

GLI INTERVENTI PSICOLOGICI NELLA TOSSICODIPENDENZA SECONDO UN'OTTICA RELAZIONALE

Alessandro Bonetti

Servizio per le Tossicodipendenze - ULSS 20 Verona

1. DEFINIZIONE

Con il termine interventi psicologici intendiamo far riferimento alle diverse forme di colloquio clinico. Esso rappresenta una situazione interpersonale tipica, all'interno della quale si realizzano complessi fenomeni di influenzamento e comunicazione.

L'uso corretto del colloquio clinico poggia sulla chiara consapevolezza della sua finalità. Gli scopi più generali che gli sono attribuiti sono quelli di "raccogliere informazioni" (colloquio diagnostico) e di "motivare", "rendere consapevoli" e "informare" (colloquio terapeutico e di orientamento).

2. FINALITÀ DEGLI INTERVENTI PSICOLOGICI NELLE TOSSICODIPENDENZE

Una prima differenziazione circa il tipo di intervento psicologico nell'ambito della tossicodipendenza, riguarda, come abbiamo già ricordato, gli scopi per cui esso viene effettuato. In senso generale due sono gli scopi principali che si prospettano:

- a) gli interventi con finalità diagnostica
- b) gli interventi con finalità terapeutica

Nel primo tipo rientrano quegli interventi che cercano di definire il tipo di richiesta della persona che si rivolge al servizio, insieme alla conoscenza delle sue risorse personali e di quelle ambientali disponibili per una risposta adeguata. Nel secondo tipo rientrano tutti quei tipi di intervento terapeutico, di natura psicologica, che si distribuiscono su un continuum che ha ai due poli estremi: il counselling, da una parte e la terapia psicoanalitica dall'altra, considerata come la più specifica per un cambiamento profondo

della personalità del paziente. Naturalmente in mezzo ai due poli stanno una serie di interventi con obiettivi diversificati e con la possibilità di ridefinire le finalità terapeutiche da raggiungere, nel senso sia di un ridimensionamento della meta, che della possibilità di raggiungerne di più ambiziose.

2.1 La finalità diagnostica

Gli interventi con tale finalità possono essere richiesti in due situazioni distinte:

la prima qualora sia richiesto un colloquio di accoglienza per un nuovo soggetto tossicomane che si rivolga spontaneamente al servizio con il proposito di smettere di “usare droghe”. La valutazione di un nuovo paziente costituisce uno dei più importanti compiti nella pratica clinica e tra i più difficili. Per il consulente ogni nuova valutazione è un rinnovarsi della propria capacità clinica ed una stimolante opportunità di ampliare la propria esperienza. Per il soggetto, il momento può rappresentare un potenziale punto di svolta, allo stesso tempo: occasione o pericolo di cambiamento.

La seconda situazione si riferisce alla richiesta di una accoglienza da parte di un soggetto in stato di dipendenza cronica da eroina (DCE).

E' importante che l'operatore tenga sempre presente la fonte della richiesta dell'intervento, familiari o altri, per considerare anche le ragioni di chi ne ha fatto richiesta.

Una caratteristica comune degli interventi diagnostici è quella di svolgersi nell'arco di un numero limitato di consultazioni; quelle necessarie per giungere a formulare una diagnosi.

2.1.2 Scopo della diagnosi

Il concetto di diagnosi che ha dominato a lungo nel campo della medicina generale e della psichiatria è stato quello della individuazione del processo, o dei processi, che hanno portato alla rottura di un equilibrio relativamente stabile, dell'organismo e dell'organismo con l'ambiente ed inoltre quello della comprensione delle cause che avevano provocato tale modificazione.

Secondo questo concetto, formulare una diagnosi equivale ad un riconoscimento di sintomi e di sindromi, espressione del sottostante processo fisiopatologico.

Più di recente, come sottolinea PAO (1979) riferendosi alla diagnosi di schizofrenia, pur continuando ad usare un approccio descrittivo e sintomatico, utile alla classificazione e all'identificazione della malattia, si è sentita l'esigenza di formulare una diagnosi anche in funzione della scelta del trattamento. Si è fatta strada così un metodo nuovo rispetto a quello tradizionale, per cui, come afferma Menninger (1966), scopo della diagnosi non è come chiamare una malattia, ma cosa fare di fronte ad una malattia. Perciò formulare una diagnosi non significa applicare una etichetta, ma capire come il paziente è malato, come lo è divenuto, in quale modo questo gli assicura dei tornaconti, per ar-

rivare a concludere quali interventi possono modificare il suo stato di disagio.

In altri termini occorre comprendere l'individuo malato, e non limitarsi a classificare la sua malattia. Per far questo è necessario arrivare ad una comprensione di tutti i fattori che sono alla base dello stato alterato del paziente; va tenuta presente la necessità di non escludere aprioristicamente nessuno degli elementi, la cui possibile interazione si esprime nella malattia.

2.1.3 Le tecniche del colloquio diagnostico

In ordine alle finalità dell'intervento diagnostico è importante considerare, come sottolinea C. Gislon (1988), la tecnica o le tecniche più idonee per ottenere le informazioni che ci sono necessarie, tecniche che solo in parte sono simili a quelle utilizzate per altri tipi di colloquio.

Il colloquio con finalità diagnostiche è infatti simile ad altri tipi di intervista, in quanto è motivato dalla richiesta di un individuo che ne consulta un altro, ritenuto esperto, per ottenere una qualche forma di aiuto; se ne differenzia per il tipo di aiuto che il richiedente si aspetta, che riguarda la comprensione di una sofferenza e dei mezzi per ottenere sollievo.

Due sono gli approcci fondamentali da considerare: l'approccio tradizionale alla valutazione diagnostica deriva dalla psichiatria descrittiva e consiste in un colloquio guidato secondo uno schema che considera specifiche categorie di informazioni. E' un modello di colloquio che utilizza un approccio strutturato secondo domande e risposte. Esso si può concretizzare nel giudizio diagnostico del tipo previsto dal DSM III r. (A.P.A. 1987) o del tipo dell'I.C.D. 10 (O.M.S. 1992). La valutazione del D.S.M. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) si basa su un approccio descrittivo, ateoretico ed è di tipo multiassiale; prevede cioè la valutazione diagnostica dei disturbi mentali in relazione a cinque assi.

Per quanto riguarda le tossicodipendenze le diagnosi DSM (1) non dicono nulla della psicodinamica del paziente. Esse non ci forniscono informazioni sui modelli relazionali tipici dei pazienti e sui relativi conflitti e non sono quindi di aiuto per gli interventi psicoterapeutici.

Il secondo tipo di approccio, che deriva dall'esperienza psicoanalitica, privilegia il metodo delle associazioni libere del paziente. Rispetto all'approccio tradizionale, questo consente una valutazione più completa della personalità del paziente nel senso di prestar attenzione anche ai suoi atteggiamenti emotivi, ai dati associativi inconsci, compresi quelli che si manifestano nella relazione con il terapeuta. Così si esprime, a proposito di tale approccio Felix Deutsch (1939): "se l'intervistatore gli permette di parlare senza fargli domande guida, o rispondere alle sue domande il paziente di solito fornisce un racconto dettagliato dei suoi sintomi e delle idee che ha sulla malattia. Quando avrà finito di

Gli interventi psicologici nella tossicodipendenza secondo un'ottica relazionale

esporre le sue idee e i suoi ricordi sui disturbi che accusa, si fonderà ad aspettare le domande. L'intervistatore aspetterà finché avrà la sensazione che il paziente non possa continuare spontaneamente e ripeterà una delle ultime frasi del paziente, in forma interrogativa.

Di solito l'intervistatore si attacca ad una delle preoccupazioni che il paziente ha presentato per ultime, stando attento ad usare lo stesso linguaggio. Il paziente fornisce allora nuove osservazioni sui suoi sintomi ed è stimolato a procedere nelle associazioni."

Una tecnica che si colloca in una posizione intermedia tra le due descritte, che deriva dalla ricerca e dall'esperienza psicoanalitica, è l'intervista Paradigma di aneddoti relazionali (RAP) proposta da L. Luborsky (1992).

L'abilità dell'intervistatore, sostiene la Gislon, sta nel saper utilizzare una tecnica o l'altra, quella del colloquio guidato o quella dell'anamnesi associativa, a seconda del tipo di paziente o con uno stesso paziente in successivi colloqui, infine, nello stesso colloquio a seconda dei diversi momenti e delle diverse necessità, l'uso cioè di una tecnica o di un'altra non deve rispondere ad una scelta teorica aprioristica, ma alla finalità del colloquio, che è quella di raccogliere nel modo più completo i dati necessari per la valutazione dei bisogni del paziente.

(Nota 1): Nello studio di Khantzian e Treece (1985) condotto su una popolazione di 133 tossicodipendenti, il 65% dei soggetti aderiva ai criteri diagnostici per almeno un disturbo di personalità. Quello più rappresentato si rivelava essere quello antisociale (35%) mentre tutte le altre diagnosi in Asse II° ammettevano percentuali inferiori al 5%. Nello studio di Kosten e coll. (1982) relativo ad un campione più ampio (384 sogg. tossicodipendenti) la percentuale di disturbi di personalità rilevata era quasi sovrapponibile (68%), con valori più elevati per il disturbo antisociale (55%) e per quello borderline (14%).

Infine i dati di Craig (1988) relativi ad una popolazione di 121 tossicodipendenti mostravano una associazione del 100% delle due diagnosi (abuso di sostanze ed Asse II°). Anche in questo caso il sottogruppo diagnostico di più frequente riscontro risultava essere antisociale (22%) mentre si osservava una percentuale elevata anche per il disturbo narcisistico di personalità (18%).

Kernberg e Clarkin (1992) criticano l'approccio categoriale, adottato dal DSM III° e dal DSM III° r e propongono piuttosto un approccio dimensionale, che concepisce le diagnosi di personalità come distribuite in un continuum, dove i singoli criteri diagnostici sono "dimensioni" presenti in misura maggiore o minore in più diagnosi. Kernberg inoltre, a seguito dei suoi precedenti lavori sui disturbi di personalità (1981) preferisce, a quello del DSM III°, un approccio strutturale alla diagnosi, che permette il mantenimento della classificazione tradizionale dei disturbi mentali non organici, inquadrandoli in strutture nevrotiche, psicotiche ed intermedie o borderline.

2.1.4 Le aree di investigazione: quella contenutistica e quella processuale

Durante il colloquio è sempre opportuno avere in mente un quadro sistematico di quali aree esplorare e quali dati raccogliere. Tali variabili riguardano da una parte la relazione “intervistatore-utente” che possiamo definire l’area processuale; dall’altra le informazioni riguardanti la storia del paziente, la sua storia tossicomantica, il suo stato emotivo, le modalità del funzionamento psichico, che definiamo come area contenutistica. Trattasi di due aree di riferimento, per la raccolta di dati, che continuamente si intersecano e che l’operatore deve tener presenti in modo che, nelle situazioni ottimali, il buon livello della relazione serva ad aumentare i dati contenutistici e questi consentano una miglior spontaneità della relazione. Ad ogni buon conto, come abbiamo già ricordato, lo scopo del colloquio diagnostico è l’individuazione del bisogno del soggetto, rappresentato per lo più dal desiderio di veder alleviata una propria sofferenza e/o di trovare una soluzione a determinati problemi e difficoltà.

E’ però bene chiarire che il disagio e la sofferenza sono il più delle volte dichiarati dal soggetto in modo più o meno mistificato, nel senso che la richiesta vera è più o meno mascherata; tale inconsapevole mistificazione è tanto maggiore quanto meno il soggetto ha potuto progredire verso una soddisfacente maturità psicologica.

Sicché il disvelamento della vera natura della sofferenza e del bisogno, è spesso il primo passo per un reale colloquio tra operatore e soggetto.

Cito un esempio a questo proposito:

Un ragazzo di 20 anni viene condotto al Servizio dalla madre, alla quale aveva confidato, poco prima di dover partire per il servizio di leva, l’abuso e la dipendenza da eroina, iniziata da qualche mese.

I dati anamnestici al colloquio risultano di scarso rilievo: egli aveva iniziato, circa quattro anni prima a far uso saltuario di cannabis, con qualche “spinello” con gli amici del bar. Da due anni aveva intensificato l’uso di cannabinoidi, tanto che per un anno non era riuscito a studiare ed era stato bocciato all’esame di diploma in ragioneria. L’anno successivo era riuscito a limitarne l’uso, si era impegnato nello studio ed aveva completato il ciclo di studi della scuola superiore, ma, a suo dire, la fine degli studi anziché dargli sollievo, gli aveva fatto sorgere una inquietudine, che prima non conosceva. Negli anni di scuola, infatti, la sua vita era ormai organizzata: oltre alle lezioni al mattino, era solito trascorrere i pomeriggi passando da un gruppo di amici all’altro, riservando qualche ora alla sera, dopo cena, per prepararsi alle lezioni del giorno successivo. Oppure, nei primi anni dell’adolescenza, gli bastava un pomeriggio passato a fare gli “impenni” col motorino, per farlo sentire felice.

Con l’inizio del lavoro, cominciato subito dopo l’esame di diploma, era venuta a mancargli tutta la rete di supporti che fino ad allora aveva garantito il trascorrere della sua

giornata. Fu così che, poco dopo, quindi da 4-5 mesi prima della consultazione, aveva cominciato “per curiosità e stupidità”, questa era stata la sua espressione, a far uso di eroina.

All'inizio gli sembrava un modo di “svagare il cervello”, poi l'eroina lo aveva tradito e lui si era reso conto di non essere più capace di “tirarsene fuori”. Era arrivato a farne uso in media 1 gr al giorno, in un paio di somministrazioni. Per procurarsi la droga era diventato bugiardo, incoerente con se stesso, riuscendo comunque a far sì che nessuno in famiglia si accorgesse di niente. Egli aveva continuato il suo lavoro, che non gli pesava in modo particolare, ma che non gli procurava alcun piacere o interesse.

La comunicazione in famiglia della sua tossicodipendenza era avvenuta poco prima della sua partenza per il servizio militare di leva, quindi in occasione di una sua separazione dal gruppo familiare. A loro volta i genitori e l'unica sorella, di qualche anno più vecchia di lui, avevano reagito a tale notizia con una forte spinta ad aiutarlo e a stargli più vicino. Lui invece si sentiva preso da una volontà ambigua di esser protetto e libero, contemporaneamente. L'anamnesi non rivelava fenomeni significativi sul piano della salute. Egli aveva goduto di buona salute, senza malattie degne di nota, tranne le malattie esantematiche. Lo sviluppo emotivo ed intellettuale sembrava essersi svolto senza traumi particolari. Era stato un bambino molto attaccato alla mamma e alla sorella. Non aveva frequentato la scuola materna e l'accesso alla scuola elementare era avvenuto con qualche difficoltà. Il profitto scolastico era sempre stato buono, tranne l'insuccesso all'esame di diploma di ragioneria. Egli era stato sempre accontentato in tutti i suoi bisogni, per cui si poteva definire un ragazzino un po' viziato. Il padre è sempre stata una figura meno significativa rispetto alla madre.

Egli si era dedicato al lavoro, provvedendo una sicurezza economica alla famiglia. I colloqui, sono continuati, in parallelo alla disintossicazione fisica che lui aveva chiesto fin dall'inizio. Essi erano caratterizzati da una grande povertà emotiva. Marco, era il suo nome, parlava volentieri di episodi della vita scolastica passata, ma per il presente si mostrava come annoiato, un po' amorfo, nel senso che era disposto a fare quello che gli altri si aspettavano da lui, aderendo quasi ad una immagine piuttosto che esser in grado di vivere o provare desideri suoi personali, che lo spingessero a realizzare un qualche obiettivo; non si coglievano segni clinici di depressione dell'umore. Il suo era un raccontare cose fatte con altri, ma con difficoltà a riconoscere od esprimere sensazioni o emozioni provate. Riconosceva di sentirsi “confuso”, “stordito” ed erano queste le sensazioni penose che era riuscito a far annullare con l'eroina.

Lo stesso vuoto emotivo era provato dall'operatore durante i colloqui. Partendo da tale sensazione di vuoto indotta dal paziente, questi si dichiarava disponibile ad aiutare Marco non nella sua opera di mistificazione, riempiendogli la giornata, come pensavano i familiari, di cose da fare, ma invece a considerare insieme il significato di quella sensazione mortifera, che solo l'eroina riusciva ad anestetizzare ed il valore della coinci-

denza della separazione dalla famiglia come fattore non solo scatenante, ma come elemento significativo del suo rapporto con la realtà ambientale.

Le aree quindi, su cui fondare la valutazione diagnostica, come risulta dal caso esaminato, si riferiscono:

- 1° al rilievo dei dati anamnestici, tra i quali hanno importanza le ragioni che il soggetto adduce per la sua richiesta di aiuto. Poi tutta la storia personale, dall'infanzia al momento presente;
- 2° al riconoscimento degli atteggiamenti e dei sentimenti consci del soggetto, considerando come egli viva se stesso, i suoi disturbi o le sue sofferenze, le sue aspettative ed ansie per il futuro. Inoltre i sentimenti e gli atteggiamenti verso gli altri, specie verso gli individui significativi del presente e del passato. E' importante rilevare le caratteristiche positive e le eventuali risorse del soggetto: gli elementi di forza, cioè, della sua personalità, le qualità e gli attributi più "sani". Spesso infatti, egli è convinto di dover parlare solo dei suoi disturbi e delle sue difficoltà. Si deve inoltre considerare l'aspetto generale del soggetto, il suo atteggiamento verso la malattia, verso l'intervista e verso l'operatore, il tono della voce, il tipo di linguaggio usato, lo stato affettivo, i disturbi dei processi di pensiero, i contenuti ideativi, le eventuali distorsioni percettive, i disturbi dell'orientamento (frequenti negli stati di tossicosi), la capacità di giudizio. Su un piano più specifico si valuteranno le funzioni dell'Io, le sue modalità difensive e le pulsioni vissute come più minacciose per la propria sicurezza; ed infine la capacità di effettuare l'esame di realtà e di sviluppare interessi.
- 3° La terza area riguarda il materiale associativo inconscio, che si ricava dalla facilità di evocare i ricordi dell'infanzia, la presenza di attività fantastica. In quest'area gioca molto l'interazione tra soggetto ed operatore e le resistenze che si possono sviluppare nel comunicare alcuni dati rispetto ad altri. Si tratta cioè del riflesso di quelle che, con termine tecnico in psicoanalisi, vengono definite reazioni di transfert, che inevitabilmente compaiono, sia in senso positivo, facilitando l'alleanza di lavoro, oppure in senso negativo, con ripercussioni sulla collaborazione nel colloquio.

A tali reazioni da parte del soggetto si accompagnano spesso reazioni dello stesso genere da parte dell'operatore/intervistatore. Queste sono solitamente di due tipi: quelle reattive alla realtà del soggetto intervistato, al suo modo di porsi e di fare; e quelle definite controtransferali, basate cioè su quello che il soggetto rappresenta per l'inconscio dell'operatore, relativamente a figure del suo passato e della stessa categoria dei sentimenti transferali della persona intervistata. Tra le sensazioni controtransferali rientrano desideri di onnipotenza, bisogno di ricevere attestazioni di stima e ammirazione, oppure manifestazioni di competitività.

Tutti abbiamo esperienza di quanto questi sentimenti giochino un ruolo importante nella riuscita o meno di un colloquio clinico.

2.1.5 Altre fonti di informazione

Esistono situazioni in cui al di là dei dati raccolti dalla persona coinvolta nel colloquio, l'operatore constata che il quadro di riferimenti, per esprimere il giudizio diagnostico, non risulta sufficientemente completo. In tal caso è opportuno avvalersi di altre fonti di informazione. Queste sono rappresentate da colloqui con persone che vivono accanto al soggetto in esame, come i familiari o altre persone significative.

In questi casi i dati possono esser desunti da colloqui fatti con i singoli membri significativi della famiglia, o, qualora si voglia individuare le dinamiche relazionali, con l'intera famiglia al completo. E' noto infatti che tra i compiti che la famiglia è chiamata a svolgere c'è quello di favorire una buona differenziazione dei figli rispetto alla originaria matrice parentale, perché possano entrare nella vita adulta con una identità ben stabilita e ben distinta che rispetti le loro risorse, inclinazioni e personalità. Molto spesso tali funzioni nelle famiglie con un membro tossicodipendente risultano carenti e confuse a causa di rapporti distorti o di investimenti emotivi bloccati dei genitori tra loro, con i loro rispettivi genitori e di conseguenza anche con i figli. Sulle alterazioni di tale sistema di rapporti è un buon riferimento lo studio di Vinci (1991) e gli studi, in generale, della scuola sistemica di Cancrini e M. Selvini.

Un'altra importante fonte di dati sono i test psicologici, che possono fornire informazioni più approfondite riguardo a certe aree che si vogliano indagare o per una visione di insieme della personalità del paziente.

2.1.5.1 I test psicologici

I test più importanti per una diagnosi sono quelli proiettivi, quali: il Rorschach, che consente di evidenziare il funzionamento del pensiero secondo il processo primario; come pure il TAT (Thematic Apperception test) ed il Blacky Pictures; poi quelli cosiddetti obiettivi, tipo questionario, di cui uno dei più noti è il MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

Da questi test si possono ricavare maggiori conoscenze dei processi intellettivi e cognitivi, delle modalità di difesa, dei conflitti interni che le mobilitano, dei meccanismi impiegati per affrontare i diversi problemi; inoltre delle risorse e dei punti di vulnerabilità e debolezza, la cui valutazione può essere essenziale nel determinare la possibilità di reggere a situazioni di stress.

Come per ogni intervento clinico, anche la richiesta di test psicologici deve essere basata su problemi specifici. Inoltre il ricorso al test deve essere discusso con il soggetto, come qualsiasi altro intervento; occorre chiarirne i motivi ed accettare di considerare prima le perplessità eventuali del soggetto stesso, poi di valutarne insieme i risultati.

Infine i dati ottenuti vanno integrati con quelli già rilevati nel colloquio clinico in vi-

sta della valutazione diagnostica e dell'eventuale programma di trattamento.

2.1.6. *La valutazione diagnostica nell'adolescente*

Pare opportuno fare alcune osservazioni a parte, circa i problemi specifici della valutazione di adolescenti tossicodipendenti alle prime esperienze con l'abuso di sostanze illecite. Non tanto per gli aspetti tecnici del colloquio, quanto per quelli metodologici.

Infatti in tali situazioni il processo diagnostico si integra col processo terapeutico, in quanto come scrive T. Senise (1990), l'obiettivo dell'operatore terapeuta è di aiutare l'adolescente in stato di disagio a rispondere al suo bisogno di sapere; "Chi sono?", "Cosa mi accade?", "Che senso hanno e cosa sono le mie relazioni con gli altri e con me stesso?"

La particolarità di questi casi, oltre alla specificità della gestione dei colloqui, sta nell'approccio degli utenti al Servizio.

Raramente un ragazzo in età minorile viene spontaneamente al SerT. Accade più frequentemente che l'intervento sia richiesto dai genitori che improvvisamente si siano accorti dell'abuso di sostanze, spontaneamente, o dietro qualche forma di segnalazione. Se all'accoglienza, fa seguito la valutazione è necessario aver chiaro uno schema operativo che faciliti il processo diagnostico, essendo alto il rischio in questo primo momento di fallire l'approccio. Essendo infatti in questa fase importante per il giovane il conflitto autonomi-dipendenza, con una realistica dominanza di quest'ultima, è possibile per l'operatore restar prigioniero di un'attribuzione di campo, per identificazioni altalenanti, nel senso di far prevalere ora le preoccupazioni di controllo dei genitori, ora l'anelito di autonomia del giovane. In tal caso l'intervento rischia di esser vissuto sempre come escludente l'una o l'altra parte, secondo i casi, il che costituisce in genere motivo di gravi resistenze per la presa in carico dell'utente. E' opportuno che, in questi momenti, l'operatore abbia in mente lo scopo della sua indagine che è quella di costruirsi e ricostruire l'immagine di sé- del giovane adolescente-, cercando poi di fargliene una restituzione.

Per riuscire correttamente in tale intento Senise propone una serie di tappe da percorrere, secondo uno schema che prevede:

- a) dopo la richiesta di consultazione
- b) il colloquio con la coppia di genitori e/o con uno solo di essi;
- c) colloqui con il giovane adolescente, definendo le sue aspettative e motivazioni e impostando correttamente il rapporto;
- d) qualora sia opportuno, fare degli esami testologici, presso uno psicologo esperto;
- e) infine restituzione all'adolescente dei risultati dell'indagine ed elaborazione con lui degli eventuali progetti di intervento e delle informazioni da dare ai genitori;
- f) colloquio con i genitori di restituzione sulla base degli accordi convenuti con il ragazzo, con o senza la sua presenza.

Un tale approccio consente, a nostro modo di vedere, di non cadere nel riduttivismo

che l'unico problema sia l'accertamento dell'assunzione o meno di sostanze illecite e del "cosa fare"; ma nella possibilità di farsi anche un quadro sia della fase evolutiva del giovane adolescente, sia delle dinamiche familiari in cui egli si trova a vivere il suo momento di crescita.

2.2 Sui bisogni del paziente con dipendenza cronica da eroina (DCE)

Numerosi studiosi (Lewin 1946 , Horney 1959, Maslow 1954) hanno esplorato la dimensione dei bisogni dell'uomo: è sull'analisi dei bisogni, delle condizioni necessarie per il benessere dell'uomo, che si può fondare un modello di lettura del disagio individuale: la salute mentale non è un'entità astratta, definibile in termini statistici o "naturali", bensì il prodotto della saturazione di bisogni dell'individuo in quanto unità bio-psico-sociale.

La tossicodipendenza può esser così concettualizzabile come disfunzione della personalità, correlata con una insufficiente capacità di affrontare adeguatamente alcuni problemi della vita: la dipendenza deriva, sotto l'influsso di variabili biologiche, psicologiche e sociali, dal non raggiungimento o dalla rottura di un equilibrio nel soddisfare bisogni individuali ed ambientali e nell'adattarsi alle richieste interne o esterne al soggetto.

A rendere complesso il problema della diagnosi, quindi della comprensione dei bisogni che stanno alla base del comportamento tossicomane del soggetto in accoglienza, c'è il suo stato di intossicazione, frequentemente presente al momento del colloquio.

Infatti, come scrive A. Charles-Nicholas (1983) l'intossicazione tossicomaniacale modifica il funzionamento psichico. "Per la sua violenza, per l'aumento dell'impulsività, per le modificazioni cenestesiche che induce, per l'intolleranza alla frustrazione, per i rimangiamenti che introduce nelle relazioni con gli oggetti, la droga modifica le modalità di funzionamento, anche se non altera la struttura di personalità, propriamente detta".

D'altra parte il momento dell'osservazione e della diagnosi deve essere finalizzato a cogliere la specifica configurazione dei bisogni del tossicodipendente: questi, come Maslow ha suggerito, rispondono ad un ordinamento gerarchico che prevede prima la saturazione del bisogno più potente e solo successivamente possono esser saturati altri bisogni. Solo la saturazione del bisogno più profondo, più "potente", può assumere significato terapeutico per il paziente potendo rifondare nello stesso una tensione evolutiva coartata dalla malattia.

Ora a parte i tipi di struttura di personalità sottostanti il sintomo della tossicodipendenza, ciò che è comune ad ogni tossicodipendente, è che la sostanza droga si è ricavata un posto preminente nell'apparato psichico del soggetto. In tale situazione il clinico non riesce a percepire più ciò contro cui era stata eretta la difesa tossicomaniacale. Il "vero tossicomane" - commenta Charles Nicholas - stringe con la droga una relazione forte, pregnante, vitale, una relazione passionale, per cui essa diventa un oggetto vitale, che

“non può mancare”, giungendo fino a “quell’assoluto di mancanza di essere che si raggiunge con la morte”. L’esistenza tossicomaniacale giunge a trasformare l’iniziale oggetto di piacere in oggetto di bisogno, così che la dipendenza passa da ricerca del piacere a gioco di morte.

In realtà essa lo era già fin dall’inizio e l’esistenza del tossicomane non è che la rivelazione di una sua misteriosa convivenza con la morte. “Nulla è inedito per il tossicodipendente - scrive C. Olivenstein (1984) - tutto è solo illusione poiché egli sente svanire e morire ogni tentativo di ordine, posto com’è, in ogni circostanza, davanti a degli indicatori che gli segnalano la sua morte. E quale contrasto tra la sua giovinezza e un tale andare alla deriva, concepibile come naturale nella sola vecchiaia. La clinica dovrà smascherare questo gioco davanti alla morte e controllare con esigente intransigenza il tragico errore... Questo vale innanzitutto per il terapeuta che, in modo carnivoro, consuma l’ammalato per eludere la propria morte. Non potrà “guarire” se non accettandone la china fatale.” Del rapporto tra il tossicodipendente e la morte esiste una vasta documentazione in letteratura (Nicholas - Valleur 1983; Olivenstein C. 1984 ; Rossi, R, 1984; Gagliardi, G- Oleari F. 1984; Rosenfeld, H, 1973; Crepet P. - Florenzano F. 1989). Il vivere per il tossicodipendente diventa un atto che porta a morire e la scelta della droga rappresenterebbe, una sorta di ricerca di salvezza. E’ presente insomma nel tossicodipendente un bisogno opposto a quello che si osserva in certi pazienti psicotici che sentono il bisogno di sentirsi eterni, negando nella loro mente l’esistenza della morte.

L’operatore, già in questa fase di osservazione diagnostica, così come in quella terapeutica, deve porsi nella condizione di tentare di condividere questa modalità di funzionamento psichico del tossicomane; di riconoscere in questa scelta un valore di “migliore soluzione possibile” (Pao 1979), spontaneamente adottata dal soggetto a difesa di un mondo esterno ed interno permeati da una angoscia mortifera.

Solo un tale sforzo di avvicinamento gli consente di svolgere quella funzione di intermediario descritta da Zapparoli (1992) “di individuo che fa parte delle persone normali, ma che per motivi particolari riesce a comprendere la vita segreta dell’individuo stigmatizzato”.

Accettare di avvicinarsi in modo partecipe al mondo emotivo del tossicodipendente è esperienza difficile e disturbante, ma è solo in tal modo che può realizzarsi un clima di collaborazione tra paziente e terapeuta, evitando la contrapposizione simmetrica ed improduttiva tra chi sostiene il proprio “diritto a curare” e chi sostiene il proprio “diritto a farsi”.

In conclusione, al termine della osservazione diagnostica di un tossicodipendente, in stato di intossicazione, l’operatore deve essere in grado di valutare, prima di tutto, la capacità che egli dimostra di discutere e di poter elaborare il suo bisogno di morire, giungendo così ad una prima differenziazione tra:

A) tossicodipendenti che si mostrano in grado di tollerare ed elaborare i propri senti-

Gli interventi psicologici nella tossicodipendenza secondo un'ottica relazionale

menti distruttivi e mortiferi;

B) tossicodipendenti che non mostrano, al momento, risorse e volontà per una tale elaborazione.

All'interno di questo secondo gruppo di soggetti egli potrà effettuare una ulteriore differenziazione tra:

b1 tossicodipendenti che comunque cercano un equilibrio per garantirsi la sopravvivenza attraverso una sorta di contenimento sintomatico

b2 tossicodipendenti che si mostrano refrattari ad ogni elaborazione e per i quali l'attenzione va rivolta a trovare risposte a bisogni d'ordine fisico e/o sociale, con un accudimento cioè della sua persona.

Lo schema seguente, che sintetizza tale percorso del processo diagnostico sarà ripreso nel capitolo dei trattamenti psicoterapeutici integrati.

Nel caso del giovane citato prima nell'esempio clinico, risultava chiaro un meccanismo di fuga da questo compito. Fuga messa in atto sia dal giovane che dai familiari. Tutti avevano visto e vissuto la disintossicazione magicamente liberatoria di ogni conflitto. La famiglia aveva assunto un atteggiamento protettivo, riparativo, che di fatto, negava l'evento dell'imminente separazione; il giovane, a sua volta, accettata la disintossicazione, voluta dai familiari, banalizzava il suo bisogno di dipendenza dalla famiglia, nella illusione che il lavoro lo avrebbe preservato dall'angoscia di crescere e separarsi, cioè di diventare un individuo autonomo.

L'individuazione del tipo di struttura di personalità sarà indicativo per la successiva scelta terapeutica da effettuare, nell'ambito psicologico.

E' noto infatti che il significato dell'assunzione della droga è diverso secondo il tipo

di personalità.

A. Zucca - Alessandrelli (1989) sostiene ad esempio che la dipendenza inerente alla personalità nevrotica è funzionale alla necessità di trovare un oggetto sostitutivo di quello edipico, ai fini di permettere l'emergenza e l'espressione del desiderio; la dipendenza legata alla struttura psicotica e borderline serve come difesa rispetto ad impulsi deliranti di tipo distruttivo o come protezione da gravi forme di depressione provocata dalle pretese di un narcisismo arcaico, onnipotente ed avido; la dipendenza connessa alle difficoltà identificatorie della personalità narcisistica consente al soggetto, preda di fragili e spezzettati tentativi di costruzione di identificazioni, fondate solo sulla sottomissione e sull'imitazione, di superare l'angoscia di annichilimento e di mancanza di vitalità.

La conoscenza della struttura di personalità e del significato profondo dell'uso della droga, sarà perciò di notevole aiuto per valutare successivamente la modalità tecnica più adeguata per il futuro intervento psicologico, che potrà essere effettuato in integrazione con altri interventi o da solo, secondo il quadro diagnostico determinato.

3. DALLA DIAGNOSI ALL'INTERVENTO PSICOLOGICO

A conclusione del lavoro diagnostico, che ha pur sempre una valenza terapeutica, lo psicologo clinico o lo psichiatra, dovrebbero giungere quindi a definire alcune classi di disturbi che consentono di pianificare da subito le linee strategiche d'intervento prevedendo o meno un trattamento psicologico in relazione alla individuazione di conflitti interni e di bisogni d'ordine psicologico.

1) Una prima distinzione deve fare riferimento ai:

- a. soggetti tossicomani che non hanno mai presentato disturbi di tipo psichiatrico;
- b. soggetti tossicomani con co-morbidità psichiatrica, specificando oltre al tipo di sintomi, la natura primaria dei disturbi o secondaria all'uso di droghe;
- c. soggetti con abuso di cocaina o altre droghe diverse dall'eroina.

2) Una seconda distinzione riguarderà: i soggetti con infezione da HIV, per il significato che tale infezione può rappresentare nel corso della relazione col terapeuta.

Un aspetto conclusivo invece dovrebbe riferirsi al tipo di modalità di trattamento da privilegiare:

- a) se un intervento psicologico da solo, o integrato con altri di tipi di trattamento;
- b) se in regime ambulatoriale, o con l'appoggio di una struttura (comunitaria o altro).

Secondo uno schema che può essere rappresentato nella tabella seguente:

SINTESI:

4. FINALITÀ TERAPEUTICA DEGLI INTERVENTI PSICOLOGICI

Una volta compiuta la distinzione di cui sopra e stabilita l'utilità di un trattamento psicologico, occorre individuare quello ottimale per quella data persona, in quel particolare momento e situazione.

Questo non è di facile attuazione e le ragioni di tale difficoltà sono riconducibili a due principali fattori:

- 1° esistono diversi modelli teorici di spiegazione del funzionamento psichico dell'uomo e dei disturbi che possono manifestarsi, e diverse tecniche di intervento. Probabilmente ciascun modello coglie determinati aspetti ed ha uno specifico valore in determinate situazioni. Di fatto però tutti i sostenitori dei singoli modelli vantano, con pari energia, la positività dei risultati ottenuti attraverso l'uso delle loro metodiche.
- 2° La preparazione professionale degli operatori, psicologi e psichiatri, non consentendo in genere una formazione eclettica per la conoscenza e l'uso delle diverse teorie e relative tecniche, li porta a disconoscere i vantaggi e le possibilità terapeutiche delle forme di trattamento diverse da quelle apprese ed al misconoscimento del valore degli esperti che le praticano.

A parziale compensazione di questi inevitabili svantaggi è stata d'altra parte riconosciuta l'importanza di alcuni fattori comuni a tutte le forme di psicoterapia. Quasi a riconoscere che più che il modulo teorico di riferimento e la speciale tecnica, hanno alla fine importanza alcuni aspetti della relazione terapeutica, di qualsiasi relazione psicoterapeutica, che devono esser salvaguardati per garantire efficacia all'intervento.

4.1 I fattori comuni alle diverse psicoterapie.

Frank (1971) ad esempio, ha elencato sei fattori comuni a tutte le tecniche psicoterapeutiche:

- un' intensa relazione di fiducia con la persona che aiuta;
- un procedimento che includa una spiegazione delle difficoltà del paziente e dei metodi per alleviarle;
- la capacità di fornire nuove informazioni relative ai problemi del paziente e possibili modi alternativi di affrontarli;
- un rafforzamento delle aspettative di aiuto del paziente;
- la capacità di fornire esperienze di successo, che possono variare, ad esempio esperienze di insight o di progresso nel padroneggiare l'ansia attraverso l'apprendimento di modalità per affrontare una serie di situazioni ansiogene ordinate secondo una gerarchia;
- infine, la capacità di favorire l'emergenza di emozioni.

Lambert (1986) propone una lista sequenziale dei fattori comuni nelle diverse psicoterapie, che sono associati con risultati positivi:

Fattori di Sostegno	Fattori di Apprendimento	Fattori di Funzionamento
<ul style="list-style-type: none">- "Calore" del terapeuta- Rispetto- Empatia- Relazione positiva- Fiducia- Struttura del trattamento	<ul style="list-style-type: none">- Capacità di autoosservazione- Apprendimento cognitivo- Aspettative di cambiamento sull'efficienza personale	<ul style="list-style-type: none">- Incoraggiamento ad affrontare le paure ed accettare i rischi e gestire le energie- Fare un esame di realtà- Esercizio

Sullo stesso argomento hanno discusso altri autori, quali Goldstein (1962), Garfield (1957), Torrey (1972).

Le diverse considerazioni sono senz'altro vere e le variabili non specifiche, che sono state descritte, possono essere utili in ogni psicoterapia. Tuttavia, e sebbene sia certo opportuno che la ricerca approfondisca il problema del processo di cambiamento in psicoterapia, è vero anche che le tecniche e i metodi sono diversi.

E' opportuno pertanto cercare di individuare gli elementi specifici di ogni terapia, onde saper scegliere quelle tecniche, che possono essere di vantaggio o di danno a un determinato paziente, in determinate circostanze.

4.1.2 Le diverse forme di psicoterapia

E' difficile raggruppare le diverse forme di psicoterapia in poche categorie generali. Dato il significato sintetico di questa presentazione, mi sembra sufficiente esporre uno dei seguenti criteri proposti in letteratura.

Secondo Frances, Clarkin e Perry (1984) occorre primariamente determinare a quali tra le principali funzioni mentali si rivolge fondamentalmente la terapia. Essi propongono, sulla base delle loro finalità, la divisione delle principali psicoterapie in tre categorie:

- a) quelle "esplorative", la cui finalità è soprattutto di aumentare la comprensione del paziente, relativamente ai suoi problemi;
- b) quelle "direttive", finalizzate soprattutto ad aiutare il controllo o a decondizionare il comportamento;
- c) quelle "esperienziali", volte essenzialmente ad esprimere e condividere emozioni e sentimenti.

Alla prima categoria appartengono la psicanalisi e le psicoterapie psicoanalitiche, alcune forme di psicoterapia di sostegno, di psicoterapia breve e lo psicodramma.

Alla seconda, i vari tipi di terapia comportamentale e la terapia cognitiva.

Alla terza, la terapia centrata sul cliente, di Rogers (1942), la terapia della Gestalt, l'approccio motivazionale elaborato da Miller negli anni '80 e la terapia sistemica.

Fino a pochi anni fa c'erano molti dubbi da parte degli esperti sulla efficacia della psicoterapia nei tossicodipendenti, anche perché non erano stati ancora compiuti studi sistematici sull'applicazione della psicoterapia in tali situazioni.

Dal 1976 la NIDA (National Institute on Drug Abuse) ha promosso una serie di ricerche in tal senso, di cui esiste ormai ampia documentazione in letteratura.

I trattamenti di più frequente uso nell'ambito della tossicodipendenza sono i seguenti.

4.1.2.1 Il Counselling

Il counselling è un trattamento di sostegno, del tipo "direttivo", che concentra il proprio fine nella identificazione di alcuni bisogni psico-sociologici del soggetto e nell'attivare concreti servizi per la soluzione di tali bisogni. Il suo fuoco più specifico sta nel procurare servizi esterni piuttosto che trattare con i processi intrapsichici. Il consulente (counsellor) controlla i progressi attraverso i dati degli esami delle urine e delle situazioni professionali, lavorative.

Attualmente la presenza di operatori con formazione professionale specifica nei servizi per le tossicodipendenze ha preso il posto degli originari "counsellors" che erano rappresentati da ex-tossicodipendenti.

Il counsellor procura di creare e/o, si serve della rete di servizi con medici, uffici legali e agenzie sociali e di volontariato.

Una tipica situazione di counselling può cominciare quando un consulente incontra il suo paziente, rivede la cartella clinica e osserva che le morfinurie sono positive. Egli allora chiede al paziente cosa è accaduto nel frattempo e come egli si sente. Il paziente può dire che la sua dose di metadone non è ancora abbastanza alta e che lui sente sintomi di astinenza dopo 10 ore da quando ha preso il metadone, e allora fa uso di eroina.

Il consulente allora procura un incontro col medico perché valuti la possibilità di variare la dose di metadone. Nello stesso tempo il paziente può ricordare che deve presentarsi tra qualche settimana alla camera di consiglio ed ha bisogno di una certificazione per il giudice che attesti la sua partecipazione ad un programma di trattamento.

Il consulente trova l'occasione di discutere e cercare soluzioni per la sua situazione legale, ecc..

Ma alcune volte egli interviene anche direttamente in situazioni di emergenza, quali la perdita di un luogo dove vivere, una crisi familiare, o la scarica di un sentimento particolarmente intenso, di ansia o di rabbia. In queste situazioni egli si incontra col paziente, si fa un'idea circa la causa del problema e spesso poi procura un incontro per un pro-

gramma in cui lavora col medico e col paziente stesso, alla ricerca di una soluzione per il suo problema.

Il counselling per i tossicodipendenti è analogo a quello descritto da Wolberg (1967) e riportato nel suo manuale di psicoterapia.

4.1.2.2 La terapia supportivo-espressiva

La terapia supportivo-espressiva è una terapia orientata in senso psicoanalitico e può essere compresa in una fascia di interventi continua, che va dal “direttivo” all’“esplorativo”. Essa utilizza un modello di psicoterapia focale come quella descritta per la psicoterapia breve da Sifneos e Malan e mira ad aiutare il paziente ad identificare ed elaborare i motivi delle sue relazioni problematiche. Il terapeuta identifica questi motivi attraverso la relazione con il paziente (transfert), oppure seguendo quello che il paziente dice circa altre significative relazioni, come quelle con la moglie o altri membri della famiglia, ecc.

Un’attenzione speciale è posta ai significati che il paziente attribuisce alla dipendenza dalla droga.

Per esempio un terapeuta può avere un paziente che nega di aver problemi. Egli ha preso l’appuntamento per curiosità o perché pensava che “doveva”, ma egli sostiene che le sue cose vanno bene a dispetto del suo modo di vivere, della mancanza di lavoro, ecc.. Se ha un problema con la sua ragazza, rifiuta di discuterne, salta le sedute e usa droghe, poi va a chiedere al suo consulente di aumentare la dose di metadone. In questo caso lo psicoterapeuta identifica prontamente il diniego del paziente come si manifesta nel transfert, nella relazione con la sua ragazza e nel suo uso di droga. Il terapeuta allora lavora col paziente cercando di diminuire tale difesa di negazione.

Se il terapeuta riesce, il trattamento dovrebbe aiutare il paziente a rivolgersi più direttamente ai suoi problemi e così aumentare la probabilità di trovare soluzioni migliori ai problemi esistenziali, anziché continuare a drogarsi.

4.1.2.3. La terapia cognitivo-comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale, di cui si trova ampia documentazione nei lavori di Perris et al. (1988), è un trattamento che mira ad identificare e cambiare false convinzioni, umori malsani e comportamenti problematici. E’ un trattamento che è stato sviluppato da Aaron Beck ed ha mostrato la sua efficacia nel trattamento di certe forme di depressione.

Esso può essere inserito nelle forme cosiddette “direttive”, in quanto mira a contrastare le false convinzioni che il soggetto ha di sé; di essere incapace di reagire, o di non valer niente, o di modificare le idee negative di sé e del futuro, che hanno una profonda influenza sul tono dell’umore.

Per esempio, una persona è ritirata, depressa e sente di essere inutile e di non poter combinare niente di buono. Un terapeuta cognitivo-comportamentale, dopo aver identificato queste false convinzioni le attacca direttamente e attivamente, cercando di mostrare al paziente come e perchè non sono vere. Se il terapeuta ha successo in tale lavoro l'umore del paziente di solito si ravviva ed il ritiro sociale che è associato diminuisce notevolmente. Inoltre durante la terapia, al paziente viene richiesto di fare "dei compiti a casa" come tener scritte le attività quotidiane ed i pensieri associati a certi cambiamenti comportamentali.

Alcune false convinzioni osservate abitualmente nei tossicodipendenti sono del tipo "ormai sono tossico, non farò mai niente di buono", oppure "chissà se potrò più sentirmi bene senza eroina". Il terapeuta cognitivo-comportamentale identifica tali convinzioni e lavora attivamente con il tossicodipendente, allo stesso modo che farebbe con un depresso.

4.1.2.4. Il colloquio motivazionale

E' un tipo di approccio elaborato da Miller negli anni '80, che fa parte dei trattamenti "esperienziali" con riferimento al pensiero rogersiano. Tale approccio è stato compendiato da Miller e Rollnick (1991) e seguito in Italia da G.P. Guelfi (1994). I principi generali dell'approccio si basano:

- a) sull'esprimere empatia;
- b) sviluppare contraddizioni;
- c) evitare le discussioni;
- d) sfruttare l'energia della resistenza;
- e) sostenere la fiducia del cliente.

Esso presuppone degli stadi di cambiamento per la tossicodipendenza, che vanno dalla "precontemplazione", in cui la persona non prende ancora in considerazione l'idea di smettere di drogarsi, alla "contemplazione, in cui è tipica l'ambivalenza di fronte al cambiamento; segue poi lo stadio della "azione", in cui s'identifica il processo di recupero ed infine lo stadio del "mantenimento", che consiste nel consolidamento del livello di cambiamento raggiunto, prevedendo scivolate e ricadute.

Ognuno di tali stadi comporta obiettivi e strategie differenziate da parte del terapeuta.

4.1.2.5. La terapia familiare

Il campo della terapia familiare ha conosciuto una rapida espansione, da un punto di vista sia clinico che teorico, negli ultimi trent'anni.

Essa può essere definita come una terapia volta a produrre in un'unità familiare modi di vita più soddisfacenti; l'attenzione è sulla famiglia più che sull'individuo, il cui com-

portamento è considerato una parte differenziata della più completa matrice familiare.

Secondo tale prospettiva, la modifica nell'unità della famiglia ha conseguenze positive per i singoli membri. In quanto tale terapia si rifà alla teoria generale dei sistemi, formulata da von Bertalanffy (1952), che è un'estensione dei principi derivanti dalla biologia e dalla psicologia della Gestalt e dalla cibernetica, essa può essere inserita nelle forme di psicoterapia della classe "esperenziale".

Essa analizza l'importanza della comunicazione nel campo delle interazioni familiari e dei gruppi di persone che entrano in contatto tra loro: studia lo sviluppo del concetto di sé e dell'influenza che su esso esercitano le percezioni degli altri e delle conseguenze che si possono avere da una parte se l'individuo non considera queste differenze, dall'altra se i membri della famiglia negano e non confermano la realtà della percezione di uno di loro.

Pur avendo avuto inizio a Palo Alto, in America, questa corrente di studio ha trovato ampio spazio in Italia con la scuola di Milano della Palazzoli Selvini e collaboratori e nell'ambito delle tossicodipendenze con i lavori di Cancrini e della sua scuola.

4.2 Modalità degli interventi psicoterapici

Già al termine della valutazione diagnostica dovrebbe esser formulata un'indicazione sulle modalità dell'intervento psicoterapico e sul contesto che può assicurare per il soggetto i risultati migliori. Anche se nessun clinico può conoscere a fondo tutte le varietà di trattamenti, si tratta di usare alcuni criteri che rendono possibile un'invio intelligente ad alcuni tipi di trattamento piuttosto che ad altri.

Ecco in sintesi uno schema delle diverse possibilità:

- a) trattamento Psicoterapico da solo:
 - individuale - ambulatoriale
 - effettuato in una istituzione
 - di gruppo - ambulatoriale
 - effettuato in una istituzione
 - di famiglia - ambulatoriale
- b) trattamento psicoterapico integrato con altri trattamenti:
 - psicoterapia integrata con farmacoterapia
 - psicoterapia integrata con altri trattamenti nelle infezioni da HIV
 - psicoterapia integrata con trattamenti farmacoterapici e socio-riabilitativi

4.2.1 Psicoterapia come programma elettivo

La valutazione diagnostica può dare indicazione sull'utilità di una psicoterapia, come unico trattamento di elezione per un dato soggetto, senza far ricorso ad altri strumenti terapeutici con la prospettiva di una guarigione clinica che preveda un cambiamento nella personalità del paziente.

Tra queste possibilità, sulla base dell'esperienza clinica, si può scegliere:

4.2.1.1 La psicoterapia individuale

Per la scelta della psicoterapia individuale saranno importanti alcuni elementi, quali:

- a. la fase iniziale del comportamento tossicomane, o preferibilmente l'assenza di dipendenza da oppiacei;
- b. l'indicazione rispetterà il bisogno emotivo da parte del paziente, di un'atmosfera di assoluta confidenza, e quindi di privacy, per poter parlare di sé e delle proprie difficoltà;
- c. un'altra caratteristica sarà legata al tipo di problema presentato dal paziente, che deve essere personale, non l'espressione di un problema familiare di cui egli funga da "capro espiatorio". Tale problema deve richiedere l'esplorazione di conflitti intrapsichici e di sottili forme di difesa, per i quali il paziente deve aver dimostrato risorse intellettive ed affettive che consentano una tale esplorazione.
- d. infine, come controindicazione, si deve far attenzione che il paziente non presenti una marcata regressione, con possibilità di favorire una dipendenza di tipo psicotico, per bisogni simbiotici rimasti mascherati.

La tecnica, secondo i criteri di formazione professionale, potrà essere di tipo supportivo-espressiva o cognitivo-comportamentale, o altra.

Un programma di psicoterapia individuale, qualora le risorse personali ed ambientali lo consentano, può essere svolto ambulatorialmente presso il servizio per le tossicodipendenze. Qualora per il pericolo di ricaduta nell'uso di eroina, o per situazioni carenti da parte dell'ambiente, tale tipo di trattamento non possa essere svolto in regime ambulatoriale, si può far ricorso ad una struttura residenziale comunitaria, attrezzata in tal senso (ad esempio la comunità Villa Renata, a Venezia e la comunità Il Porto a Moncalieri-TO).

4.2.1.2 La psicoterapia di gruppo

I gruppi hanno una gamma assai vasta di applicazioni: oltre a quelli più propriamente psicoterapeutici, ci sono quelli che alla terapia affiancano elementi quali l'attività, la socializzazione, il counselling, l'auto-aiuto, ecc.

Nell'ambito delle tossicodipendenze essi costituiscono uno strumento elettivo nell'at-

tività terapeutica di molte Comunità residenziali e semiresidenziali. Negli ultimi anni si sono sviluppati anche programmi ambulatoriali centrati sull'attività di gruppo (vedi l'esperienza dell'associazione La Fenice, a Verona).

I gruppi per essere validi ai fini terapeutici devono possedere alcune caratteristiche, quali un'accurata composizione e organizzazione, la selezione dei pazienti che vi partecipano ed una loro preparazione preliminare.

4.2.1.3 La psicoterapia di famiglia e di coppia

Tra le diverse metodologie di terapia familiare: psicodinamica, sistemica, comportamentale, cognitiva, quella di tipo sistemico è stata la più diffusa ed usata nell'ambito della tossicodipendenza, come dimostrano i numerosi lavori presentati alla XV Conferenza Mondiale delle Comunità Terapeutiche, Venezia 1992.

Essa comporta la presenza contemporanea di tutti i membri della famiglia, con i quali è importante stabilire una condizione di alleanza e collaborazione. Ciò presuppone naturalmente la presenza di legami familiari ancora validi e la volontà dei membri di ottenere un certo tipo di cambiamento. Gli operatori debbono valutare il problema, osservare le interazioni tra i membri, valutare le risorse in positivo ed in negativo della famiglia.

Una modalità intermedia tra la terapia della famiglia e quella del gruppo, con una valenza più socio-terapeutica, è quella realizzata da Hudolin (1985) per il trattamento dell'alcolismo, attraverso i club, ed ora estesa alle tossicodipendenze.

4.3 Psicoterapia come trattamento integrato

Qualora i bisogni della persona tossicodipendente non siano solamente d'ordine psicologico, ma richiedano altre forme di intervento di natura medica o socio-assistenziale, la psicoterapia deve essere integrata con tali tipi di trattamento.

Si tratta del trattamento multimodale.

L'uso combinato dei vari interventi non può essere un metodo da usare in ogni situazione, secondo il criterio del "melius abundare quam deficere", ma deve essere sempre affiancato dalla valutazione del significato che certi tipi di intervento, o la loro integrazione, hanno per il paziente. Come sostiene Zapparoli (1988) essi possono costituire sistemi di sicurezza per il paziente solo dopo che abbiamo favorito la sua comprensione del rapporto tra il nostro intervento e i suoi bisogni.

Le condizioni più frequenti in cui è utile prendere in considerazione l'integrazione dei diversi trattamenti si verificano:

- 1) nei pazienti tossicodipendenti con disturbi di tipo psichiatrico, sia primari, che secondari all'abuso di sostanze;
- 2) nei tossicodipendenti con dipendenza cronica da eroina e/o altre droghe;
- 3) nei pazienti tossicodipendenti sieropositivi e in AIDS.

4.3.1 *Psicoterapia integrata con farmacoterapia*

Nel contesto di un modello psicodinamico di trattamento (ad es. la terapia supportivo-espressiva) per favorire l'integrazione ed evitare ambiguità nel paziente, è auspicabile che gli interventi siano effettuati da due distinti operatori, professionalmente esperti. L'unificazione dei compiti, in un unico terapeuta, è fonte di contrasti e manipolazioni reciproche, a meno che l'intenzione non sia la programmazione di un rapporto di counseling.

Elemento integratore dei trattamenti è il bisogno del paziente. Esso consente sia al medico che allo psicologo clinico di lavorare intorno ad un obiettivo comune. Nel caso, ad esempio, dell'elaborazione durante la psicoterapia della difesa megalomanica e della paura, da parte del paziente, di abbandonare tale posizione infantile, l'atteggiamento del medico sarà, in linea con lo psicologo clinico, di un progressivo contenimento dell'angoscia attraverso l'uso di metadone con dosaggio a scalare, graduato più o meno velocemente, o con l'uso di altri farmaci in grado di aiutare il paziente a tollerare l'angoscia crescente di sentirsi indifeso e impotente.

Nella realtà clinica però, nonostante l'apparente semplicità della impostazione metodologica, la pratica psicoterapeutica e quella somatica, non sono mai riuscite ad integrarsi facilmente. Sui problemi e difficoltà di tale integrazione, nella clinica dei disturbi psichici, ha svolto un lavoro approfondito ed esauriente S. Diena (1988).

Un modello di integrazione tra cure mediche e psicoterapia cognitivo-comportamentale è stato descritto da Beitman ed altri (1994).

Essi propongono di dividere il processo della psicoterapia in stadi, che vengono definiti dagli obiettivi che ogni stadio si prefigge. Esiste:

- lo stadio della presa in carico;
- lo stadio della ricerca del modello di comportamento;
- lo stadio del cambiamento;
- lo stadio della conclusione della terapia.

L'uso dei farmaci può essere effettuato in ciascun momento di questi stadi, accelerando o inibendo il movimento verso l'obiettivo specifico. La sua efficacia e utilità quindi è in parte dipendente dal contesto psicoterapico in cui viene effettuata. Gli AA. prendono in esame sei elementi, presenti in ciascuno stadio del processo psicoterapico:

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1. gli scopi; | 2. le tecniche; |
| 3. i contenuti; | 4. le resistenze; |
| 5. il transfert; | 6. il controtransfert. |

e per ciascun elemento descrivono l'importanza delle cure mediche messe in atto.

Vedi la tabella descritta da Beitman: "Gli stadi della Psicoterapia individuale e l'integrazione con le cure mediche".

Tabella: Stadi della psicoterapia individuale e integrazione con le cure mediche (secondo Beitman)

STADIO	PRESA IN CARICO	RICERCA DEL MODELLO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE	CAMBIAMENTO	CONCLUSIONI
Scopi	<ul style="list-style-type: none"> - fiducia; - credibilità; - alleanza con la capacità di autoosservazione del soggetto. 	definire il problema dell/i modello/i da cambiare, in vista dell'esito favorevole del trattamento	<ul style="list-style-type: none"> - abbandono del modello disadattivo; - dar inizio ad un nuovo modello; - fare esperienza del nuovo modello. 	separazione dal terapeuta dopo aver raggiunto un buon risultato
Tecniche	<ul style="list-style-type: none"> - trasmettere comprensione empatica; - dare suggerimenti efficaci; - dare cure mediche efficaci. 	<ul style="list-style-type: none"> - uso di questionari; - "compiti" a casa.. <p>significati idiosincratici alla cura medica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - interpretazione; - riformulazione; - consigli comportamentali; - cambiamenti indotti dalla cura medica. 	<ul style="list-style-type: none"> - accordo reciproco; - su iniziativa del paziente; - su iniziativa del terapeuta - influenzata dalle cure mediche.
Contenuti	<ul style="list-style-type: none"> - cure mediche adeguate alla diagnosi. 	<ul style="list-style-type: none"> - la risposta alle cure mediche riflette un problema del modello da cambiare? 	<ul style="list-style-type: none"> - gli effetti delle cure, o la presenza di coscienza circa il loro uso, accelera i cambiamenti. 	<ul style="list-style-type: none"> - le cure mediche possono dilungare la conclusione del trattamento.
Resistenza	<ul style="list-style-type: none"> - gli effetti collaterali delle cure rappresentano una resistenza al trattamento? 	<ul style="list-style-type: none"> - il tipo di non adesione al regime di cura riflette un problema del modello in discussione? 	<ul style="list-style-type: none"> - nuovi effetti collaterali delle cure suggeriscono una resistenza a cambiare? 	<ul style="list-style-type: none"> - la ricorrenza di un sintomo non è l'indicazione per un cambiamento delle cure
Transfert	<ul style="list-style-type: none"> - il medico vissuto come onnipotente o come malefico. 	<ul style="list-style-type: none"> - il significato delle cure si riflette nel modello comportamentale di cui si tratta? 	<ul style="list-style-type: none"> - le distorsioni non risolte possono manifestarsi in una nuova richiesta di cure che interferiscono con il cambiamento 	<ul style="list-style-type: none"> - il desiderio di nuove o più intense cure riflette il desiderio di mantenere il legame col terapeuta.
Controtransfert	<ul style="list-style-type: none"> - insuccesso del medico a fare una prescrizione appropriata. 	<ul style="list-style-type: none"> - la prescrizione delle cure riflette una risposta distorta al problema del paziente. 	<ul style="list-style-type: none"> - un'improvvisa modifica del tipo di cura riflette il tentativo di screditare il cambiamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - la prescrizione di nuove cure riflette il desiderio di mantenere il legame col paziente.

Anche se l'utilizzazione di tale modello fa riferimento all' integrazione dei trattamenti nel caso di disturbi psichici in generale, la stessa metodologia può essere applicata nel campo della tossicodipendenza, quando siano ritenuti necessari interventi con farmaci (siano essi metadone o naltrexone) e psicoterapia ed in presenza di uno spirito di collaborazione tra psicoterapeuta ed internista.

Nel caso di co-morbidità psichiatrica, Woody et al. (1990), hanno descritto una interazione tra gravità dei disturbi psichici e risultati della terapia.

I pazienti con un livello di gravità bassa mostravano di trarre beneficio da tutte le condizioni di trattamento previste durante la ricerca. I gruppi mediamente gravi presentavano, in generale, risultati migliori, un dato questo che risultava più pronunciato con l'aumentare della gravità dei problemi. Già in un precedente lavoro (1986) lo stesso gruppo di ricerca riconosceva che ci sono alcuni sottogruppi di pazienti in mantenimento metadonico che possono essere candidati più o meno buoni a ricevere un trattamento psicoterapico professionalmente qualificato. I candidati migliori erano coloro che presentavano problemi psichiatrici significativamente gravi, identificati nella ricerca, come pazienti con alti livelli di gravità psichiatrica.

Inoltre essi aggiungevano che se la terapia è efficace, "il buon esito della gestione di questi pazienti problematici con disturbi molto gravi può ridurre lo stress dell'intero staff oltre che fornire un beneficio diretto ai singoli pazienti".

4.3.1.1 Psicoterapia integrata nei pazienti con infezione da HIV

La crescente letteratura sull'HIV ha descritto i problemi che affrontano i pazienti con infezione da HIV. L'operatore deve occuparsi del diniego iniziale del paziente, dello shock e/o della rabbia che egli prova nel venire a conoscenza del risultato positivo al test, e deve cercare di aumentare le probabilità che il paziente sia spinto a prendersi cura di sé piuttosto che a sviluppare un comportamento autodistruttivo. Combattere la comprensibile disperazione e aiutare il paziente a trovare una motivazione a prendersi cura di sé stesso, sia nella fase iniziale che nelle fasi conclamate dell'AIDS, è un obiettivo che non deve mai essere perso di vista.

Il problema di queste situazioni è duplice: aiutare i pazienti ad affrontare il loro problema della morte e creare una struttura di supporto per gli operatori che devono far fronte alle ripetute perdite dei loro pazienti.

Nonostante molto si sia sentito intorno alla morte, pochi sono gli studiosi che si sono posti il problema di "come" aiutare il paziente, inesorabilmente malato, ad accettare l'approssimarsi della morte, come può accadere per malati oncologici o in AIDS terminale.

K. Eissler (1995), che è stato uno di quei pochi, ritiene che la tecnica del trattamento del paziente morente deve essere imperniata su quella che egli chiama "la situazione di dono". Lo psichiatra deve creare al momento opportuno la corretta situazione in cui dare

il giusto dono.

Poiché i medici della nostra società non sono tenuti a far doni ai loro pazienti, un tale atto è considerato dal paziente come un inusuale ed immeritato favore del destino. Naturalmente il dono può avere il suo effetto benefico solo se avviene in un momento in cui esso è sentito dal paziente come un simbolo, cioè, quando egli ha sviluppato un forte transfert positivo.

Le particolari esigenze tecniche infatti richiedono che sia evitata qualsiasi componente di transfert negativo nella relazione terapeutica. Il paziente, secondo Eissler, deve avere sin dall'inizio l'idea che egli può fare totalmente affidamento sullo psichiatra e che non ci sono limitazioni ai confini ai quali arriverà lo psichiatra per assisterlo.

Un aspetto di tale rapporto è la capacità di riuscire ad anticipare i desideri del paziente, arrivando a soddisfarli inaspettatamente. Questa consapevolezza, che lo psichiatra lo conosce meglio di quanto egli stesso riesce a fare, farà sentire il dono come una parte stessa del medico. Un tale sentimento da parte del paziente, che si accompagna allo spaventoso segno di essere destinato a morire mentre fuori la vita continua, si traduce in una sensazione di morire insieme, riducendo il dolore della morte o trasformandolo in una imminente rinascita, che può convertire la realtà della morte nel suo opposto.

Sul piano tecnico-operatore, in queste situazioni, deve poter individuare un bisogno, riconosciuto dal paziente stesso, da elaborare e soddisfare insieme. E' come una delimitazione del campo di intervento, nell'impossibilità di guarire la malattia nel suo complesso. Ci sono diversi modi con i quali si può lavorare sui bisogni di questi malati:

- a) aiutarli ad accettare le terapie;
- b) facilitare l'espressione delle loro emozioni e preoccupazioni;
- c) farli sentire amati per se stessi.

Quest'ultimo punto, come scrivevo in un mio intervento ad un convegno sull'ortotanasia (1988), si realizza massimamente nella relazione del terapeuta con il paziente. In essa il primo si rende disponibile ad aiutare il secondo ad acquisire la padronanza degli avvenimenti che gli stanno accadendo, al fine che il momento della morte non sia né spaventoso né penoso, ma diventi la tranquilla cessazione del funzionamento del corpo.

E' dunque possibile una "terapia del morire" se siamo in grado di ascoltare il malato che esprime le sue angosce e paure aiutandolo a vivere la consapevolezza dei suoi più reconditi sentimenti ed emozioni ed a trovare un senso e un significato nei fatti e nelle esperienze già vissute.

In uno scritto su questo argomento Comazzi (1990) puntualizza la presenza di una insidia nella relazione col malato terminale ed era la sindrome da burn-out. Questo quadro sintomatologico caratterizzato da frustrazione, demotivazione e depressione, colpisce proprio quegli operatori che lavorano in un contesto di grave stress psico-emotivo. Questa reazione appare sia come sintomo di affaticamento, sia come meccanismo difensivo;

determina un distacco emozionale che impedisce l'instaurarsi di un rapporto empatico col paziente.

L'operatore quindi deve essere sensibilizzato ai problemi della relazione così da poter prevenire e affrontare le forti tensioni a cui sarà sottoposto dall'incontro col malato terminale. Solo colui che è disposto ad affrontare la morte insieme al malato sarà quindi in grado di portarlo, attraverso un progressivo "svezzamento" dalla terra a vivere questa estrema emozione.

4.3.2 Psicoterapia integrata con trattamenti farmacoterapici e/o socio-riabilitativi

Una tale complessa integrazione dei trattamenti, tale multimodalità degli interventi, presuppone la presenza di bisogni di diverso livello, contemporaneamente presenti, che richiedono la partecipazione di professionisti esperti di diverse discipline.

Trattasi in genere di:

- a) tossicodipendenti con DCE con patologie fisiche diverse e/o con condizioni sociali disagiate;
- b) dipendenti da cocaina che seguono i programmi di riabilitazione dei 28 giorni (come descritto da O'Brien et al. 1992);
- c) tossicodipendenti con AIDS;
- d) tossicodipendenti in gravidanza o madri con figli in tenera età a carico;
- e) tossicodipendenti con co-morbilità psichiatrica.

In molte di queste situazioni l'intervento psicoterapico deve essere svolto in collaborazione con altri operatori, secondo le diverse necessità.

Come abbiamo già ricordato e come hanno confermato molte ricerche (Rounsaville e Kleber, 1985; O'Brien, Woody e Mc Lellan, 1984) per operare correttamente è necessario eseguire accurate differenziazioni diagnostiche e tenere alto il livello di competenza clinica. Altrimenti si rischia di effettuare solo un counselling e questo spesso è inadeguato a rispondere ai complessi bisogni dei pazienti.

A titolo esemplificativo, per questa procedura, prenderemo in considerazione l'iter terapeutico di un tossicodipendente con dipendenza cronica da eroina e dei possibili momenti di integrazione di diversi trattamenti.

Come abbiamo accennato a proposito della diagnosi, al momento dell'accoglienza al servizio di persone con tale problema non è possibile riconoscere, da parte dello psicologo clinico, i loro bisogni profondi, le loro emozioni vere, in quanto il funzionamento mentale è alterato dall'effetto tossico delle droghe o da quello anestetizzante dell'eroina.

Al momento dell'accoglienza e dalla presa in carico il paziente con DCE non è quindi in grado di mostrare la disponibilità a discutere ed affrontare i suoi dolorosi sentimenti. Da essi si difende anzi con l'arma estrema del diniego e con il rifugio nel sentimento

infantile di onnipotenza, rinforzato da taluni effetti dell'eroina. Il rischio in tali situazioni è di limitarsi al puro trattamento farmacologico sostitutivo, affiancato ad un intervento di counselling. Lo psicologo clinico però può cogliere qualche elemento significativo nella relazione con il paziente o qualche dato della sua storia personale che consenta di stabilire un rapporto emotivo con lui e con il suo bisogno di morte. Da questo, talora, si può sviluppare una comunicazione più simmetrica che porta il paziente ad accettare di discutere di sé e ad affrontare il problema delle sue difese megalomane, onnipotenti. Su questa base è possibile programmare una psicoterapia, secondo la tecnica ritenuta più idonea, integrata con un trattamento farmacoterapico (metadonico) che faciliti la presa in carico psicologica. Con il tempo il paziente può giungere a modificare il suo comportamento fino a superare il sintomo tossicomane (guarigione sintomatica).

In assenza di una tale capacità, di fronte quindi ad una ambivalenza troppo forte verso l'eroina, la cui mancanza è vissuta come mortifera, si può valutare se il soggetto non abbia alcun desiderio di mettere in discussione i propri bisogni e sentimenti o se invece necessita, per poterlo fare, di un contenimento più efficace. Un contenimento di tipo clinico (con farmaci) ed emotivo (attraverso membri significativi della famiglia) oppure un contenimento "fisico" in una struttura semiresidenziale o residenziale, che consenta di iniziare un approfondimento del rapporto con il paziente e programmare un trattamento psicoterapico con tecniche supporto-espressive, cognitivo-comportamentali o motivazionali, integrato con il trattamento che funziona da contenitore.

Sono numerosi i successi di tali interventi, misurati sul versante del miglioramento del comportamento del paziente, che può giungere se non ad una guarigione sintomatica, ad una "guarigione sociale". Con questo termine si vuole significare che il soggetto riesce a smettere di usare eroina o altre droghe e riesce a stabilire rapporti affettivi stabili e a garantirsi un lavoro corrispondente alle proprie capacità, anche se non rinuncia al supporto di una certa dose di metadone. Si assiste cioè ad un rinforzo delle funzioni dell'IO del paziente, che diviene capace di affrontare la realtà degli adulti, ma ancora non in grado di elaborare la perdita di certe posizioni infantili. Egli piuttosto che abbandonare del tutto la posizione megalomane e permettersi così di poter vivere una vita significativa sul piano istintuale ed emotivo nel rapporto con gli altri, in non pochi casi compie una scissione. La stessa persona conduce una vita normale ed ha un'attività anche impegnativa e di responsabilità, ma mantiene, allo stesso tempo, un rapporto continuativo con la droga (attraverso il metadone). C'è in queste persone una capacità di controllo ed uno sforzo notevole per non precipitare, ma non la possibilità di elaborare costruttivamente e definitivamente un lutto. Queste due "identità" coesistono: la parte "sana" si libera dei conflitti troppo pesanti ed in particolare dell'angoscia di morte legata alla perdita delle posizioni onnipotenti infantili, proiettandola in quella tossicomane, che, a sua volta, con proiezioni sulla sostanza stessa (il metadone) cerca di "giocarla" e crede di disfarsene.

Qualora, per mancanza di motivazioni o per l'insuccesso dell'intervento integrato, il paziente mantenga costante l'uso di eroina e/o di altre droghe, non ha senso la continuazione di un trattamento psicoterapico. L'obiettivo dell'intervento è prevalentemente quello di un accudimento del paziente per i suoi bisogni primari: nutrirsi, un luogo dove dormire, la protezione da patologie, ecc, per il quale sarà indicato l'intervento di counselling.

5. COUNSELLING

L'azione di counselling, pur rientrando in un intervento di tipo psicologico, non è propriamente una modalità psicoterapeutica. Essa fa riferimento ad un programma terapeutico che preveda un ruolo di sostegno, di chiarimento e di una continuità assistenziale, quasi tutoriali, nei confronti di un tossicodipendente che dimostri di non riuscire a gestire i problemi più elementari della propria esistenza quotidiana.

Come afferma la Zweben (1991) una questione di base è appunto quella di determinare per chi e in quali circostanze certi tipi di counselling possono essere efficaci.

E' da precisare che la figura di counsellor è tipica della cultura americana, dove non esiste una rete di Servizi Pubblici per le tossicodipendenze come in Italia. Nei nostri SerT esistono figure professionali diversificate, e secondo i vari casi, accade che lo psichiatra o altro operatore sociale svolgano interventi di counselling, là dove non è stato possibile instaurare un programma più specifico.

Abbiamo già ricordato infatti che il counselling è centrato sui rapporti del paziente con l'ambiente esterno e si attua ogni qual volta il paziente da solo non si mostra in grado di trovare adeguate soluzioni ai propri problemi vitali.

Il compito dell'operatore è quindi quello di provvedere "un accudimento" della persona. Si tratta in genere di tossicodipendenti con cronica dipendenza da eroina, da alcool, con trattamenti metadonici insufficienti a coprire il bisogno di eroina, a volte con comorbidità psichiatrica ed in altalenante oscillazione tra i test di appartenenza ed i servizi psichiatrici, altre volte tossicodipendenti con patologie correlate che non si preoccupano di tenere sotto controllo medico, e così via.

Nella gran parte di tali persone che si presentano ai servizi non c'è una motivazione a trattamenti finalizzati a sospendere l'uso di droghe, per cui l'obiettivo dell'operatore diventa quello di incoraggiare il paziente a mantenere rapporti con gli operatori, a restare in carico al Servizio, a cercare di accrescere la sua motivazione ad un trattamento, e migliorare le sue capacità di autonomia.

I problemi da affrontare quindi sono, di volta in volta, o contemporaneamente di ordine medico, sociale, psicologico ed il counsellor deve saper trovare le risposte adeguate.

E' un lavoro che richiede una stretta collaborazione con gli altri membri dello staff del Servizio. Del resto, dal momento che il counsellor mantiene un contatto relativamente frequente con il paziente e dedica molto tempo ad esaminare le questioni della sua vita, egli sarà un fidato collaboratore per tutti gli altri membri dello staff. Importante può essere il suo ruolo nella procedura relative al dosaggio del metadone, in quanto è noto quale gamma di problemi si attivino in tali situazioni ed un tale operatore può esercitare una valida azione di interprete delle diverse esigenze, in modo che il metadone non sia utilizzato come strumento di potere sul tossicodipendente, né mezzo per una mera ridu-

zione di spesa per l'eroina.

Negli ultimi tempi si stanno studiando nuovi approcci innovativi in alternativa agli strumenti classici di intervento.

In Italia, sono iniziate esperienze di gruppi di auto-aiuto, gruppi socioterapici sullo stile dei clubs per alcoolisti in trattamento, gruppi di auto-aiuto alle famiglie con partecipazione dei pazienti in cura metadonica, ecc. Tutti mezzi che sono sicuramente di valido ausilio per l'azione di counselling e per mantenere aperto il dialogo con i tossicodipendenti resistenti a dismettere il loro comportamento tossicomaniaco.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. 3rd edition (DSMIII°); Washington, APA, 1980.
2. American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. 3rd edition revised (DSMIII°-R), Washington, APA, 1987. (tr. Italiana: DSMIII°-R, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, III edizione riveduta; Milano, Mason, 1988)
3. Beitman BD, Kelley LA and Slaughter JR - Pharmacotherapy and its influence on the stages of pscoterapy. The J. of Psych. and Behav. Sciences, new series, vol 4, n.1, 1994
4. Bertalanffy L von - Problems of life. Wiley, New York, 1952.
5. Bonetti A - Note sulla relazione terapeutica con un paziente morente. Relazione al Convegno su "Lo psicanalista e la morte"; Milano, 1988 in press.
6. Charles-Nicolas A - Addiction: fassione e ordalia. In "Lo psicanalista in ascolto del tossicomane" (a cura di) Bergeret J, Fain M, Bandelier M, Borla; ed Roma, 1983.
7. Comazzi AM, Morganti C - Lo psichiatra, la morte e l'ortotanasia. II° Congresso reg. "Psichiatria e Ospedale Generale"; Cremona, 1990.
8. XV Conferenza Mondiale delle Comunità Terapeutiche - La famiglia nella società, quale futuro? Venezia, 1992.
9. Craig RJ - A psychometric study of the prevalence of DSMIII° personality disorders among treated opiate addicts; int. J. Addict 2: 115-124, 1988.
10. Crepet P, Florenzano F, - La paura di vivere. Ed. Riuniti, Roma, 1989
11. Deutsch F - The associative anamnesis, psychoanal. q.; vol 8, 354-381, 1939
12. Diena S - Psicoterapia e farmacoterapia: aspetti concettuali. In "La psichiatria oggi" (a cura di) Zapparoli GC; Boringhieri ed, Torino, 1988.
13. Eissler K - The psychiatrist and the dying patient. Hit. Universities Press, New York, 1955.
14. Frances A, Clarkin J, Perry S - Differential therapeutics in psychiatry. The art and science of treatment selection. Brunner/Mazel, New York, 1984.
15. Frank JD - Therapeutic factors in psychotherapy . Am. J. Psychotherapy vol 25, 350-61, 1971.
16. Gagliardi G, Oleardi F - Tossicomania e suicidio: esiste una correlazione?. In Lopez M, Leone A, "Le tossicodipendenze"; ed. Pacini, Pisa, 1984.
17. Garfield SL - Introductory Clinical Psychology; Macmilian, New York, 1957.
18. Gislson MC - Il colloquio clinico e la diagnosi differenziale. Bollati Boringhieri ed., Torino 1988.
19. Goldstein AP - Therapist-patient's expectancies in psychotherapy. Pergamon press, Nrw York, 1962.
20. Guelfi GP - Il colloquio motivazionale: una mano protesa verso chi cerca di rinascere. Medicina delle farmaco-tossicodipendenze; anno II°, n3, 52-57, 1994.
21. Horney K - Nuove vie della psicanalisi. Bompiani ed, Milano 1959.
22. Hudolin V - Alcolismo. Arcat-Fug ed, Udine, 1985.
23. International Classification of Diseases (ICD 10); OMS, 1992.
24. Kernberg OF - Structural interviewing Psychiatric. Clinics of North America, 4, 1: 169-195, 1981 (tr. Italiana, L'intervista strutturale. Psicoter. Sc. Um. XVII, 4: 22-55, 1983.)
25. Kernberg OF, Clarkin JF - Treatment of personality disorders. Int. J. of Mental Health, 21, 2: 53-76, 1992. (tr. Italiana, La valutazione della terapia dei disturbi di personalità. Psicoter. sc. Um. XXVIII, 3, 1994)
26. Khantzian EJ, Treece C - DSMIII° Psychiatric diagnosis of narcotic addicts: recent findings. Arch. Gen. Psychiatry, 42: 1067-71, 1985.
27. Kosten TR, Rounsaville BJ, Kleber HD - DSMIII° Personality disorders in opiate addicts. Compr. Psychiatry, 23: 572-581, 1982.

28. Lambert MJ - Some implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy, 5: 16-45, 1986.
29. Lewin K - Teoria dinamica della personalità. Giunti Barbera, Firenze, 1965.
30. Luborsky L, Crits-Christoph P - Capire il transfert. Raffaello Cortina ed, Milano, 1992.
31. Luborsky L - Individual treatment manual for supportive-expressive psychoanalytically oriented psychotherapy: special adaption for treatment of drug dependence. Copyright by Lester Luborsky.
32. Maslow AH. Motivazione e personalità (1954). Armando, Roma 1982.
33. Menninger K. The vital balance. The Life Process in Mental Health and Illness, Viking Press, New York, 1966.
34. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviour. The Guilford Press, New York, 1991.
35. Nicholas C, Valleur M - Le condotte ordaliche. In Olievenstein L (a cura di): "La vita del tossicomane", ed Lauretana, Loreto, 1987.
36. Olievenstein C - L'infanzia del tossicomane. Borla ed, Roma, 1984.
37. O'Brien C, Mc Lellan AT, Alterman A and Childress AR - Psychotherapy for cocaine dependence; 1992 Cocaine: scientific and social dimensions. Wiley, Chichester (Ciba Foundation Symposium 166): 207-223.
38. Pao Ping-Nie - Disturbi schizofrenici. (ed originale, 1979) Tr. Italiana Cortina, Milano 1984.
39. Perris C, Blackburn JM and Perris H - Cognitive psychotherapy. Springer Verlag, Berlino, 1988.
40. Rogers CR - Psicoterapia di consultazione. (ed originale, 1942) Tr Italiana Astrolabio, Roma, 1971.
41. Rosenfeld H - Stati psicotici. Armando ed, Roma, 1973 (ed orig, 1965).
42. Rossi R - I lotofagi. Riv. di psicoanalisi, XXVI, n3: 359-367, 1980.
43. Rounsaville BJ e Kleber HD - Untreated opiate addicts: how do they differ from those seeking treatment? Archiv. of general psychiatry, 42: 1072-1077, 1985.
44. Senise T - Il setting nella terapia breve di individuazione. In "Psicoterapia breve di individuazione", la metodologia di T Senise nella consultazione con l'adolescente. Aliprandi MT, Pelanda E, Senise T; Feltrinelli, Milano, 1990.
45. Torrey EF - What western psychotherapist can learn from witch doctors. Am. J. Orthopsychiat. vol 42: 69-72, 1972.
46. Vinci G - Percorsi familiari nelle tossicomanie da eroina: verso una tipologia delle coppie parentali. Ecologia della mente, 12: 69-97, 1991.
47. Wolberg LR - The technique of psychotherapy, 2nd ed Grune eStratton, New York, 1967.
48. Woody GE, Mc Lellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Blaine J, Fox S, Herman I and Beck AT - Psychiatric severity as a predictor of benefits from psychotherapy; The pen. V.A. Study. Am. J. Psychiatry 141: 10, 1172-1177, 1984.
49. Woody GE, O'Brien CP, Mc Lellan AT and Luborsky L - Psychotherapy as an adjunct to methadone treatment. In, Meyer R ed, Psychiatric aspects of opiate dependence: 169-195, Guilford Press, New York, 1986.
50. Woody GE, Mc Lellan AT, Luborsky L and O'Brien CP - Psychotherapy and counselling for methadone. Maintained opiate addicts: results of research studies. Nida Research monograf 104, 1990.
51. Zapparoli GC - La psichiatria oggi. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
52. Zapparoli GC - Paranoia e tradimento. Bollati e Boringhieri, Torino, 1992.
53. Zucca-Alessandrelli C - Adolescenza e tossicodipendenza. In, "L'adolescente come paziente" (a cura di T. Senise), Angeli F, Milano, 1989.
54. Zweben JE - Counselling issues in methadone maintenance treatment. J. Psychoact. drugs, vol 23(2):117-190, 1991 (tr. Italiana in Basis, 5/6, 1994).