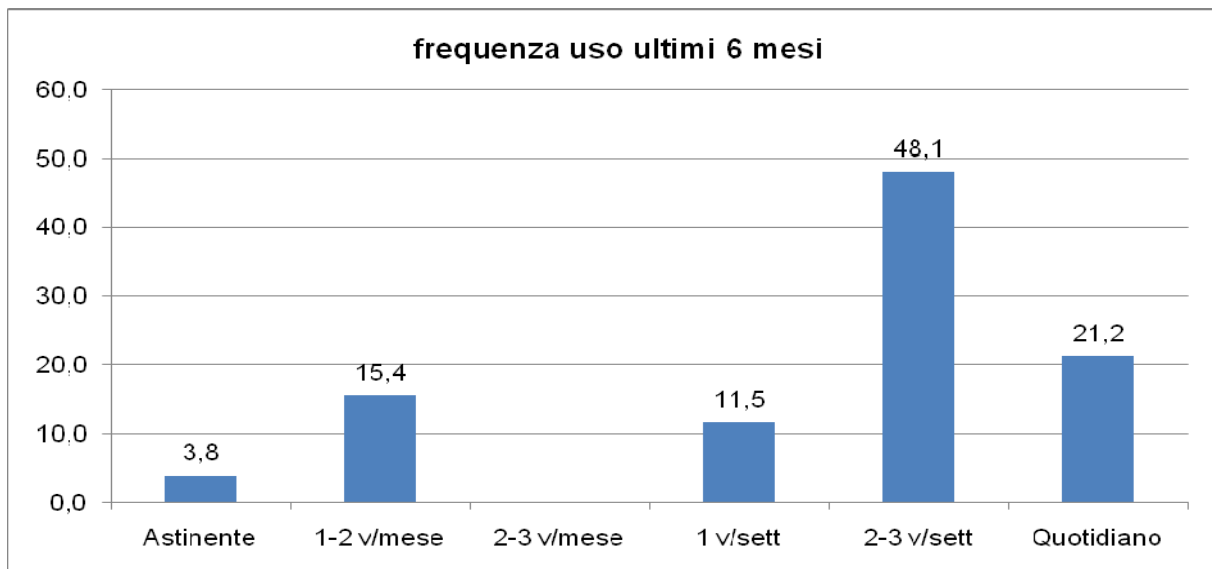
B3) Consumi

Se le dimensioni sociodemografiche e sanitarie evidenziano più elementi che accomunano i pazienti rispetto a quelli che li distinguono, sulle caratteristiche del consumo si assiste ad una forte diversificazione che testimonia gradi molto differenti di coinvolgimento con la sostanza primaria (per tutti la cocaina), con quelle secondarie e con l'alcol. Per quanto lo sniffing di cocaina sia nettamente prevalente rispetto ad un suo uso basale, la frequenza d'uso e le quantità consumata, questa inferita dalla spesa sostenuta, differiscono notevolmente da paziente a paziente.

Modalità assunzione	N	%
Sniffing	45	86,5
Sniffing/ Basale	7	13,5

Comportamento iniettivo nella vita	N	%
No	51	98,1
Si	1	1,9

Comportamento iniettivo ultimi 30gg	N	%
No	51	98,1
Si	1	1,9



Poliassunzione	N	%
Nessuna	20	38,5
Cannabinoidi	21	40,4
Alcol	2	3,8
Più sostanze	9	17,3

Sostanze secondarie; dettaglio	N
Solo cannabinoidi	21
Solo alcol	2
Cannabinoidi + alcol	3
Cannabinoidi + amfetaminici	1
Cannabinoidi + psicofarmaci	1
Cannabinoidi + amfetaminici + alcol	1
Cannabinoidi + amfetaminici + alcol + allucin	2

Trattamenti pregressi per DUS	N	%
Sì	23	44,2
No	29	55,8

Tipologia trattamenti per DUS	N	%
Psicoterapia	13	56,5
Sostegno psicologico	5	21,7
Farmacoterapia	1	4,4
Psicoterapia + Farmacoterapia	4	17,4

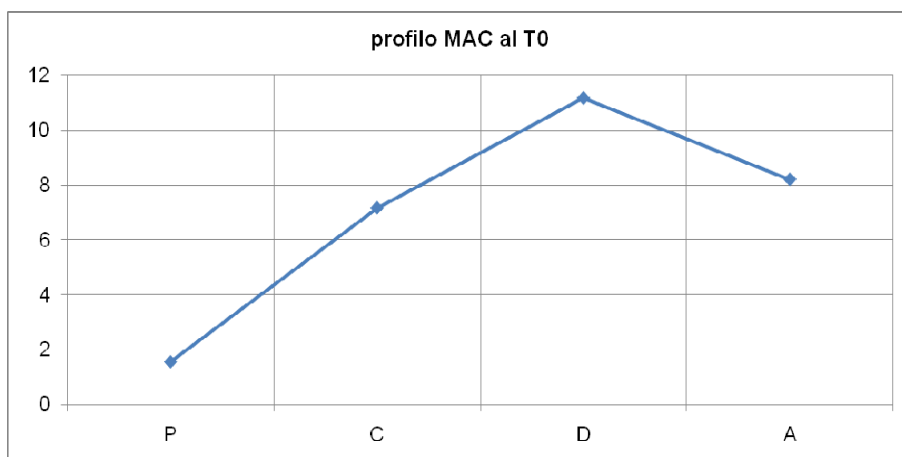
Trattamenti farmacologici alla presa in carico	N	%
Sì	6	11,5
No	46	88,5

B4) Diagnosi

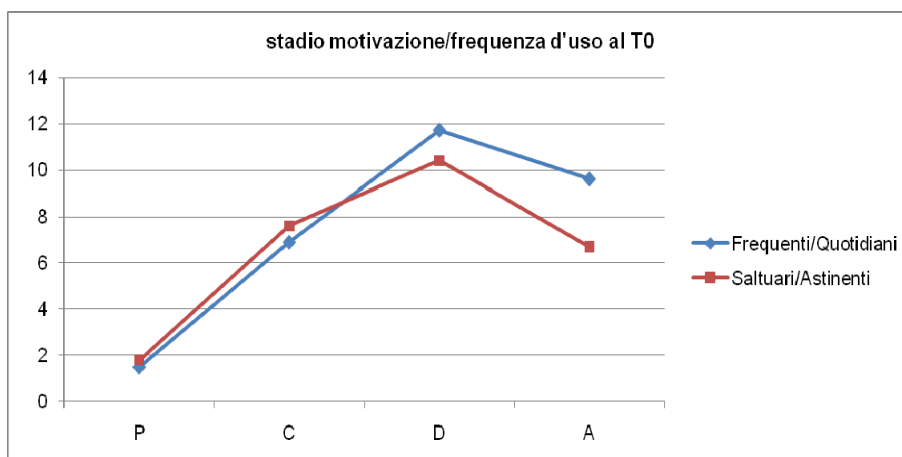
Diagnosi DSM-IV R	N	%
Nessun disturbo	33	63,5
Asse I	4	7,7
Asse II	7	13,5
Asse I e II	8	15,3

Diagnosi DSM-IV R prevalente	
Asse I	
	N
Dist. d'ansia generalizzato	3
Dist.depressivo maggiore	3
Episodio depressivo maggiore	3
Dist. bipolare	2
Dist.psicotico indotto	1
Asse II	
	N
Dist. borderline	8
Dist. antisociale	4
Disturbo ossessivo-compulsivo	2
Dist.paranoido	1

Indici di gravità ASI al T0	μ
Area Relazionale	4,78
Area Lavoro	2,23
Area Legale	0,63
Area Medica	1,65
Area Sostanze	6,35
Area Alcol	2,86
Area Psicica	4,00



Indici della motivazione ⁸ al T0	μ
R	53,2
S	14,1
F	18,7



⁸ R: Disponibilità al cambiamento; S: Autoefficacia; F: Frattura interiore

8. CONCLUSIONI:

Da quanto fin qui esposto, credo si possa evincere la soddisfazione, condivisa dal gruppo, per il lavoro svolto in termini di costruzione ed applicazione di un protocollo terapeutico che, oltre a rispettare la dimensione sperimentale, mostra un buon grado di efficacia ed efficienza.

E' opportuno però ritornare alle finalità cliniche di questo intervento per misurare questa soddisfazione rispetto al criterio di sostenibilità sopra introdotto e andare oltre ad una valutazione basata unicamente sul raggiungimento degli obiettivi interni del progetto. Il protocollo da noi proposto si basa, infatti, su moduli terapeutici la cui combinazione va a definire percorsi individualizzati di durata semestrale; possono esserci estensioni temporali legate alla partecipazione dei pazienti a gruppi psicoterapici focalizzati o a terapie psico-corporee, ma il modulo principale è rappresentato da un percorso psicoterapeutico individuale che, dati i tempi concessi dalle risorse disponibili, non di rado deve limitarsi alla dimensione motivazionale. In sintesi, quindi, il contatto e la relazione con il paziente e il rafforzamento della sua motivazione al cambiamento costituiscono la finalità principale di percorsi psicoterapeutici per i quali la riduzione o l'astensione dall'uso rappresentano indubbiamente dei buoni risultati, che però andrebbero sostenuti nel tempo. Così anche la riduzione dei sintomi associati al consumo o il lavoro sulla prevenzione delle ricadute possono solo essere considerati passaggi intermedi rispetto ad un percorso che, salvo casi di gravità limitata, può dare risultati permanenti solo nel medio periodo. Paradossalmente, quindi, è proprio l'efficacia dell'intervento a mettere in discussione l'intervento stesso, nel momento in cui porta i pazienti a interiorizzare una domanda di aiuto cui il progetto non è in grado di rispondere, se non facendo ricorso a risorse esterne. Quali siano queste risorse è l'aspetto più delicato che ci siamo trovati a fronteggiare: il rapporto tra risorse disponibili e offerte terapeutiche proponibili ci era chiaro fin dall'inizio, ma il nostro intervento doveva connotarsi quale integrazione dei percorsi complessivi offerti dal servizio pubblico e, in particolare, dai Ser.T.. Questa integrazione non si è mai pienamente realizzata e i pochi casi segnalatici dai SerT si sono configurati più come invii che come cogestioni, collaborazioni o richieste di consulenza. Negli ultimi anni, inoltre, il servizio pubblico cittadino ha realizzato solo parzialmente, sicuramente per mancanza di risorse più che di volontà, quegli interventi specialistici per le nuove forme di abuso, invocate dagli stessi responsabili in sede dipartimentale. Dalla nostra prospettiva ci troviamo, quindi, con pazienti che, terminato con successo il percorso di trattamento semestrale, chiedono di poterlo proseguire o, quantomeno, di poter far ricorso ad un sostegno senza il quale rischiano di vedere svanire i risultati fin lì ottenuti. Per quanto in alcune situazioni i terapeuti provino a prorogare le dimissioni dei pazienti, le risorse non permettono significativi margini di manovra e non resta che effettuare generici invii al servizio pubblico, opzione raramente presa in considerazione dai pazienti, o a terapeuti privati. A prescindere dalle implicazioni cliniche di questi invii, spesso vissuti come abbandoni, il vincolo economico priva il programma della possibilità di monitorare sul lungo periodo l'evoluzione dei casi e il mantenimento dei risultati raggiunti.

La soluzione di questo problema esula dalle responsabilità del progetto in senso stretto, ma investe in modo diretto il sistema cittadino dei servizi per le dipendenze, cui il progetto vuole rimanere agganciato scartando, allo stato attuale, un'ipotesi privatistica non in linea con le nostre posizioni. Ci permettiamo, quindi, di indicare una strada che, a nostro avviso, appare come la più realistica e sostenibile tra quelle possibili, considerando sia la carenza complessiva di risorse in cui si dibatte da anni il servizio pubblico, sia la tipologia di pazienti intercettati. La proposta è, in sintesi, quella di una compartecipazione alla spesa, progressiva e basata sul reddito, da parte di pazienti che, nella maggior parte dei casi, sono disponibili a sostenere i costi per il trattamento di una dipendenza che, oltre ad essere più invalidante di quanto possa inizialmente apparire, è assolutamente onerosa da mantenere. Tale criterio di compartecipazione alla spesa è adottato in molti ambiti sanitari, psichiatria compresa, e non considerarlo per il settore delle dipendenze patologiche, almeno per i casi di evidente non indigenza, ci appare più il retaggio di un'anacronistica lettura del fenomeno "droga", che un convincimento orientato al benessere della cittadinanza.

ALLEGATI

1. Il modello di psicoterapia individuale

Dott. Henry Pinamonti

La psicoterapia psicodinamica individuale proposta in questo progetto è stata costruita e modulata per rispondere ai bisogni ed alle caratteristiche psicopatologiche dei pazienti cocainomani e rappresenta uno degli elementi portanti della presa in carico multipla.

Si può riassumere la sua peculiarità attraverso i seguenti elementi distintivi descritti di seguito.

1.1 Setting

E' una forma di psicoterapia a termine, della durata di 6 mesi e con frequenza settimanale delle sedute. In questa forma di psicoterapia individuale la durata dell'intervento è definita in 6 mesi e la frequenza delle sedute non è intensiva poiché generalmente avviene un incontro alla settimana. Il processo è scandito in tre fasi: quella iniziale della definizione del contratto terapeutico, quella centrale dedicata al lavoro sugli obiettivi concordati e la fase finale orientata all'elaborazione della separazione o all'individuazione di un successivo percorso terapeutico. Questi elementi del setting si mostrano funzionali allo sviluppo del processo terapeutico con il paziente cocainomane perché sono in sintonia con il suo bisogno di non sentirsi eccessivamente coinvolto, almeno inizialmente, in una dimensione relazionale duale che diversamente lo farebbe sentire minacciato a causa della sua propensione a stabilire una relazione transferale di tipo materno-simbiotico.

1.2 Obiettivi

Questa forma di psicoterapia pone l'enfasi sul raggiungimento di alcuni obiettivi specifici concordati con il paziente nella fase iniziale del contratto terapeutico. Delimita quindi necessariamente la portata dell'intervento ma permette d'altra parte di sostenere il suo sentimento di autoefficacia ed autostima nel momento in cui percepisce un proprio cambiamento. Lo psicoterapeuta infatti fa in modo che gli obiettivi concordati siano non solo chiari ma anche realistici rispetto alle risorse del paziente e all'arco di tempo a disposizione. Questo aspetto permette di delimitare l'area dell'onnipotenza infantile ed è una condizione necessaria non solo all'avvio ma anche al mantenimento del processo terapeutico; vi sarebbero infatti eccessivi sentimenti svalutativi e distruttivi da parte del paziente se fossero deluse forti aspettative magico-onnipotenti proiettate sul terapeuta e rafforzate da obiettivi troppo elevati.

1.3 Motivazione

La finalità di questa forma di psicoterapia individuale è orientata alla modificazione della domanda e si propone di aumentare la consapevolezza del paziente verso le proprie aree di fragilità per ottenere un rafforzamento del Sé. Il percorso individuale di sei mesi è pensato idealmente come parte di un eventuale successivo percorso più ampio legato alla possibilità che il paziente possa riprendere il processo evolutivo di realizzazione della propria identità soggettiva (Sé). In questo senso l'approccio psicodinamico permette di affermare che questo intervento si occupa dell'area pre-edipica del deficit narcisistico e che si prefigge un rafforzamento della struttura soggettiva di base per preparare il paziente ad un momento successivo in cui possa sostenere il confronto con l'area del conflitto generazionale, legato alla scena edipica.

1.4 Focus

Il processo terapeutico è sostenuto dagli interventi mirati dello psicoterapeuta su alcuni focus specifici attinenti agli elementi psicopatologici caratteristici del paziente cocainomane: la scarsa capacità di prendersi cura di sé, la bassa autostima, la modalità onnipotente di approccio alla realtà, le difese ipomaniacali e le difese relazionali nei confronti delle emozioni e dell'angoscia di

separazione. Gli argomenti proposti dal paziente e richiamati dagli obiettivi comuni concordati inizialmente portano nelle sedute molto materiale che richiede di essere affrontato; lo psicoterapeuta costruisce i suoi interventi orientando la sua attenzione ed operando una selezione del discorso e questo gli permette di trattare alcuni dei focus sopra menzionati, in relazione alle caratteristiche individuali di ogni singolo paziente.

La scarsa capacità di prendersi cura di sé

L'approccio psicodinamico adottato in questa forma di psicoterapia non considera che la scarsa capacità di prendersi cura di sé sia espressione di una pulsione autodistruttiva, piuttosto concepisce le condotte autodistruttive, tra cui la stessa assunzione di cocaina, come conseguenza di un difetto del Sé legato alla scarsa interiorizzazione delle funzioni di cura genitoriali.

La bassa autostima

Lo psicoterapeuta accompagna il paziente ad avere consapevolezza di quanto la sua bassa autostima lo porti a dipendere dall'altro per poterla modulare e a fare maggiore affidamento alle proprie risorse ed al dialogo interno per essere più autonomo.

Le difese ipomaniacali e narcisistiche

All'interno del processo terapeutico il riconoscimento da parte del paziente delle difese ipomaniacali e narcisistiche e la comprensione della loro funzione è un elemento molto delicato: infatti se il fragile Sé non è sufficientemente sostenuto e gli interventi sono prematuri o inappropriati, il terapeuta rischia di esporre pericolosamente il paziente proprio a quei contenuti temuti da cui egli si difende. Per la sua sensibilità, potrebbe sentirsi attaccato e non compreso e come conseguenza il paziente potrebbe interrompere la psicoterapia, oppure subire un pericoloso crollo narcisistico. In questo approccio lo psicoterapeuta individuale, che si misura con il proprio controtransfert, talvolta difficile da gestire, non mette in crisi queste difese attraverso una confrontazione troppo diretta e prematura ma procede ad un loro graduale riconoscimento; e questo a partire dal momento in cui parallelamente si stabilizza una dimensione affettiva nella relazione transferale idealizzata, sia individuale che all'interno del contesto della presa in carico multipla.

Le difese relazionali

Le difese relazionali sono un focus, complementare al precedente, su cui si concentra l'attenzione dello psicoterapeuta individuale. Con questo termine si intendono i comportamenti ripetitivi legati ad una modalità difensiva di fuga o controllo della relazione, per la difficoltà di tollerare e modulare le emozioni contenute nella dimensione affettiva. Lo psicoterapeuta propone interventi di chiarificazione su questo aspetto centrale della patologia per iniziare a rendere il paziente più consapevole dell'intensità delle sue richieste e di come si pone all'interno delle relazioni, evidenziando i movimenti di controllo onnipotente o di chiusura difensiva all'interno dei diversi ambiti in cui questi aspetti si presentano.

1.5 Conduzione

Poiché gli elementi caratteristici di questa forma di psicoterapia individuale, che si esplicano attraverso il setting ed i focus affrontati, sono legati all'area pre-edipica del narcisismo, lo psicoterapeuta mantiene una particolare posizione all'interno della relazione terapeutica con il paziente. Gli assunti che stanno alla base della tecnica di conduzione sono legati alla finalità di mettere la relazione terapeutica al posto della sostanza per rafforzare il senso del Sé e favorire una ripresa dell'evoluzione; la modalità di interazione è quindi adattata alle problematiche pre-riflessive del paziente ed è posta molta attenzione non solo ai contenuti delle parole ma anche alla "forma" ed a ciò che le parole veicolano.

2. L'intervento di psicoterapia di gruppo a termine (GRF: Gruppo per la Ripresa delle Funzioni)

Dott.ssa Nicoletta Jacobone

Ribadiamo che fondamento di questa ricerca è che ogni fase dell'intervento abbia un senso terapeutico preciso per il paziente e sia parte di un pensiero e di un progetto complessivi, condivisi dall'equipe, sul percorso che egli dovrà affrontare. L'attività del gruppo di psicoterapia è parte di questo percorso terapeutico e anche ulteriore punto di osservazione di un insieme clinico più vasto che poggia sul concetto di *presa in cura multipla*.

L'intervento di gruppo GRF è un intervento di sostegno al Sé e di ricerca di una certa consapevolezza di sé e delle proprie emozioni. Rispetto ad un intervento psicoterapeutico psicodinamico in senso stretto, esso costituisce un'area *intermedia* che non fornisce interpretazione analitica delle parti inconsce ma intende sviluppare un maggior contatto con il senso di sé e con le emozioni e svolgere connessioni consapevoli tra queste e i comportamenti. Il gruppo GRF (Gruppo per la Ripresa delle Funzioni) rappresenta uno strumento innovativo nell'approccio ad utenti con problemi di dipendenza patologica⁹ e nella sperimentazione clinica si è confermato di grande utilità con questo tipo di pazienti.

E' noto che il 'gruppo' è strumento preferenziale per rendere consapevoli e confrontare stili di relazione e tratti di carattere. Anche per il GRF valgono molti dei fattori terapeutici noti per i gruppi, quali la possibilità di rispecchiamento, che favorisce un aumento delle potenzialità di consapevolezza, la possibilità di ampliare le proprie modalità e il proprio patrimonio relazionale e infine la coesione affettiva. Ma per i soggetti con problemi di dipendenza, per coloro che utilizzano sostanze o che usano il proprio corpo per difendersi dall'eccitamento emotivo incontenibile che deriverebbe da una relazione, occorre predisporre un avvicinamento graduale alla relazione e alle emozioni e la sicurezza che il tempo sia determinato. In un gruppo GRF l'eccitamento relazionale è più mediato rispetto al terapeuta : in esso si può favorire quello 'spazio intermedio' tra interno ed esterno che aiuta il soggetto a rafforzare il Sé.

2.1 Setting

Il GRF è un gruppo supportivo-espressivo che si configura come esperienza di sviluppo e di rinforzo del Sé. Il GRF per i pazienti di questa ricerca ha la durata di 6 mesi, con frequenza settimanale di un'ora, per complessive 25 sedute. Il numero massimo dei partecipanti è di 8. Sono presenti il conduttore, psicoterapeuta di gruppo, e un osservatore partecipante con funzione di recorder. Va, ovviamente, posta grande attenzione alla costruzione del gruppo e allo stile della conduzione.

Per quanto riguarda il primo aspetto, è evidente l'importanza dello stretto contatto tra il tutor, gli operatori e i terapeuti che seguono il medesimo paziente, sia per verificare la condivisione dell'indicazione al gruppo sia per individuare il momento più adatto all'inizio di tale attività, nei limiti -più volte espressi- della brevità del percorso previsto dalla Ricerca. Riguardo al secondo aspetto, va sottolineato che, dato che il paziente dipendente teme di venire assorbito nella relazione è importante che la conduzione contribuisca a formare un clima affettivo che porti a sviluppare quello che si definisce 'il lavoro dei pari' che lo garantisce rispetto al conflitto generazionale.

2.2 Obiettivi

L'esperienza grupppale consente esperienze affettivo-conoscitive riparative ma anche innovative rispetto a quelle patologiche del passato. Nel caso del cocainomane il gruppo può venire efficacemente utilizzato per rafforzare la capacità di 'dare senso' e quindi quel *filtro protettivo* di cui queste persone sono carenti. Il *filtro protettivo* è una funzione del Sé e del preconcio che sa

⁹ (Carlo Zucca Alessandrelli, "GRF: il gruppo per la ripresa delle funzioni" n° 91 e 92, 2001 *Gli Argonauti* Cis editore, Milano)

mediare gli eccessi sia degli impulsi che degli stimoli. Uno degli effetti fondamentali è l'uscita dall'isolamento: attraverso l'esperienza dell'appartenenza e della condivisione, infatti, si fornisce protezione e sostegno al Sé. Dai temi terapeutici specifici, che sono, fondamentalmente, lo sviluppo del senso di Sé e la capacità di riflettere su di sé, deriva che uno degli scopi è la ripresa della funzione fondamentale di avere fiducia nella possibilità di una propria trasformazione evolutiva, poiché un Sé sufficientemente saldo è la base necessaria di un ideale sano.

Dunque, dalla presa in carico multipla al GRF tutto ha a che fare con il gruppo, e questo perché si ritiene che, per i motivi che abbiamo accennato sopra, questi soggetti anzitutto soffrano di solitudine interiore, e quindi di isolamento, che è la situazione personale e sociale più velenosa che si possa vivere. Inoltre, il gruppo opportunamente costruito e condotto permette lo sviluppo del contenitore prospettico essenziale per riprendere il valore dell'ideale e delle possibilità trasformatrici ad esso connesse: la cultura relazionale e il divenire consapevoli, attraverso il riconoscimento sull'*altro* di medesime posizioni, facilitano il processo di individuazione del Sé e della consapevolezza dei tratti di carattere evidenziati dai focus.

2.3 Motivazione

Il paziente che arriva al GRF, in genere, ha già svolto un lavoro sulla propria motivazione con il tutor e il proprio terapeuta. Ma il gruppo stesso costituisce e costruisce un progressivo rinforzo alla motivazione. Qualora, tuttavia, insorgano difficoltà interne al percorso gruppalmente o intervengano eventi esterni significativi o agiti significativi, è la presa in carico multipla, il rapporto stretto tra gli operatori, a trovare i modi più idonei alla ripresa di un trattamento a rischio di interruzione. Il gruppo, inoltre, rinforza molto la motivazione all'astinenza dalla sostanza.

2.4 Focus

Il lavoro terapeutico nel gruppo procede attraverso dei focus tematici (fragilità, vulnerabilità del Sé, tratti di carattere conseguenti) centrati sulle varie forme di caratterialità che assume il narcisismo onnipotente e su quella fragilità narcisistica che prelude alla dipendenza. Le caratteristiche sottolineate nell'allegato sulla psicoterapia individuale (la scarsa capacità di prendersi cura di sé, la bassa autostima, le difese ipomaniacali e narcisistiche, le difese relazionali) valgono, ovviamente, anche per il trattamento in gruppo. In questo caso si tratta di un sistema circolare di interventi sinergici che rafforzano il paziente in una sempre maggior sicurezza in sé e nel percorso intrapreso.

2.5 Conduzione

Il conduttore è attento allo sviluppo e al mantenimento della circolarità delle comunicazioni, evita di fornire interpretazioni (tantomeno giudizi negativi) e mira in ogni momento a rafforzare il lavoro terapeutico tra 'pari'. Egli riprende i commenti reciproci che vanno nella direzione dello sviluppo di sé e degli sforzi di superamento delle posizioni meno mature, perché è molto importante la funzione terapeutica che dà valore alle posizioni psichiche che evolvono. Il terapeuta diviene depositario della 'memoria storica' delle reazioni emotive e dei comportamenti di pazienti e fornisce un modello relazionale innovativo. Un altro elemento di grande importanza è la funzione di attribuzione di significati ai comportamenti e tra questi alle ricadute nell'uso della sostanza.

Il primo gruppo ha avuto inizio nell'ottobre 2005 ed era composto da quattro pazienti. Durante una prima fase del percorso ci sono state 'uscite' concordate (un paziente per problemi di lavoro mentre un altro è stato avviato ad un percorso in una Comunità) e nuovi ingressi, ma sostanzialmente è stato un gruppo cosiddetto 'chiuso', cioè si è concluso per tutti i quattro membri contemporaneamente nel maggio del 2006, dopo le 25 sedute previste. Un secondo gruppo è iniziato subito dopo, con cinque partecipanti; di questi solo un paziente interrompe per problemi di lavoro e prosegue in terapia individuale e familiare. Di questo gruppo, un paziente conclude dopo le 25 sedute previste mentre altri due chiedono di ripetere il modulo semestrale, soddisfatti dei risultati e intenzionati a consolidarli. È un gruppo cosiddetto 'aperto', in cui secondo modalità e tempi condivisi e concordati, entrano altri pazienti ed è tuttora in corso. Tempi condivisi e

concordati in equipe significa attenzione tanto alla situazione psichica delle persone che vanno inserite, quanto a quella del gruppo, in particolare che ci sia un sufficiente tempo di sovrapposizione tra chi finirà e chi è appena entrato per garantire la possibilità della ri-fondazione del 'gruppo'. Tra i secondi ingressi c'è un'unica donna, la prima a partecipare ad uno dei percorsi di gruppo.

3. La terapia familiare

Dott. Renato Sidoti; Dott.ssa Daniela Mischiatti

Il modello della presa in carico multipla del progetto Contraddiction favorisce la possibilità di vedere il paziente cocainomane nella sua complessità, non solo dal punto di vista individuale, ma anche relazionale. Il trattamento relazionale con il paziente è reso possibile dalle caratteristiche stesse del paziente, il quale è ben integrato, ha una buona tenuta dal punto di vista lavorativo, ed è immerso nelle relazioni, ma nello stesso tempo ci sembra abbia un deficit delle capacità metacognitive, rispetto al vivere le emozioni e saperle riconoscere. All'interno dell'intervento multidisciplinare la specificità della terapia familiare è rappresentata dal fatto di riuscire a mobilitare strategie terapeutiche che attivino le risorse dei membri che sono in relazione con il paziente.

Riteniamo che il momento della domanda di intervento psicoterapeutico rappresenti per il paziente e per la sua famiglia l'apertura di una situazione di crisi, momento particolarissimo che consente al gruppo familiare di denunciare nel contesto terapeutico il fallimento dei meccanismi adattivi, precedenti e di offrire nello stesso tempo uno spazio mentale disponibile al processo di cambiamento attraverso la comprensione del significato affettivo profondo delle loro vicissitudini. In questo senso si può pensare alla terapia familiare come ad un intervento specifico la cui natura è quella di una psicoterapia centrata sulla crisi, incentrata sulla relazione tra i membri stessi della famiglia; i terapeuti assumono in certo senso la funzione di narratori, attivatori, conduttori delle trame affettive nascoste, mobilitando le risorse affettive presenti nell'interrelazione tra i personaggi sulla scena. Si tratta di ricostruire la storia di quella particolare famiglia, con le sue vicissitudini affettive, con quanto di originale è avvenuto al suo interno, legittimando così la verità di tutti i suoi membri. Il tentativo quindi di ricostruire con la famiglia una narrazione della storia affettiva familiare che aiuti a trovare spunti di cambiamento per riattivare i meccanismi di inclusione/differenziazione che favoriscono la crescita e l'autonomia, nei casi in cui siano maggiormente conservate le competenze metacognitive.

Nei paragrafi seguenti vorremmo sottolineare la possibilità di effettuare un intervento psicoterapeutico per una problematica di dipendenza da sostanze facendo leva sulla genitorialità del paziente e la possibilità ulteriore di fare leva sul partner sano del paziente cocainomane attraverso l'attivazione di un setting terapeutico di coppia.

3.1 L'intervento sulla genitorialità

Descrivo ora sinteticamente i presupposti teorici della modalità di intervento sulla genitorialità. La tesi di fondo è che il fatto che tossicodipendente sia anche un genitore può essere vissuto (da chi se ne occupa) non già solo come un problema ma anche come una possibilità in più per agganciare e motivare al cambiamento il paziente. In altri termini la genitorialità invece di trasformarsi in un problema può essere una risorsa. In fondo come altri pazienti (psichiatrici, alcolisti) può essere visto come uno che procede nella vita con lo sguardo sempre rivolto all'indietro con la mente (profonda) confusamente occupata dai conti aperti e dai vincoli non risolti con la famiglia di origine. Laddove nel racconto ch'egli fa di sé campeggiano l'idealizzazione (ad esempio mia madre è una santa e mio padre uno che ha saputo mantenere la famiglia) e la minimizzazione (ad esempio l'essere stato ceduto ai nonni o l'essere stato messo in collegio come scelte obbligate o fortificanti del carattere).

L'intervento terapeutico che abbia come oggetto la genitorialità può tentare di costruire un'alleanza

terapeutica che offra al paziente la possibilità di iniziare a procedere guardando avanti, verso la costruzione di un progetto che sposti gradualmente la sua attenzione dai propri genitori al proprio figlio. Questo è un tentativo (dal codice del bambino a quello del genitore) che tende a riaprire il naturale processo evolutivo. (S.Cirillo). Questa per pazienti con abuso di cocaina può rappresentare un'esperienza decisamente nuova: in realtà non sono mai stati tanto abituati ad essere considerati come adulti perché sono sempre stati trattati come bambini:

- sono stati trattati come bambini in casa, anche perché la tossicodipendenza è un sintomo che fa sì che l'organizzazione familiare si fondi sulle tematiche del controllo adolescenziale, riportando dei venticinque-trentenni alla condizione di inaffidabili ragazzini.
- sono spesso trattati come ragazzini inattendibili o come bambini capricciosi ed incostanti dai Servizi e dal mondo degli adulti in generale.

Si tratta dunque di operare una scelta di campo dell'intervento terapeutico dove il progetto terapeutico non riguarda solo il paziente ma anche il bambino e/o la relazione con il bambino. Ed in tal senso diventiamo (noi operatori) responsabili delle sue condizioni oggettive di vita e delle conseguenti situazioni di eventuale maltrattamento o trascuratezza. In questo senso è importante capire *se esiste e quale* è il suo modo di fare il genitore per chiarire le eventuali situazioni di sofferenza del bambino e quindi proporre un'alleanza (terapeutica) con l'obiettivo di diventare dei genitori sufficientemente validi e competenti. Naturalmente è inoltre importante capire se esiste e qual è la natura della sofferenza del bambino nella relazione con il genitore per poterla rielaborare con quest'ultimo e trovare di conseguenza una possibile alleanza sull'obiettivo di far cessare l'inadeguatezza.

È la questione basilare dell'accertamento del danno.

Il danno può essere di tre tipi:

- 1) sanitario: es. crisi di astinenza alla nascita del bambino
- 2) sociale: es. frequenti cambiamenti di contesti abitativi e relazionali
- 3) psicologico: es. stile di attaccamento evitante, disturbo dell'attaccamento con inversione dei ruoli (quei bambini che sono costantemente attenti alle fluttuazioni emotive del genitore, che realizzano una inversione dei ruoli) - spesso bimbi iperadeguati, difficili. Riconoscibili come problematici.

3.2 L'intervento con la coppia

L'intervento terapeutico con la coppia di cui uno dei partner è un paziente con abuso cocaina merita un ragionamento differente. Poggia su una premessa teorica differente. Intanto, come dicevo, tale intervento può essere considerato uno sviluppo coerente con l'intervento dei Progetti centrati sulla genitorialità.

Le premesse di tale intervento sono le seguenti:

1. l'esistenza di una coppia
2. coppia può essere una coppia di genitori dove però viene escluso un Danno Psicologico a carico del figlio.

Il modello di trattamento della coppia utilizzato nel lavoro terapeutico all'interno dei contesti di lavoro di cui sopra è quello ideato dal Dott. Dante Ghezzi della Scuola di Psicoterapia M.Selvini Palazzoli. Proprio tale modello, per la sua impostazione - verrebbe da dire sistemico-relazionale di fondo - permette di attivare un contesto di cura aggiuntivo, una possibile ulteriore e differente chiave di accesso nel mondo del paziente. Il modello parte da un presupposto, un pregiudizio che è quello della parificazione dei coniugi rispetto alla responsabilità del disagio di coppia vissuto. Non si parte con la terapia se c'è qualcuno che ritenga che sia l'altro a dover cambiare o, peggio, a dover essere cambiato dai terapeuti.

1. La parificazione e l'attinenza (siamo a metà responsabili del malfunzionamento della coppia)
 2. il desiderio condiviso di ridurre la sofferenza coniugale
- sono gli elementi di partenza di una terapia di coppia.

In un tale contesto diviene più facile intervenire e far leva sulle istanze riparatorie implicite in ogni relazione di coppia. Più o meno consapevolmente ciascuno sente di avere messo a posto qualcosa che non ha ben funzionato nella relazione con i genitori all'interno del rapporto coniugale. L'intervento terapeutico con la coppia con un membro con abuso di cocaina agisce proprio a questo livello. Come abbiamo visto il dato relazionale cruciale del paziente è la mancata acquisizione di competenze metacognitive che gli consenta di avvertire la sofferenza (relativa al disaccudimento) per poter porvi rimedio. Ecco abbiamo riscontrato che, in alcuni casi trattati (come quello che descriverò sinteticamente) il partner sano può funzionare nella terapia come un alleato, un alleato che fa da cassa di risonanza al disagio infantile vissuto dal partner tossicodipendente, avviando il processo di cambiamento (individuale e di coppia). Percorso possibile all'interno di una impostazione teorica e pratica di una terapia di coppia dove vi è o viene fatta emergere un'autentica richiesta di cambiamento, partendo da sé stessi (attraverso il lavoro terapeutico sul trigenitoriale dei coniugi) per l'altro ed il benessere di coppia.

4. L'attività yoga

Dott.ssa Giulia Grigoletto

4.1 Chi è per me il cocainomane

Una persona che ha perso, o non ha mai percepito, la propria centralità, il proprio baricentro, mediante il quale percepirsi come essere integrato nella sua sfera psicofisica e mentale rispetto a sé e al contesto ambientale di appartenenza; da cui, il bisogno di sopperire a tale necessità mediante la sostanza, stampella o volano di pseudoequilibri presi per buoni. Attraverso le posture corporee è possibile osservare oscillazioni più profonde di tale andamento instabile: per esempio si possono cogliere continue fughe in avanti piuttosto che indietro, fughe verso la parte superiore del corpo rispetto ai piedi e al contatto con la terra; parti corporee nobili e "predilette" rispetto ad altre "dimenticate" o di second'ordine.

4.2 Perché l'offerta yoga

Per offrire la possibilità ai pazienti di un'esperienza psicoeducativa di cura di sé; mediante la quale poter ri-prendere contatto con il proprio corpo, con la propria centralità: percezione e consapevolezza delle espressività fisiche psichiche e mentali nel farsi integrante dell'attività, e in relazione ad essa. Lo yoga quindi, costituisce per il soggetto una possibilità di ricollocazione centrale rispetto a se stesso a partire e attraverso la propria fisicità, a cui le parzialità vanno condotte come raggi al perno della ruota, nella ristrutturazione di un sé psicofisico integro e funzionante, dove l'andamento della pancia sta in armonia con il cuore e la mente.

4.3 L'Hathayoga

L'Hathayoga è una tecnica del corpo, che utilizza l'impegno dei muscoli, delle articolazioni, e della funzione respiratoria, in modo da generare una sollecitazione graduale e fisiologica del sistema circolatorio attraverso il quale l'ossigeno, fornito da una corretta respirazione entra in contatto con ogni cellula della struttura corporea e in particolare con quella cerebrale. Per effetto di posture e statiche corporee nonché di esercizi respiratori mirati, si sollecita anche il sistema ghiandolare endocrino, il sistema neurovegetativo simpatico o quello parasimpatico. Tale pratica permette di utilizzare forti valenze simboliche attribuite all'attività corporea, al contesto, e alla fruizione dello spazio e del tempo, che favoriscono il riassetto di una funzionalità mentale disturbata.

4.4 Nel contesto della pratica

- Le modificazioni indotte nel corpo e nella mente mediante le posizioni strutturano percezioni di sé in relazione alle coordinate spazio-temporali nel qui ed ora della pratica: testa a terra e piedi al cielo; in piedi con busto flesso in avanti o indietro; flessioni e torsioni da praticare sul lato destro e su quello sinistro in posizione supina, prona o in piedi, spostando l'attenzione da fuori a dentro sé veicolata dall'atto respiratorio.
- In relazione alla natura, sollecitando le figure archetipe: la coppia terra (basso) e cielo (alto) del contesto ambientale che correla la parte bassa del corpo alla parte alta. L'aspetto funzionante del processo di integrazione degli opposti si completa con la percezione del respiro: inspiro ed espiro, inspiro prendo ed espiro lascio; nel susseguirsi del ritmo soggettivo e nella circolarità continua tra soggetto e mondo. Solo dopo aver verificato l'affidabilità alla terra e all'abbandono ad essa diventa possibile sperimentare lo spazio esterno, indotto dalle posizioni tra terra e cielo, superando la paura di perdersi in esso.
- Il rilassamento svolge un ruolo decisivo nell'assicurare l'equilibrio spontaneo tra tensione e assenza della tensione; esso avviene tramite un allentamento consapevole delle tensioni che operano a livello fisico e mentale. In genere il paziente assume una posizione orizzontale e supina, aderendo alla forza di gravità resta immobile, sì che il ritmo metabolico rallenta, la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca rallentano, l'attenzione viene portata verso i movimenti muscolari alla base della meccanica respiratoria e in questo modo lo si porta al ritiro dell'attenzione dal mondo esterno per "stare con il respiro"; da cui sono possibili percorsi guidati di rilassamento con visualizzazioni. Oppure, se il soggetto non è in grado di utilizzare la risorsa del respiro, egli viene aiutato con una pratica più immediata di contrazione e decontrazione ritmica della muscolatura di tutto il corpo; affinché il primo passo del rilassamento, ossia l'allentamento della tensione fisica si compia.
- Per passare, nella pratica non è così netta la demarcazione, all'allentamento della tensione mentale, che consiste nel provare ad osservare il flusso dei pensieri, che non vengono interpretati, né giudicati ma lasciati "semplicemente" andare, fluire. Ciò offre al paziente un profondo sollievo psicofisico che permette uno stato di deconnessione dal ruminare mentale, dai fantasmi interni, dai ritmi frenetici che l'uso della cocaina induce, dai messaggi esterni o interni. Tale pratica va preceduta da esercizi di concentrazione su oggetti esterni: seduti e in posizione comoda, da non ostacolare il respiro che va lasciato fluido e regolare, si chiede al soggetto di fissare un oggetto e di mantenere la concentrazione senza farsi distrarre dai pensieri, per un dispositivo temporale di un minuto inizialmente. Solo successivamente, e allungando il tempo di concentrazione sull'oggetto, si rende accessibile lo spostamento di concentrazione senza oggetto esterno, per cui l'osservazione dell'espressione corporea e della mente che dice e che la si lascia scorrere.
- La costituzione dello spazio di osservazione interno, mediante il quale si rende possibile "vedere" quanto accade sia nel corpo che nella mente, costituisce una svolta importante nel percorso dello yoga, e nel soggetto stesso. In genere, inizialmente il soggetto osserva il corpo a partire dalla mente, proponendo una dualità spesso conflittuale, da cui un eccesso di valorizzazione per l'uno a discapito dell'altra o viceversa. Con la pratica yoga il soggetto ristrutturava uno schema corporeo che favorisce la redistribuzione dell'energia e dell'importanza funzionale in tutta la sua fisicità corporea. Ciò significa che il soggetto evocerà e farà esperienza delle emozioni, dei sentimenti nonché dei pensieri che costantemente accompagnano la pratica, e che gli impongono, nel qui ed ora del fare dello yoga, risposte immediate di contenimento e superamento attraverso la tenuta della posizione, la respirazione, la concentrazione mentale sull'oggetto o meno; pena l'impraticabilità della pratica stessa. Il soggetto in questo modo sperimenta una distanza sana dal mondo emozionale e dal lavoro mentale: può osservare quanto accade nel corpo praticando e nella mente senza venirne travolto, e allo stesso tempo senza negarne l'espressività. Ed è mediante questa esperienza che il soggetto costituisce interiormente quel punto di osservazione che gli permetterà di essere nello yoga e stare nel qui ed ora della pratica, che ne conserva la memoria, e permette il consolidamento dell'atteggiamento.

4.5 La circolarità delle informazioni

- L'importanza di acquisire subito delle informazioni sulla modalità relazionale: qual è la chiave di accesso che si evidenzia come più opportuna, più funzionale nel rapporto con il paziente, dati i suoi problemi e bisogni. Un dato che percepisco come essenziale, giacché il mio intento è quello di mettere il paziente a proprio agio e rassicurarlo dall'ansia che il rapporto con il corporeo può generare, affinché il lavoro psicofisico sia reso accessibile; e per far ciò il mio intervento non deve apparirgli né intrusivo né didattico.
- Venire informata del comportamento tossicomane del paziente ed interloquire con il terapeuta individuale sull'andamento del percorso terapeutico, mi permette di comprendere la sua situazione complessiva e di poter proporre una pratica yoga mirata, finalizzata, e che abbia un senso soggettivamente, anche in una dimensione di gruppo. Per esempio, proporre attività che evocano aperture all'esterno di potenziamento muscolare e rafforzamento di sé o chiusura e raccoglimento? mettere l'accento sull'attività muscolare o sulla gestione mentale attraverso pratiche di concentrazione? lavorare sul respiro e la staticità o sulla dinamicità corporea e sul ritmo?
- Altro aspetto importante inerente alla circolarità delle informazioni con il terapeuta individuale, riguardano le osservazioni emerse dal contesto yogico:
 - di natura medica: per esempio, l'importanza della respirazione su cui si basa la pratica yoga, mette in rilievo l'utilizzo del naso, e quindi fa emergere i problemi del setto nasale così frequenti nei dipendenti da cocaina. Il soggetto davanti a questa consapevolezza come si pone? Sospende la pratica? Fa finta di niente e devia dalla bocca come fosse la stessa cosa? Ammette ciò che si evidenzia ma ne ha paura? Accetta ed affronta la questione con il medico? E noi come ci poniamo, come lo sosteniamo?
 - di natura psichica e mentale: durante la pratica si possono evidenziare espressioni di difficoltà ad entrare in contatto con parti del corpo o delle difficoltà a mantenere la staticità piuttosto che la dinamicità del percorso, difficoltà a mantenere la concentrazione piuttosto che praticare le respirazioni. Tali difficoltà, entro una certa misura, fanno parte della pratica stessa, e non contemplano una segnalazione informativa al terapeuta di riferimento. Quando però si verifica una incapacità da parte del soggetto a proseguire in una pratica particolare, manifestando insofferenza ad essa, allora il soggetto sta dando una comunicazione, sta dicendo che in quel punto del corpo o della mente qualcosa gli impedisce di proseguire. E' questo elemento che va riportato e confrontato con il terapeuta di riferimento, poiché potrebbe rendersi utile correggere la proposta yogica per quel soggetto, oppure sospendere la pratica per un po' proprio per affrontare quanto è emerso dallo yoga, affinché il soggetto possa ritornare ad esso e proseguire il cammino evolutivo, nella pratica come nella vita.