

Giampietro Ricci

Psicologo-psicoterapeuta

Ser.T. Az. U.L.S.S. 13 Dolo Mirano

Lo scopo del mio lavoro sarà quello, attraverso il percorso di valutazione del malato di dipendenza all'interno di un Ser.T., di vedere come varie figure professionali con ruoli ben distinti, possono collaborare su un comune progetto. Cercherò, inoltre, di delineare alcuni aspetti peculiari del dipendente che dovrebbero essere necessariamente condivisi fra le diverse figure professionali operanti in un'equipe, in modo da portare alla integrazione e alla conseguente terapeuticità del gruppo Ser.T.

Slide 2 Infatti secondo la nostra posizione, che è quella di Carlo Zucca Alessandrelli, idealmente il Ser.T. dovrebbe presentarsi agli occhi del paziente come un gruppo di persone che come tutti i gruppi, più esso è coeso ed integrato, più può essere terapeutico. Rispetto alle tipiche modalità tossicomane dell'indifferenza e della scissione, il Ser.T. potrebbe quindi presentarsi come un organismo differenziato in cui le componenti della personalità, rappresentate dalle diverse figure professionali, sono finalmente tra loro interconnesse ed integrate.

Il gruppo-Ser.T. si materializza nelle riunioni d'equipe, ma come ogni altro gruppo, esso esiste soprattutto nella mente dei suoi membri ed offre quindi agli operatori uno spazio mentale che aiuta a non colludere con le modalità tossicomane. Tutto il Servizio che accoglie l'utente con una funzione di holding e, se egli percepirà questo contenitore come solido e caldo, potrà affidarsi con le proprie difficoltà e cercarlo nei momenti di crisi.

Una posizione molto utile da parte di un Servizio è pensare il paziente sempre in un'ottica di possibilità di evoluzione, progressione e cambiamento. Il cosiddetto *stato di mantenimento* è accettato come una fase per alcuni pazienti necessaria, a volte lunga, ma sempre in un programma che guarda più lontano. Il percorso terapeutico è infatti pensato in termini processuali: il tossicodipendente ha un grave disturbo di identità meglio identificato con il corpo, però, non di rado, ha anche delle potenzialità che permettono spazi terapeutici diversi.

Già dal primo contatto con la struttura l'utente chiede che venga immediatamente soddisfatto il suo bisogno **corporeo**, secondo la costante espressione tossicomane dell'agito "avere tutto e subito". Il Servizio dovrebbe rispondere con una strutturazione di interventi a tempo ritmato che permettono il soddisfacimento dilazionato del bisogno, offrendo subito al soggetto una prima possibilità di spazio mentale su un terreno composto quasi totalmente da sensazioni. Lo scopo centrale, quindi, è una prima fase che avvicini il paziente al Servizio e lo aiuti a passare dall'identificazione con il corpo a quella come persona.

Quando ci riferiamo al "malato" di dipendenza è di fondamentale importanza **Slide 3** saper distinguere tra **patogenia e patologia**, in quanto molte di queste persone arrivano ancora in stato di percorso patogenico e non si è ancora strutturata una vera e propria organizzazione patologica.

Gli psicologi che fanno i primi incontri, nella costruzione di un progetto, anche con l'ausilio di strumenti psicodiagnostici, dovrebbero formulare una diagnosi il più possibile aperta onde evitare di cristallizzare il paziente in una "identità di malattia".

Spesso, infatti, c'è una difficoltà a distinguere pazienti strutturati su un versante di personalità borderline da altri che mostrano forme di opposizione e di agiti che possono essere, invece, espressione di complicate dinamiche adolescenziali irrisolte. La condizione di patogenia lascia lo spazio di movimento intrapsichico e interpersonale, lascia spazio al cambiamento, alla possibilità di trovare soluzioni diverse a quei problemi che si sono congestionati e che hanno trovato una prima e funzionale soluzione in una crisi psicotica o in un periodo di uso di eroina, efficiente anestetico.

Quindi bisogna stare attenti a non "ammalare" il paziente già con il progetto, ma vederlo come una struttura in cammino, non lasciandosi accecare dalla evidenza dei sintomi.

Pensare il paziente come patogenico ci permette e gli permette di valorizzare le sue potenzialità sane, creative e affettive.

In tal modo emerge l'importanza di un gruppo di lavoro capace di fungere da contenitore degli aspetti fragili frammentati del paziente, formato da operatori con ruoli distinti ma comunicanti fra loro.

Slide 4 Quindi, come ha già ampiamente sostenuto questa mattina il dott. Carraro, la "presa in carico multipla" resta la modalità operativa più indicata ed efficace per fronteggiare la complessità e la pressione dei bisogni e delle richieste del tossicodipendente e della sua famiglia.

Uno dei motivi per utilizzare la presa in carico multipla all'interno dei Servizi è dato, inoltre, dalla possibilità di diluire l'eccitamento emotivo tra più persone rendendolo più tollerabile. Infatti, quando c'è una situazione a due, la vicinanza potrebbe suscitare forme di eccessiva idealizzazione, che possono diventare insostenibili fino a portare non di rado alla fuga del paziente come unica via di contenimento di fronte ad un eccitamento eccessivo.

Il tossicodipendente, per i problemi di narcisismo e di eccitamento eccessivo, è arrivato alla corporeità, per cui non può avere, né fuori di sé nel concreto della vita, né nella sua mente, una vera relazione oggettuale. Quindi, non avendo una relazione d'oggetto tanto nella realtà quanto nella rappresentazione mentale, non può vivere l'emozione.

Il "malato di dipendenza" si perde quindi nella corporeità perché ha perso l'identità vera ed ha una struttura disgregata, che è quella di una **identità da sensazioni**, quindi da farmaci e da sintomi, cioè corporizzata.

Slide 5 E' qui che si inserisce l'importanza del metadone che verrà offerto al tossicodipendente con la consapevolezza che gli è sicuramente utile sul versante corporeo per sentirsi più vivo, più coeso, meno vuoto.

Questa però non dovrà essere scelta come una modalità definitiva, ma solo come l'inizio di un percorso verso posizioni psichiche più evolute.

Slide 6 Dalla vita emotiva c'è stata una caduta nella vita sensoriale corporea, ora il nostro compito terapeutico è quello di tentare di fargli fare il percorso inverso, cioè partendo dal corpo dobbiamo risalire fino alla persona.

Noi pensiamo che, occupandoci e prendendoci cura del paziente, gli possiamo dare la possibilità di riprendersi e di credere in sé. In questo modo egli potrà rimettersi in rapporto comunicativo con la realtà.

Slide 7 Già nell'**accoglienza** dovrebbero essere presenti il medico, lo psicologo, l'assistente sociale e l'infermiere per i prelievi e i primi farmaci.

Questo ci rimanda alle modalità con cui tali operatori si muovono singolarmente o in forma combinata nel compito di valutare il dipendente.

Le prime visite di tipo psicologico e sociale hanno lo scopo di iniziare a conoscere il paziente e raccogliere informazioni riguardo alla motivazione che lo ha spinto a presentarsi al SerT, e riguardanti la sua vita psichica e sociale.

Ma il bisogno di conoscenza è reciproco. Il paziente deve capire se lo capiamo, se si sente accettato senza giudizi, se si trova in un ambiente non giudicante ma addirittura valorizzante.

Il processo di formazione di un giudizio sul paziente richiede tempo e pazienza e rimane aperto ad accogliere i cambiamenti del paziente e dei suoi familiari.

Nessuno può sapere fin dall'inizio quale sviluppo può avere il paziente; si può solo fare una diagnosi di ipotesi, che implica l'aspetto sperimentale. Bisogna essere pronti a cambiare direzione quando una determinata via intrapresa per poter comprendere e aiutare il paziente risulta difficoltosa o addirittura sbagliata.

E' necessario quindi il punto di vista medico, psicologico e sociale per avere un quadro il più completo possibile del mondo interno del tossicodipendente; perciò un gruppo di operatori con ruoli, compiti ben distinti ma integrati tra loro, riescono a costruire una coesione di più voci e riferimenti distinti e in relazione tra loro. Qui si gioca una grande fetta di terapeuticità da parte del gruppo Ser.T. ; infatti più c'è rispetto del proprio e altrui ruolo da parte di ogni figura professionale più si riesce ad essere coesi. Sappiamo quanto si difficile ottenere questo scopo perché oltre alla diversità caratteriale dei vari operatori c'è una soggettiva difficoltà che sono gli sfumati confini di operatività che questo tipo di paziente impone. Infatti, come ho descritto precedentemente, c'è una continua correlazione e oscillazione fra la mente e il corpo che porta alternativamente a essere il referente principale o la figura dello psicologo o quella del medico.

Per raggiungere questo importante obiettivo è risultato spesso determinante l'intervento di un supervisore esterno.

Per aumentare la capacità dell'apparato psichico del paziente, per costituire un terreno di base per nuove identificazioni, è necessario che si senta accolto già nei primi momenti.

Slide 8 E' importante organizzare **un'accoglienza differenziante** con rapporti tra operatori che sappiano riconoscere le competenze, le capacità e le abilità secondo il proprio ruolo. Tutto ciò che serve alla differenziazione, alla distinzione e alla relazione tra gli individui è sicuramente utile nel lavoro con il tossicodipendente poiché, come ha già descritto il dott. Carraro, egli ha introiettato dentro di sé una figura materna unica e onnipotente.

La crescita è un processo continuo di sviluppo della propria distinzione cioè della propria diversità ed autonomia, del proprio essere sé diverso dagli altri.

Di qui l'importanza della formulazione di un progetto terapeutico che guidi il paziente verso il suo sviluppo.

Slide 9 Con il termine "**progetto terapeutico**" mi riferisco a una struttura di pensiero dell'équipe, che prevede sia la comprensione delle risorse interne del paziente sia di quelle del gruppo curante.

Il progetto terapeutico dipende dall'incontro delle esigenze del Servizio e del paziente. E' importante rendersi conto, a mio avviso, che quasi tutti i progetti terapeutici sono dettati dalle esigenze del Servizio e sicuramente dalla sua organizzazione e competenze. Più ci rendiamo conto di questo e più possiamo avvicinarci alle reali esigenze del paziente.

QSlide 10 Un altro punto nodale sono le norme e le regole esistenti all'interno di un Ser.T. Infatti esse diventano una possibile occasione di conflitto fra varie figure professionali sull'interpretazione da dare nel momento in cui queste vengono trasgredite. Il "malato di dipendenza" rifiuta **norme e regole** perché, come

osserva Carlo Zucca, non gli appaiono mai come un modo per svilupparsi e crescere. Quando la norma diventa personalizzata, nella mente del tossicodipendente viene vista nello stesso modo del corpo, cioè come qualcosa di estraneo, che viene dagli altri, che è sotto il loro potere e che quindi bisogna subire. Subire significa essere in funzione dell'organizzazione del potere e questo provoca una profonda umiliazione. L'assetto narcisistico non regge questa situazione e il senso di identità ne va di mezzo, per cui l'unica difesa possibile è l'agire. L'agire consiste nel ribellarsi mediante l'aggressività contro quella persona o quell'oggetto che crea questo stato di umiliazione.

Con il termine "umiliazione", si intende l'effetto emotivo causato dalla mancanza di un filtro dell'apparato psichico tra ciò che viene dall'interno e ciò che viene dall'esterno, in modo tale che si mantenga un senso di continuità dell'identità.

Il rapporto con le regole e con le norme di un giovane tossicodipendente è simile a concetto del corpo che ha un normale adolescente il cui percorso organizzativo rischierebbe di diventare una struttura patologica, anche se non lo è ancora.

Il rapporto con il **corpo** si fissa in genere in un'organizzazione in cammino ma diventa un punto fermo quando il ragazzo, futuro malato di dipendenza, si trova di fronte a una situazione pre-adolescenziale alla scoperta del corpo.

Chi ha un problema narcisistico, conta molto sul controllo del corpo e sul senso della propria identità, perché questo è compensatorio rispetto alla fragilità narcisistica. Il cattivo rapporto con il corpo può comportare una formazione reattiva rispetto al fatto di non sentirlo come suo e sotto il suo controllo. Tale persona può, quindi, arrivare a pensare, in modo narcisistico e onnipotente " posso fare quello che voglio di questo corpo". **Slide 11** Questo è un atteggiamento aggressivo non solo per riprendere un presunto potere sul corpo ma anche per combattere il significato simbolico che questo ha, cioè quello di rappresentare i genitori cattivi, coloro che vogliono imporre la propria autorità.

L'attacco, quindi, sotto varie forme che il tossicodipendente fa al corpo, compreso anche l'uso della siringa, può esprimere un rifiuto della coppia dei genitori.

Alla luce di tali problematiche diventa importante che il servizio si proponga in **termini strutturanti** proprio per vicariare tali carenze personologiche.

Slide 12 Con il termine **struttura** intendo infatti sia l'edificio vero e proprio, nella sua consistenza "muraria", sia l'istituzione e l'organizzazione che è isomorfa.

Slide 13 La struttura curante da un vertice di osservazione istituzionale è isomorfa (ovvero tende ad assomigliare nella sua forma e articolazione) alla possibile struttura mentale dell'utente. E' dunque il primo fattore terapeutico: isomorfismo (somiglianza) della struttura curante con la patologia, con la possibilità di influenzamento reciproco. Ciò implica, da parte dell'équipe la necessità terapeutica di elaborare l'identificazione proiettiva del paziente, cioè quelle parti di sé che il paziente mette negli operatori e che questi provano o agiscono come proprie.

Le possibilità lavoro dunque sono due, come sempre quando si vuol fare psicoterapia. La prima è acquisire sempre maggiori competenze per la cura del paziente, la seconda è la cura della struttura curante in modo isomorfo al paziente, perché non sia il paziente ad indurre l'indifferenziazione e scissione nella struttura.

Uno dei tanti motivi utili per considerare tale concetto operativo all'interno dei Servizi, è dato dalla possibilità di rendere l'eccitamento emotivo diretto a più persone, cosa molto più accettabile rispetto a quando è rivolto ad una sola persona. Quando c'è una situazione a due, come ad esempio nella

psicoterapia individuale, la vicinanza può suscitare idealizzazioni dell'oggetto e di conseguenza grande avidità; tali idealizzazioni possono diventare così insostenibili al punto di provocare la fuga del paziente, come sua unica possibilità di contenimento.

Tutto questo è causato dalla sua struttura fragile che gli provocherà una "fame" dell'oggetto per cui lo cercherà non più per uno scambio ma per rinforzare il Sé carente passando al corpo come identità.

Se la struttura è questa, quando il paziente va in **drop out**, salva il suo senso di identità. Quindi per la comprensione e l'eventuale intervento terapeutico è fondamentale tenere ben presente queste riflessioni. Il drop out diventa talvolta una fase del trattamento, un aggiustamento reciproco di distanze e contatti sopportabili, tali da creare una migliore relazione terapeutica.

Anche questo aspetto mi sembra sia nodale rispetto all'integrazione fra le varie figure professionali. Infatti molto spesso, all'interno di un'équipe, i drop out vengono valutati come il risultato di un errore terapeutico attribuendo la responsabilità ad una particolare figura che in quel momento è referente.

Tutto questo ci rimanda all'importanza che assumono le riunioni d'équipe all'interno del servizio. Esse aiutano ad elaborare soprattutto le posizioni narcisistiche e controidentificate di ogni operatore coinvolto nella presa in carico multipla. Bisognerebbe, secondo noi, diventasse una abitudine il mettere in discussione la propria posizione e di conseguenza accettare le eventuali critiche da parte di altri operatori.

La presa in carico multipla è essenziale non solo per il paziente, ma anche per l'operatore che non si trova così da solo e con il rischio di rispondere controtransferalmente, e cioè di rispondere inconsciamente facendo la parte dei suoi genitori, perdendo quindi le potenzialità terapeutiche.

Quando queste posizioni falliscono, come avviene nei malati di dipendenza, c'è una situazione di malessere rispetto alla capacità non solo di sentire il senso di Sé sul piano della vita emotiva, ma anche rispetto la difficoltà di accettare la propria distinzione ed accettare la differenza.

Slide 14 Per una più completa valutazione, diventa importante la costruzione della **storia** del tossicodipendente perché questo tipo di paziente sembra proprio non averla: non è capace di fare differenze, vive sul momento e raramente ha una struttura di memoria. Essendo la memoria un fatto affettivo relazionale, la storia di ogni individuo ha a che fare con relazioni affettive, emotive, che costruiscono i ricordi e quindi una parte importante dell'identità. Una delle conseguenze di questa carenza è, per esempio, il fatto che questi tipi di pazienti non hanno la possibilità di far emergere il transfert, cioè non riescono a portare i ricordi dell'infanzia nella relazione terapeutica.

Talora accade che il paziente non sia in grado di trarre beneficio dalle parole: è meglio allora ricorrere ad azioni apparentemente banali, quali misurare la pressione, visitare, somministrare un medicamento (od un placebo), allo scopo di dargli, sia pure in un modo ancora assai regredito, la sensazione di esserci, di essere accudito. In questa fase la figura del medico diventa centrale. Un'altra modalità di aggancio di pazienti fragili e resistenti è possibile che avvenga con l'utilizzo da parte dello psicologo di **strumenti psicodiagnostici**, come dice Tommaso Senise, quali oggetti di transizione relazionale che rassicurano da una vicinanza emotiva troppo eccitante.

Il tossicodipendente, per i problemi di narcisismo e di eccitamento eccessivo, è arrivato alla corporeità, per cui non può avere, né fuori di sé nel concreto della vita, né nella sua mente, una vera relazione d'oggetto con cui è in relazione. Quindi non avendo una relazione d'oggetto tanto nella realtà quanto nella rappresentazione mentale, non ha **l'emozione**.

L'équipe deve tollerare la sperimentazione da parte di un operatore poiché questo fa parte dell'intervento terapeutico. Nel momento in cui ci troviamo di fronte ad un caso difficile non può essere fatta una diagnosi definitiva, questa può avvenire solo con soggetti con patologia organica. Con i "malati di dipendenza" invece l'unica logica accettabile è quella sperimentale, che è fatta di tentativi. **Slide 15** Molte volte l'organizzazione del Servizio tende a rendere protettiva la situazione degli operatori, ad esempio offrendo in maniera discutibile metadone al paziente, andando a scapito della presa in carico di quella persona specifica che si trova ad un discreto livello di sviluppo e che presentando frequenti agiti, potrebbe indurre ad una diagnosi per certi versi peggiorativa. Per lavorare inoltre sullo sviluppo del paziente, noi psicologi dobbiamo accettare che la parte dell'individuo che potrebbe reagire negativamente sia sedata dal metadone.

Esso, infatti, ha la funzione di uno psicofarmaco, cioè di un sintomatico.

I sintomi, secondo noi, non vanno scambiati per la malattia, non ci devono abbagliare, però quando diventano invalidanti nella vita di una persona bisogna prenderli in considerazione al fine di rendere vivibile la vita a quella persona sofferente.

Questo è un altro momento nodale dove le varie figure, soprattutto quella dello psicologo e quella del medico, devono far leva ad un gran senso di responsabilità, parlarsi molto e essere rispettosi dei ruoli, per essere in accordo e, quindi condividere lo stesso progetto terapeutico.

Slide 16 Concludendo riteniamo, perché avvenga un'integrazione fra le varie figure all'interno di un Ser.T. , ci sia bisogno:

- Che nel percorso di valutazione del malato di dipendenza ci sia un'accoglienza differenziante utile al paziente perché introietti l'idea che nessuno è onnipotente.
- Che il Ser.T. si presenti agli occhi del paziente come un gruppo coeso e integrato.
- Che lo psicologo sappia distinguere tra patogenia e patologia attraverso la modalità della presa in carico multipla fondamentale dal punto di vista terapeutico per la peculiarità di questi pazienti, ma utilissima anche per gli operatori per scongiurare il rischio che essi rispondano controtransferalmente allo stesso modo dei genitori dei pazienti.
- Che venga accettato da parte di tutte le figure professionali operanti all'interno di un Ser.T. alcune peculiarità strutturali e comportamentali del Dipendente come il significato delle regole e delle norme e soprattutto del drop-out. La loro comprensione e condivisione infatti aiuterà a instaurare un maggior rispetto, integrazione e coesione delle diverse figure che operano all'interno un Servizio per le tossicodipendenze. Il raggiungimento di tale obiettivo porterà il gruppo Ser.T. ad essere altamente terapeutico. **Slide 17**