

METODOLOGIA DI INTERVENTO PER SOGGETTI COCAINOMANI ATTUATA DAL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE DELL'ASL 3 DELLA REGIONE UMBRIA

Sonia Biscontini, Mariateresa Di Leo, Catia Reali

Dipartimento per le Dipendenze ASL 3, Regione Umbria

PREMESSA

È ormai assodato che il mondo delle Dipendenze ed i fenomeni di abuso stiano attraversando una continua evoluzione. Emergono continuamente nuovi bisogni degli utenti che richiedono una riflessione sulle metodologie di intervento da adottare e sugli aspetti organizzativi affinché questi siano sempre più adeguati e all'avanguardia.

Tali bisogni presentano una complessità ed una diversità tale da richiedere nuove forme e nuove modalità di intervento oltre a progetti terapeutici specifici ed individualizzati.

Molte di queste problematiche, che erano considerate sommerse dagli addetti ai lavori fino a qualche anno fa, oggi sono rappresentative dell'utenza che accede al Dipartimento per le Dipendenze.

Il Dipartimento per le Dipendenze dell'ASL n.3 (Foligno, Spoleto, Valnerina) della Regione Umbria rappresenta oggi un punto di riferimento primario per i cittadini con problemi di dipendenza da sostanze legali o illegali, gioco d'azzardo e altre forme di dipendenza.

L'accesso al Dipartimento di pazienti sempre più giovani (a tal proposito si fa presente che, da una ricerca effettuata dal nostro Dipartimento nell'anno 2002, si è evidenziato come l'utenza che accede al Ser.T. di Foligno è doppia rispetto alla media nazionale) conferma un dato nazionale relativo al fatto che ragazzi giovanissimi sperimentano l'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti. Tutto ciò ci invita a riflettere sull'importanza di attuare interventi sempre più mirati alla prevenzione e ci conferma la necessità di creare spazi adeguati in grado di accogliere questa nuova tipologia di utenza.

Per questo motivo nel maggio 2003 è stato istituito il Servizio Nuove Dipendenze denominato Girovento collocato in spazi diversi dal Ser.T. , rivolto a coloro che non fanno uso abituale di eroina, ma che utilizzano altre sostanze in modo saltuario o continuativo, oppure presentano comportamenti patologici d'abuso o dipendenze sine substantia.

Dalla nostra esperienza, lavorando da anni con soggetti tossicodipendenti, abbiamo avuto modo di riflettere come negli ultimi anni ci si trovi concordi nel considerare il termine "Dipendenza" facente parte di quell'insieme costituito da molteplici problematiche che si articolano all'interno di differenti tipi di patologie, in particolare i disturbi di personalità, che sono in forte aumento nel nostro assetto sociale.

Uno degli aspetti emergenti è l'incremento, statisticamente significativo (vedi tabelle), degli assuntori di cocaina, che utilizzano una diversa modalità di assunzione a seconda del gruppo sociale di appartenenza: mentre l'uso endovena è comune tra i consumatori di eroina, la cocaina viene invece sniffata dai consumatori delle fasce sociali medio alte.

Dipartimento Dipendenze: unità organizzativa Ser.T. Spoleto - Anno 2005

Bacino d'utenza 31.000 abitanti

Tab. 1 - Abuso primario della cocaina suddiviso per classi di età e per sesso

Classi di età	Maschi	Femmine
<15	0	0
15-19	0	0
20-24	1	0
25-29	1	0
30-34	1	0
35-39	2	0
40-44	1	0
45-49	0	0
50-54	0	0
55-59	1	0
>60	0	0
Tot.	7	0

Tab. 2 - Abuso secondario della cocaina suddiviso per classi di età e per sesso

Classi di età	Maschi	Femmine
<15	0	0
15-19	0	0
20-24	3	1
25-29	7	2
30-34	3	1
35-39	5	1
40-44	2	1
45-49	1	0
50-54	0	0
55-59	0	0
>60	0	0
Tot.	21	6

Tab. 3 - Et  di primo uso della cocaina suddiviso per classi di et 

Classi di et�	Numero utenti
<15	0
15-19	3
20-24	1
25-29	0
30-34	3
>35	0
Tot.	7

Dipartimento Dipendenze: unit  organizzativa Ser.T. Foligno - Anno 2005

Bacino d'utenza 100.000 abitanti

Tab. 4 - Abuso primario della cocaina suddiviso per classi di et  e per sesso

Classi di et�	Maschi	Femmine
<15	0	0
15-19	0	0
20-24	5	2
25-29	4	2
30-34	7	0
35-39	3	0
40-44	3	0
45-49	0	0
50-54	1	0
55-59	1	0
>60	0	0
Tot.	24	4

Tab. 5 - Abuso secondario della cocaina suddiviso per classi di età e per sesso

Classi di età	Maschi	Femmine
<15	0	0
15-19	1	0
20-24	19	5
25-29	22	4
30-34	15	1
35-39	13	2
40-44	3	2
45-49	4	0
50-54	0	0
55-59	0	0
>60	0	0
Tot.	77	14

Tab. 6 - Età di primo uso di cocaina come sostanza primaria per classi di età

Classi di età	Numero utenti
<15	0
15-19	6
20-24	10
25-29	6
30-34	2
>35	3
Tot.	27

Dipartimento Dipendenze: unità organizzativa aziendale Servizio Nuove Dipendenze "Girovento"- Anno 2005

Tab. 7 - Sostanza d'abuso primaria suddivisa per classi di età e per sesso

Classi di età	Maschi	Femmine
<15	0	0
15-19	3	0
20-24	7	1
25-29	1	0
30-34	0	0
>35	0	0
Tot.	11	1

Tab. 8 - Abuso secondario della cocaina suddiviso per classi di età e per sesso

Classi di età	Maschi	Femmine
<15	0	0
15-19	1	0
20-24	5	0
25-29	2	0
30-34	0	0
>35	0	0
Tot.	8	0

Tab. 9 - Età di primo uso di cocaina come sostanza primaria per classi di età

Classi di età	Numero utenti
<15	0
15-19	3
20-24	6
25-29	12
30-34	0
>35	0
Tot.	12

Tab. 10 - Nuovi utenti cocainomani in carico dal 2003 al 2006 presso il servizio aziendale Nuove Dipendenze "Girovento"

Anno	Nuovi utenti in carico	Uso di cocaina
2003	11	4
2004	27	10
2005	29	26
2006 (gennaio-maggio)	25	19

LA SCELTA DELLA COCAINA

Si conviene nel ritenere che il tossicodipendente, usando droga, non farebbe altro che curare se stesso. Le sostanze diverse e specifiche vengono, spesse volte, scelte per specifici effetti psicologici e farmacologici a seconda dei bisogni. Nel caso dell'assunzione di cocaina sembrerebbe che questa venga usata soprattutto nei disturbi dell'umore per mantenerne elevato il tono in pazienti maniacali o ipomaniacali quando si verifica un viraggio dell'umore in senso depressivo. L'uso della cocaina accresce però i sentimenti di rabbia (che invece l'eroina tende a ridurre), la sintomatologia di tipo paranoico, l'ansia, a volte può slatentizzare uno stato allucinatorio in pazienti predisposti. Dai dati in nostro possesso si evince che l'utilizzo della cocaina sia frequente anche negli adolescenti; in modo particolare, tra quelli ai quali era stato diagnosticato durante l'in-

fanzia un disturbo da deficit dell'attenzione, l'uso è presente nella quasi totalità dei casi (questo dato è confermato anche da Khantzian).

METODOLOGIA DI INTERVENTO

“Anche nel più estremo caso di compiacenza e di formazione di una falsa personalità esiste, nascosto in qualche luogo una vita segreta che è soddisfacente perché è un'espressione creativa e originale di quell'essere umano”.

Winnicott

Il Servizio per le Dipendenze della ASL 3, da anni organizzato e programmato soprattutto per assuntori di oppiacei, si ritrova ad affrontare questa nuova problematica cercando di dare risposte efficaci. Innanzitutto la dipendenza da cocaina deve essere trattata considerando che essa provoca disturbi sia sul piano fisico che psicologico e che ha bisogno d'aiuto sia l'assuntore con una dipendenza quotidiana che quello vincolato ad una dipendenza di intervallo più lungo, i così detti “cocainomani del week-end”, poiché, anche in questo caso, si evidenziano numerosi problemi sia organici che psicosociali.

E' indispensabile che l'utente cocainomane sia preso in carico da una équipe multiprofessionale che sia in grado di aiutare la persona ad affrontare le problematiche derivanti dall'uso della sostanza.

L'approccio terapeutico deve necessariamente tener conto delle numerose variabili che durante il percorso entrano in gioco: l'astinenza, il disturbo dell'umore sottostante, i deficit neurocognitivi che quasi inevitabilmente si vengono a creare.

Pertanto il trattamento, previsto nelle due Unità Operative del Dipartimento per le Dipendenze dell'ASL 3 dell'Umbria (Ser.T di Foligno e Ser.T di Spoleto nell'articolazione dei due servizi per le Nuove Dipendenze), per gli utenti cocainomani viene incentrato principalmente su tre fasi:

- 1) la fase medica che prevede:
 - a) la valutazione diagnostica sull'asse I e II del DSM IV R effettuata sia per mezzo del colloquio clinico che con l'ausilio di test psicodiagnostici;
 - b) eventuale terapia farmacologica stabilizzante dell'umore, volta anche ad impedire il craving e a ridurre gli stati ansioso-depressivi;
 - c) quando necessario, a questa fase si accompagna una valutazione neurologica al fine di diagnosticare eventuali deficit cognitivi, che spesso sono reversibili alla sospensione dell'uso della sostanza, ma che a volte, se l'uso è stato continuativo e duraturo, diventano irreversibili.
- 2) la fase del controllo d'uso che prevede:
 - a) la ricerca a cadenza trisettimanale dei cataboliti urinari della cocaina per verificare l'effettiva astinenza dalla sostanza d'abuso (il prelievo delle urine viene sempre effettuato sotto il controllo di un infermiere al fine di evitare contraffazioni del campione). Si è constatato che questa metodica funge anche da contenimento per il paziente.
- 3) fase del supporto psicologico che prevede:
 - a) inizialmente colloqui di accoglienza e di sostegno, a cadenza settimanale. In questa fase è importante che l'operatore si ponga in una posizione di ascolto e di non giudizio in quanto, per la persona, è importante sentirsi accolta e quindi accettata per quello che è e non per come dovrebbe o potrebbe essere. Questo al fine di costruire una “relazione si-

gnificativa ed empatica” (che consenta di decodificare i non detti), elemento essenziale affinché possa accadere qualcosa che potrà, a lungo termine, produrre un cambiamento rispetto allo stile di vita ed al miglioramento della qualità della stessa.

- b) psicoterapia individuale a cadenza settimanale o bisettimanale. La psicoterapia individuale si pone l’obiettivo di accompagnare il paziente verso il raggiungimento di una certa autonomia per poi successivamente curare il passaggio nel gruppo terapeutico;
- c) psicoterapia di gruppo: i pazienti vengono inseriti in un gruppo chiuso, a termine, di tipo eterogeneo, rivolto cioè a pazienti con varie patologie da dipendenza: giocatori compulsivi, eroinomani astinenti, assuntori di cannabis, alcolisti ecc...

METODOLOGIA DEL SUPPORTO PSICOLOGICO

“Il Noi

*è il luogo germinativo di qualsiasi Io
e di qualsiasi Tu”.*

D. Napolitani

Nei nostri Servizi viene dato particolare rilievo all’aspetto della psicoterapia, privilegiando la terapia gruppo, questo anche in considerazione del fatto che la quasi totalità degli psichiatri e psicologi del Dipartimento hanno una formazione specifica in tal senso.

Il tipo di approccio, che si rivolge indirettamente alla dipendenza, si pone come obiettivo prioritario quello di sostituire ad un “falso sé” un “sé reale”. La nostra esperienza di psicoterapeuti a contatto da anni con questi pazienti ci fa ritenere che i vissuti negativi e uno sviluppo evolutivo non adeguato hanno prodotto una frammentazione e una conseguente fragilità del Sé, accompagnata dall’indebolimento della capacità dell’Io di assolvere alle sue funzioni e ad un uso anacronistico di meccanismi di difesa molto arcaici.

Dalla nostra casistica si è visto che in molti casi le persone con problemi di dipendenza hanno alle spalle famiglie problematiche, spesso genitori dipendenti da sostanze legali e non; non hanno avuto un ambiente familiare “sufficientemente buono” né figure parentali che hanno potuto fungere da modello affidabile e valido.

Nelle famiglie di questi pazienti spesso si trovano storie di morti improvvise e insolite, traumatiche, nelle generazioni anche precedenti quelle dei genitori.

Si tratta di lutti non elaborati e spesso “i fantasmi abitano nelle generazioni successive”, e se non sempre si tratta di morti, ci imbattiamo comunque in oggetti incorporati morti e/o mortiferi, che ingombrano e colonizzano il mondo interno del soggetto a discapito della creatività e della possibilità di individuazione.

Emerge un percorso scandito, quindi, da piccoli passi tesi a valorizzare la parte “sana” e creativa della persona con un progetto di vita.

È importante poter attivare dei contatti sintonici, che possano essere la premessa e la promessa per l’esplorazione di segmenti relazionali penosi e intrisi di ansia e di angoscia.

È comunque difficile creare un setting, all’interno di un Servizio Istituzionale che si caratterizza per flessibilità ed elasticità.

Volevamo soffermarci sulla Relazione Terapeutica che già si instaura dai primi incontri con l’utente: l’esserci tutto intero nella relazione ha un riscontro in qualche modo nel paziente che con le sue risposte testimonia che il terapeuta è lì come persona presente integralmente.

Per Winnicott, “il Setting è l’ambiente facilitante costruito dall’atteggiamento accudente

(holding) dell'analista con il singolo paziente, è un'area transizionale, aperta, di gioco, che non sembra avere delle regole predefinite". Aggiunge, inoltre, che "la psicoterapia ha luogo dove si sovrappongono due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta".

La psicoterapia ha a che fare, quindi, con "due persone che giocano insieme". Il gioco e la creatività vengono posti da Winnicott in quell'area terza dello spazio potenziale fra l'individuo e l'ambiente. Sostiene, inoltre, che "il gioco facilita la crescita", il paziente "mentre gioca è creativo ... ed è solo nell'essere creativo che scopre il sé".

Nacht riguardo all'atteggiamento dell'analista scrive: "La relazione fondamentale tra analista e paziente sta nel fatto che il secondo percepisce nel suo inconscio l'atteggiamento inconscio del primo, e ciò forse in una misura maggiore delle interpretazioni che gli vengono offerte ... ciò che l'analista è realmente, nel più profondo di se stesso, ha più importanza di ciò che decide di essere razionalmente nei riguardi del suo paziente ... Proprio per questo è necessario che l'analista ... possieda una disponibilità caratterizzata da estrema dolcezza che gli permetta di rendere il dialogo analista e paziente, sempre nell'indispensabile rispetto dei principi tecnici, una relazione viva e operante fra un essere e un altro essere".

Nacht parla, di uno spazio "... di una relazione viva tra due esseri umani, uno spazio diverso dalla solitudine nella quale solitamente gli utenti sono immersi".

Come già descritto in precedenza, i nostri utenti cocainomani inizialmente vengono seguiti individualmente con colloqui di sostegno o di psicoterapia e, dopo aver raggiunti degli obiettivi a breve termine, possono essere inseriti, qualora si ritenga utile, in un gruppo di psicoterapia dove sono presenti pazienti con varie tipologie di dipendenza. Gli incontri sono a cadenza settimanale, si organizzano riferimenti precisi e si mantengono stabili alcuni aspetti: stanza utilizzata, durata della seduta, giorno e ora degli incontri. Il setting rimane costante nel tempo e nell'orario; la costanza esprime un messaggio di sicurezza, la precisione degli orari favorisce il contenimento delle emozioni che emergono; i terapeuti che conducono il gruppo sono solitamente due.

Il gruppo, ricreando una rete relazionale, induce una situazione transferale del gruppo primario di origine, ristabilendo il vissuto della rete primaria. Il sintomo, riattivato in gruppo, viene espresso attraverso la comunicazione, dal momento che il mondo interno dell'individuo verrebbe riattualizzato nel contesto gruppale dove sono esperibili nuovi tipi di relazione.

La terapia di gruppo potrebbe così dare a ciascun membro la possibilità di riprendere alcuni processi di sviluppo interrotti. Riteniamo che la gruppoanalisi possa rappresentare, per le caratteristiche dei soggetti cocainomani, un valido strumento di sostegno psicologico, poiché promuove nei partecipanti un atteggiamento di ricerca e sostegno reciproco.

Offre, inoltre, un sollievo all'isolamento, al senso di colpa, di impotenza, di disperazione che caratterizza spesso il vissuto di questi pazienti. Nei gruppi di psicoterapia per questi soggetti è come partecipare ad una partita di calcio dove l'unico pallone in gioco è quello delle emozioni, degli impulsi, dei sentimenti inconsci.

Per il terapeuta è un'esperienza unica poter vivere ciò che nei libri si legge.

Man mano che gli incontri procedono si creano relazioni interpersonali all'interno del campo. Ogni singola persona forma un anello della catena necessaria affinché il gruppo possa creare un ambiente sicuro che permetta la comunicazione. Settimana dopo settimana il gruppo cresce, tra silenzi angoscianti, discussioni apparentemente frivole ed altre più toccanti, cresce grazie alla storia di se stesso che ognuno porta a suo modo e regala al gruppo. Nel divenire del tempo le parole non saranno più oggetti "transazionali" ma comunicazione, nutrimento della mente che permetterà un rafforzamento dell'io.

Fondamentale per la persona è sentire di essere accolta e accettata nel proprio esistere, di

avere diritto a essere nel gruppo, microcosmo protetto, da cui poi potrà trarre la consapevolezza di avere diritto a essere nel mondo, di avere diritto alla vita e alla qualità della vita.

Ci sembra importante, prendendo spunto dalla nostra esperienza come conduttori di gruppi, soffermarci su alcuni fattori terapeutici:

- *La coesione* è un fattore terapeutico fondamentale, poichè se non si realizzano i contatti nel gruppo, non si dà vita alla rete ed alla matrice dinamica. Senza la coesione non è possibile quel rapporto affettivo che permette di riguardare se stessi ed il proprio passato con la possibilità di poter elaborare le proprie storie.
- *Lo scambio* è un altro fattore terapeutico, poiché quando le persone escono dal loro stato di isolamento portano in gruppo anche le proprie forze e capacità terapeutiche.
- *Le reazioni speculari* comprendono i fenomeni di identificazione e proiezione, gli individui nel gruppo si riconoscono in aspetti particolari degli altri, e spesso individuano parti di sé nascoste. Vengono riconosciuti anche gli aspetti negativi di sé, quegli aspetti che molto spesso non sono accettati e sono proiettati.
- Attraverso il *rispecchiamento* i vari aspetti dell'immagine corporea psicologica e sociale vengono scoperti nell'interazione con gli altri e vengono reintegrati. Il gruppo è cioè una sala degli specchi e rappresenta lo strumento fondamentale per la scoperta della propria reale identità individuale.
- *La localizzazione* è un fenomeno che deve essere inteso come l'atto di un intervento terapeutico che consiste nel percepire e localizzare nel punto esatto ciò che sta accadendo. Il fenomeno-processo di localizzazione può emergere spontaneamente, ma è il modo di osservare il gruppo che consente al conduttore di facilitare la emersione ed il riconoscimento.

Per quanto riguarda l'esperienza clinica, riferiremo di una seduta di gruppo nella quale si è chiaramente evidenziato questo fenomeno. Nel corso di una seduta, un giovane riporta un sogno: *"Sono in una grande casa particolare sembra una chiesa. In questa casa ho un appartamento piccolo che divido con un'amica. Devo essere responsabile nei confronti di quest'ultima poiché assume comportamenti trasgressivi, ed è poco diligente, tutta la situazione mi determina apprensione . . . scendo ai piani inferiori di questa grande casa dovendomi recare in bagno e questa circostanza mi crea disagio, ansia, mi sveglio sudato"*.

Negli interventi successivi, grazie ai contributi del giovane e degli altri partecipanti, si comincia ad associare il bagno con aspetti "rimossi" dell'intimità ... ed ognuno interviene parlando di sé.

Il conduttore con un intervento riepilogativo sulla situazione che si è verificata sottolinea come nel gruppo si stava realizzando un "fenomeno di rimozione" che impediva di far emergere e di elaborare in modo chiaro alcune emozioni ed alcuni sentimenti dei quali i partecipanti non erano consapevoli.

I terapeuti che conducono le sedute di gruppo si sottopongono, con cadenza quindicinale, ad una supervisione effettuata da una gruppoanalista del Dipartimento, al fine di confrontare le modalità di co-conduzione, di condividere gli obiettivi a lungo termine, di elaborare i vissuti che emergono dai conduttori stessi.

"L'individuo singolo non può rendere conto in modo completo di nessuna condizione umana. Ormai da anni considero il paziente che mi sta di fronte come l'anello di una lunga catena, un punto nodale di una rete di interazione, la quale è la vera sede dei processi che portano alla malattia quanto alla guarigione. Tutta la psicologia diverrebbe così psicologia sociale e troverebbe nel gruppo il suo naturale strumento terapeutico".

Foulkes

VERIFICA DEGLI OBIETTIVI RAGGIUNTI

A tutt'oggi non abbiamo alcuna valutazione dell'intervento effettuato nei confronti dei nostri utenti cocainomani in quanto il progetto di intervento fin qui descritto è stato avviato solo di recente. È comunque nostra intenzione effettuare un follow up a distanza di due anni dalla presa in carico del paziente, valutando le ricadute, la stabilizzazione della patologia psichiatrica (ove diagnosticata) ed il valore del funzionamento globale.

BIBLIOGRAFIA

1. Bollettino per le Farmacodipendenze anno XXXIII 2004, n.4
2. Corbella S., *Storie e Luoghi del Gruppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2003
3. Foulks S.H., Anthony E.J., *L'Approccio Psicoanalitico alla Psicoterapia di Gruppo* Edizione Universitarie Romane
4. Gabbard G.O., *Psichiatria Psicodinamica*
5. Nacht S., *La presenza dello psicoanalista*, Ed Astrolabio, Roma, 1973
6. Winnicott D.W., (1955) *La posizione depressiva nello sviluppo emozionale normale*, in *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*, G. Martinelli, Firenze, 1975
7. Winnicott D.W., (1963) *La paura del crollo*, in *Esplorazioni psicoanalitiche*, Raffaello Cortina, Milano, 1995
8. Winnicott D.W., (1968) *L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso le identificazioni*, in *Esplorazioni psicoanalitiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995
9. Winnicott D.W., *Gioco e Realtà*, Armando Editore, Roma, 1974
10. Zinkin L., *Lo scambio come fattore terapeutico della gruppoanalisi*