

## **GLI ASPETTI DIAGNOSTICI**

### **NELLA TOSSICODIPENDENZA E ALCOLISMO**

Nel presente lavoro mi propongo di illustrare gli elementi di base della diagnosi in generale e gli aspetti specifici della diagnosi nel contesto delle dipendenze.

Inizialmente descriverò gli obiettivi generali della valutazione, facendo riferimento al concetto di assessment. Illustrerò quindi gli obiettivi nel caso di una presa in carico terapeutica. In riferimento al contesto della tossicodipendenza e alcolismo offrirò delle indicazioni per rispondere a quelle che ritengo le domande fondamentali a cui un clinico deve sempre dare risposta prima di qualsiasi forma di presa in carico, rappresentando in generale i fattori più delicati e problematici. Queste domande riguardano il rischio suicidario, di agiti aggressivi, di scompenso psicotico e il caso particolare della valutazione dell'opportunità di offrire un programma alternativo alla carcerazione.

In questo articolo descriverò anche le principali metodologie di valutazione e i criteri per scegliere gli strumenti più adatti. Proporrò quindi una prassi operativa, che si svilupperà su tre strumenti specifici (ASI, MMPI, MAC) che ritengo rappresentino un valido compromesso rispetto alla qualità e quantità delle informazioni raccolte e all'impegno richiesto per l'applicazione.

#### **1. GLI OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA**

In questo contesto con il termine di valutazione diagnostica ci si vuole rimandare al concetto più generale di *assessment*.

Con il termine di assessment (Meazzini, 1995) si fa riferimento all'insieme delle informazioni che l'operatore deve raccogliere allo scopo principale di definire gli obiettivi e le modalità dell'eventuale intervento. A seconda del problema affrontato, le informazioni possono avere contenuto esclusivamente o prevalentemente medico, psicologico, educativo.

L'assessment (Sanavio, 1991) è sostanzialmente finalizzato alla raccolta di tutti i dati necessari per:

- decidere circa la possibilità e/o opportunità della presa in carico;
- individuare e concordare con il paziente gli obiettivi immediati e di lungo periodo dell'eventuale trattamento;
- identificare le modalità di trattamento appropriate per far fronte ai problemi del soggetto in maniera efficace e duratura.

Nello specifico contesto dell'assessment finalizzato all'eventuale presa in carico terapeutica ritengo che gli obiettivi dello stesso debbano comprendere i seguenti elementi:

- a) Diagnosi psicopatologica, secondo definizioni riconosciute e condivise, che possa guidare le scelte terapeutiche del caso. A questo proposito, ritengo sia valido il riferimento ai manuali diagnostici DSM IV o ICD-10.
- b) Valutazione delle risorse personali (es.: abilità sociali). Troppo spesso le valutazioni si limitano a constatare gli aspetti patologici o deficitari. In realtà, nel momento in cui si deve progettare un intervento, le risorse su cui si può contare sono altrettanto importanti e possono veramente fare la differenza.
- c) Analisi della motivazione e delle aspettative personali. Miller e Rollnick (1994), basandosi anche sul lavoro di Prochaska e Di Clemente sugli stadi del cambiamento, sostengono in maniera efficace come qualsiasi intervento possa incontrare degli ostacoli molto importanti se non si sviluppa tenendo in considerazione il livello di motivazione e le aspettative della persona. Di fatto, la stessa motivazione può essere un obiettivo prioritario e propedeutico ad un intervento di più ampio respiro, da negoziare assieme alla persona, partendo dalle sue richieste e dalla sua posizione.

- d) Ipotesi rispetto ai fattori che sono all'origine e che hanno determinato l'evoluzione e il mantenimento del problema valutato. E' importante sviluppare delle ipotesi su come è sorto il problema e come si è mantenuto. Rispondere a questi quesiti significa trovare i fattori che influenzano il problema attuale, fattori su cui basarsi nella definizione di un intervento strategico, mirato ed efficace.
- e) Indicazioni rispetto all'eventuale trattamento considerato più opportuno. Le indicazioni dovrebbero basarsi sui dati sopra raccolti, spaziando sui diversi interventi che si sono rivelati efficaci secondo la letteratura scientifica. Su questo punto mi permetto di sottolineare che il riferimento è alla gamma dei trattamenti presenti in letteratura, e non a quella che il servizio che effettua la valutazione o il singolo clinico sono in grado di offrire. Ciò significa che la valutazione può anche concludersi con l'invio ad altri terapeuti, ritenuti più competenti rispetto alla situazione specifica.
- f) Creare una linea di base per la valutazione degli esiti del trattamento: è possibile valutare l'efficacia di un intervento solo se abbiamo dei dati attendibili riguardo alla condizione della persona prima e dopo l'intervento. Nel momento in cui si sceglie come procedere nella valutazione iniziale, si deve anche pensare se potrà supportare adeguatamente la verifica degli esiti del trattamento.
- g) Prognosi. La persona stessa, e anche l'eventuale ente inviante, devono poter essere informati della prognosi con particolare riferimento all'impegno, sia economico che personale, che viene richiesto rispetto a dei risultati attesi. Non può essere considerato deontologicamente corretto impegnare le persone in un intervento di cui non hanno dato espressamente un consenso libero e informato, informato anche rispetto al decorso del disturbo nel caso in cui il trattamento proposto venga o meno realizzato (Albiero, Altafini, Serragiotto, 1999). Ovviamente fanno eccezione quei casi dove alcune informazioni sono omesse per motivi terapeutici. Mi riferisco, ad esempio, ad una diagnosi di un grave disturbo mentale cronico come la schizofrenia, che non può essere comunicata alla persona quando si ritiene che ne determinerebbe un ulteriore scompenso o il tentativo di suicidio. Se le informazioni non sono disponibili, come nel caso di interventi nuovi in fase di sperimentazione, la persona deve essere allora informata di questo.

Nel caso di una valutazione iniziale, in particolare per persone con problemi di alcool o droga, ritengo che siano tre le domande chiave a cui si deve dare una risposta attendibile in tempi brevi:

- 1) La persona ha intenzione di tentare il suicidio?
- 2) La persona deve essere considerata pericolosa rispetto ad agiti aggressivi verso gli altri?
- 3) La persona potrebbe scompensarsi manifestando disturbi psicotici?

Vi è infine una quarta domanda, che riguarda un contesto specifico e cioè la valutazione dell'opportunità di offrire un programma alternativo alla carcerazione:

Prima di descrivere quali sono gli indicatori a cui il clinico può fare riferimento per rispondere in maniera attendibile a queste quattro domande chiave, illustrerò le principali metodologie per la valutazione e i criteri per scegliere gli strumenti più adatti. Un volta descritti gli indicatori, proporrò un insieme di strumenti che, nella mia esperienza clinica, permettono di ottenere in maniera sufficientemente attendibile e con impegno di tempo limitato le informazioni necessarie.

## **2. METODOLOGIE GENERALI PER LA VALUTAZIONE**

Le metodologie per la valutazione diagnostica sono sostanzialmente quattro:

- 1) Il colloquio
- 2) Il questionario
- 3) L'intervista strutturata
- 4) Le schede di osservazione

Il colloquio può essere definito in molte maniere. Alcuni autori mettono più in risalto l'aspetto dei ruoli assunti dai due protagonisti, come Bugental (1954) che lo definisce un "Processo di comunicazione che si svolge tra due persone, una delle quali, a causa della sua posizione, lo utilizza in maniera determinata allo scopo di giudicare o influenzare l'altra". Altri autori sottolineano di più i fattori di contesto, come Cannel e

Kahn (1968), che parlano del “colloquio come un processo di interazione nel quale è importante non tanto il fatto meccanico consistente in una serie di episodi discreti stimolo-risposta, ma piuttosto sono importanti i fini, gli atteggiamenti, le credenze ed i motivi dei protagonisti dell'interazione”.

Il questionario può essere definito come (Goode e Hatt, 1952) “un insieme di domande standardizzate presentate sottoforma di formulario che l'intervistato stesso riempie”. In questa semplice definizione si colgono gli aspetti fondamentali del questionario e cioè: a) la possibilità di raccogliere dati in maniera standardizzata e quindi uguale per tutti; b) la compilazione autonoma da parte del soggetto, che permette l'applicazione contemporanea dello strumento a più persone da parte di un singolo valutatore.

L'intervista strutturata può essere definita come (English & English, 1958) una “conversazione diretta con una o più persone che sono “designate” a fornire certi determinati generi di informazioni, per gli scopi della ricerca ovvero per l'ausilio all'orientamento, alla diagnosi, al trattamento”. Il contesto dell'intervista è quindi quello del colloquio tra due persone, che si sviluppa però secondo una modalità standardizzata, se pur con un margine di flessibilità, come nel questionario.

Un'ultima modalità per fare valutazioni è rappresentata dalle schede di osservazione (Meazzini, 1995), che prevedono l'osservazione e la misurazione di comportamenti, verbali e non, così come essi si manifestano in situazioni naturali o artificiali. Possono basarsi su check-list, ovvero elenchi di comportamenti che vengono registrati da un osservatore esterno o su modalità di automonitoraggio, effettuato dalla persona stessa, compilando delle schede appositamente costruite.

In generale il colloquio ha il vantaggio della flessibilità, che si paga però in termini di standardizzazione e confrontabilità dei dati raccolti. Il questionario permette di raccogliere i dati in maniera uniforme e anche economica, potendo valutare più persone contemporaneamente, però è uno strumento rigido che non permettere di cogliere altri aspetti salienti, come la comunicazione non-verbale. L'intervista semistruutturata rappresenta un interessante compromesso permettendo la raccolta flessibile ma anche uniforme delle informazioni nel contesto di un rapporto interpersonale.

### **3. CRITERI PER LA SCELTA DEGLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE**

Attualmente sono disponibili moltissimi strumenti di valutazione e può non essere facile scegliere quello più adatto alle proprie esigenze. Graham (1995) propone la seguente serie di criteri che si rifanno ad aspetti dello strumento da individuare:

- ✓ Lo strumento fornisca una misurazione valida di ciò che si propone misurare.
- ✓ Lo strumento sia sufficientemente sensibile da rilevare i cambiamenti clinicamente significativi nell'utente.
- ✓ Lo strumento sia valido e significativo per la valutazione degli esiti della particolare popolazione oggetto di interesse e per gli obiettivi di quello specifico programma. Per fare un esempio su un aspetto banale, ma non scontato, nel caso di programmi di trattamento per tossicodipendenti, sarà importante adottare uno strumento che valuti adeguatamente l'assunzione delle sostanze psicoattive.
- ✓ Lo strumento sia accettabile e rispettoso dell'utente (cioè non implichi inganno o manipolazione)
- ✓ Lo strumento fornisca utili informazioni di tipo clinico quando viene somministrato individualmente nel corso di un follow-up clinico.
- ✓ Lo strumento sia il più possibile facile e rapido da somministrare, pur garantendo il criterio della validità.
- ✓ Lo strumento sia in grado di fornire un punteggio complessivo (o possibilmente diversi punteggi) che costituisca una misura significativa della condizione del soggetto in una determinata area.
- ✓ Lo strumento sia utilizzabile a costo zero o a costo minimo.

Nel momento in cui ci si appresta alla scelta e all'adozione di nuovi strumenti, sempre **Graham (1995)** consiglia di procedere come segue:

- ❖ Per prima cosa, fare una rassegna degli strumenti disponibili che riguardano gli obiettivi del programma e le informazioni generali necessarie, piuttosto che crearne di nuovi.
- ❖ Selezionare gli strumenti che possono essere aggiunti al normale follow-up clinico.
- ❖ Selezionare gli strumenti che forniscono utili informazioni cliniche nell'ambito del follow-up.
- ❖ Selezionare gli strumenti che si riferiscono agli obiettivi del programma e possono contribuire ad una comprensione degli effetti del programma stesso.

- ❖ Utilizzare le misurazioni in modi tali da contribuire al miglioramento del trattamento fornito dal programma.
- ❖ *Introdurre* gli strumenti in modo limitato e graduale, così da poter verificare se esistono poi nel programma le risorse e le competenze per utilizzarli adeguatamente. In generale è meglio raccogliere pochi dati che verranno utilizzati, piuttosto che sprecare tempo per la raccolta di una grande quantità di informazioni che nessuno poi avrà sufficiente motivazione o tempo per analizzare.

Personalmente mi permetto di aggiungere i seguenti due criteri:

- Lo strumento indagli un'ampia gamma di aspetti di vita, oltre all'abuso di sostanza (es. problemi lavorativi, sociali, salute fisica, ...) in linea con il riscontro comune di una compromissione a più livelli della persona con problemi di dipendenza patologica.
- Lo strumento sia sufficientemente condiviso almeno da chi opera in quel settore. Questo è importante per poter permettere il confronto fra trattamenti diversi, così che tutti possano avere delle indicazioni rispetto agli interventi che risultano più efficaci in quel settore.

#### **4. La diagnosi clinica**

Qui di seguito descriverò degli indicatori per rispondere alle quattro domande, che ritengo siano sempre le domande fondamentali da porsi prima di qualsiasi forma di presa in carico, rappresentando in generale i fattori più delicati e problematici.

##### 1) La persona ha intenzione di tentare il suicidio?

Secondo la mia esperienza clinica e riferimenti alla letteratura, rispetto al rischio suicidario, si può fare riferimento ai seguenti fattori:

- Precedenti tentativi suicidari: di fatto, il fattore predittivo più importante del comportamento di una persona è rappresentato dai precedenti comportamenti. A questo proposito si tenga conto che coloro che hanno tentato il suicidio, sono 140 volte più a rischio di commettere suicidio rispetto a coloro che non lo hanno mai tentato (Tuckman, Youngman, 1936). Il fatto che una persona abbia già tentato il suicidio è solo però uno degli aspetti rilevanti. Infatti è anche importante capire le modalità, il contesto, le intenzioni (manipolative, richiesta di aiuto, ...). Questo significa, per fare un esempio, che chi ha già utilizzato in passato il tentativo di suicidio per ottenere qualcosa dagli altri, è facile che ripeta questo comportamento nel contesto carcerario nel momento in cui viene frustrato in qualcosa di importante per lui. A proposito dei tentativi di suicidio manipolativi, ricordo che ogni tanto anche questi riescono. Rispetto alle modalità di suicidio, in genere quelle più distruttive o bizzarre (es. darsi fuoco, iniettarsi benzina, ...) rimandano a quadri psicopatologici più gravi.
- Presenza di sintomi depressivi: pur essendo presente in molti e differenti disturbi psichiatrici, il suicidio è prevalentemente associato ai disturbi affettivi maggiori (Gabbard, 1995).
- Presenza di forte stress nel caso di un inserimento in carcere: è importante capire con quanta intensità e drammaticità è stata vissuto l'inserimento in carcere da parte della persona. Se per quest'ultima rappresenta uno stress importante rispetto ad esempio, al contesto socio-culturale di provenienza, il suicidio può rappresentare una via di fuga rispetto alla vergogna e all'umiliazione provata. A questo proposito mi permetto di riportare un episodio che fece grande scalpore di un giovane che si suicidò per non affrontare l'imbarazzo di essere stato colto dalla polizia in compagnia di una prostituta. Da notare che non si trattava nemmeno di affrontare una detenzione o un'accusa di tipo penale.
- Atteggiamenti manipolativi in soggetto antisociale con forti rivendicazioni: è frequente che soggetti antisociali utilizzino apparenti tentativi di suicidio per ottenere quello che vogliono. Spesso si tratta di tagli superficiali, non pericolosi per la vita dell'individuo, che non è però il caso di sottovalutare.
- Disturbo Borderline di personalità: la presenza di "ricorrenti minacce, gesti o comportamenti suicidari o comportamento auto-mutilante" rappresenta, nel DSM IV uno dei criteri per la diagnosi di questo disturbo di personalità

Dal punto di vista clinico, sono fondamentali due accorgimenti:

- Chiederne esplicitamente l'intenzione: è fondamentale chiedere esplicitamente se la persona ha intenzione di tentare il suicidio. Alcuni ritengono che il fatto di chiederlo possa suggerire l'idea alla persona o

fornire un qualche tipo di assenso. In verità, la persona che si trova nelle condizioni di contemplare questa possibilità non ha certo bisogno di suggerimenti. Ha invece bisogno di qualcuno che sia informato delle sue intenzioni e la aiuti a vedere delle alternative realistiche al suicidio o quantomeno la possa proteggere rispetto ad una scelta fatta d'impulso su una base emotiva.

- Mai sottovalutare affermazioni circa l'intenzione di suicidarsi: credo che ci siano poche idee comuni che hanno fatto più danni di quella che dice "Le persone che parlano di suicidio, non lo attuano". In realtà (**Davison, Neale 1989**), i tre quarti di coloro che si tolgono la vita, hanno comunicato in precedenza questa intenzione. Questo non nega il fatto che ci siano anche molte persone che hanno pensato al suicidio e non l'hanno mai tentato.

## 2) La persona deve essere considerata pericolosa rispetto ad agiti aggressivi verso gli altri?

Ho già citato il semplice ma efficace principio per cui il fattore predittivo più importante del comportamento di una persona è rappresentato dai precedenti comportamenti. Da questo discende l'opportunità di analizzare i precedenti agiti etero-aggressivi. In particolare suggerisco di valutare:

- Oggetti dell'aggressione: distinguere se il comportamento aggressivo si è esclusivamente limitato a oggetti inanimati o si è esteso anche a persone.
- Frequenza con cui si è manifestato.
- Quanto tempo dall'ultimo episodio: capita a volte, per esempio, di incontrare persone che sono state molte volte violente durante l'adolescenza, ma che nell'età adulta non hanno più manifestato comportamenti aggressivi.
- Gravità dell'atto in sé: si è trattato di uno "spintone" o ha "ha massacrato di botte una persona inerme"?
- Reazione emotiva: come la persona ha reagito al suo comportamento, si è pentita, si è sentita in colpa, ha provato soddisfazione? Dalla sua reazione dipenderà le probabilità che detto comportamento si ripresenti in futuro.
- Contesto: un comportamento può verificarsi ed essere limitato solo a certi specifici contesti (per es. "in piazza") e non manifestarsi in altri (es.: comunità terapeutica). Al contrario può essere generalizzato alle situazioni più varie.
- Eventuale influenza di sostanze psicoattive: la persona è violenta solo sotto uso di sostanze psicoattive, come, ad esempio l'alcool? Se è così, posso sentirmi relativamente tranquillo in condizioni di sobrietà garantite in situazioni protette come, in genere, le comunità terapeutiche per tossicodipendenti..
- Atteggiamento generale verso i comportamenti violenti: se la persona considera positivamente la violenza è ovviamente più probabile che l'agisca. All'interno di certi contesti culturali, il comportamento violento non è solo accettato, ma anche rinforzato.
- Presenza disturbo di personalità: Alcuni disturbi di personalità, in particolare quello antisociale, sono fortemente correlati a comportamenti violenti. Altri disturbi di personalità in cui è bene prestare particolare attenzione ad eventuali agiti aggressivi sono quello Paranoide e il Borderline.
- Codici MMPI (4,9: Pd-Ma; 4,6: Pd-Pa; 6, 9: Pa-Ma): I codici di un test MMPI sono rappresentati dalle due, o tre, scale più elevate, con punteggio comunque superiore al livello di soglia. I codici indicati tra parentesi rimandano a personalità antisociali, paranoidee, impulsive che più facilmente di altre possono sfociare in comportamenti violenti.
- Precedenti imputazioni: il fatto che la persona sia stata imputata per rissa, aggressione, lesioni, ect, può essere un buon indicatore obiettivo, al di là di quanto viene ammesso dalla persona, rispetto a precedenti comportamenti violenti. Non bisogna infatti dimenticare che alcune persone tendono a sottominare, quando non nascondono apertamente, i propri comportamenti socialmente non accettabili.

È importante anche valutare, rispetto al momento della valutazione, se sono presenti sentimenti di rabbia o ritorsia verso persone o istituzioni, frustrazioni, esplicite o velate minacce, che fanno pensare a un rischio di agire comportamenti violenti.

## 3) La persona potrebbe scompensarsi manifestando disturbi psicotici?

A questo proposito ritengo utile valutare:

- ❖ Precedenti ricoveri o trattamenti psichiatrici: l'età d'esordio della schizofrenia è situata nell'adolescenza. Da questo deriva una regola empirica per cui più la persona è avanti con l'età, più la mancanza di precedenti trattamenti rende improbabile la vulnerabilità di un disturbo psicotico. Di fatto, è abbastanza improbabile, ma non impossibile, che un soggetto schizofrenico arrivi ai trenta anni, senza aver mai avuto un precedente trattamento per disturbi psicotici.
- ❖ Presenza attuale o pregressa di sintomi "positivi" della schizofrenia: con questo termine ci si riferisce a (Andreasen, 1982) sintomi quali le allucinazioni, i deliri e le bizzarrie del comportamento. Esistono dei test che esaminano direttamente la presenza di questi sintomi. In generale, possono essere colti nel corso del normale colloquio, anche senza farne esplicitamente riferimento, cosa che a volte può essere controproducente. Mi riferisco al fatto che la persona può non accettare che quello che per lei è la semplice realtà, venga etichettato come delirio o allucinazione. Il fatto che la persona possa avere manifestato in passato in modo ricorrente dei sintomi positivi della schizofrenia, rende molto probabile il loro ripresentarsi, soprattutto in assenza di una adeguata terapia farmacologica e/o sotto stress.
- ❖ Presenza in anamnesi di sintomi "negativi": con questo termine ci si riferisce a (Andreasen, 1982) ai seguenti 5 sintomi: appiattimento dell'affettività, alogia, apatia-abulia, anedonia-asocialità, indebolimento dell'attenzione. In generale, un soggetto schizofrenico come conseguenza diretta dei sintomi negativi, presenta un basso livello di adattamento psico-sociale. Ciò significa che devo essere messo in allarme dalla presenza, in anamnesi o al momento del colloquio, di un significativo isolamento sociale assieme a difficoltà lavorative, inattività, scarsa cura di sé o deficit di linguaggio.
- ❖ Valutare l'entità dei sintomi psicotici: questi sintomi devono essere presenti in maniera significativa. La presenza di un singolo isolato episodio di allucinazione o di una certa tendenza all'isolamento sociale non permettono di fare previsioni rispetto ad eventuali sintomi psicotici. Indicatori di gravità sono rappresentati dal grado di compromissione della vita di relazione o lavorativa della persona, dallo scadimento della cura di sé, dalla pericolosità per sé o per gli altri, dalla necessità di ospedalizzazione.
- ❖ Assunzione di sostanze psicoattive: è importante, anche se a volte difficile, capire se i sintomi manifestati sono collegati agli effetti di sostanze psicoattive e sono quindi reversibili attraverso la disintossicazione e l'astinenza. Per fare un esempio, lo svilupparsi di sintomi psicotici è frequente nell'abuso e intossicazione da cocaina o anfetamine. Nel DSM IV sono indicati alcuni criteri per capire se i sintomi psicologici possono essere attribuiti all'assunzione di sostanze psicoattive.
- ❖ Presenza di stress molto forte: esiste anche la possibilità per qualsiasi persona di accusare un disturbo psicotico breve, senza avere precedenti manifestazioni pre-psicotiche o essere schizofreniche. Questi episodi sono in genere collegati a stress molto forti a cui la persona può reagire manifestando sintomi psicotici, che possono durare da minimo di un giorno a massimo di un mese. Come si è detto rispetto al rischio suicidario, è importante cogliere subito l'eventuale presenza nella persona di uno stress molto alto.
- ❖ Disturbi organici: alcuni disturbi organici, che devono venire valutati in una visita medica preliminare, possono provocare dei sintomi tipo psicotici. Un esempio è rappresentato dal delirium tremens, che si manifesta nell'alcolista cronico nel momento in cui ha un episodio infettivo intercorrente o diventa improvvisamente astinente.

#### 4) E' opportuno per questa persona proporre un programma alternativo al carcere?

C'è un principio generale che deve guidare la valutazione dell'opportunità di proporre un programma alternativo al carcere: un programma che permetta dei reali e duraturi cambiamenti è più impegnativo e comporta più frustrazione dello scontare la pena in carcere. Per cui un programma alternativo deve rappresentare non una maniera per trascorre la pena in maniera più "confortevole", ma il fatto di scegliere di investire il periodo di tempo previsto dalla detenzione per faticare ancora di più al fine di garantirsi, a fine pena, un futuro migliore, lontano dal mondo della illegalità e della eventuale tossicodipendenza, reinseriti socialmente e dal punto di vista lavorativo.

A questo proposito è importante valutare:

- ❑ Motivazione: deve essere abbastanza solida ed essere basata su delle aspettative realistiche e adeguate.
- ❑ Aspettative: come si è detto sopra, devono essere realistiche ed adeguate

A proposito di questi due primi elementi, può essere molto utile che la persona possa passare un breve periodo nel programma che vorrebbe fare, prima di decidere se intraprenderlo veramente. Può essere

sufficiente anche una residenza di pochi giorni in cui la persona vede cosa gli viene richiesto dal programma così da mettere già alla prova la motivazione e verificare aspettative irrealistiche.

- ❑ Capacità di tollerare la frustrazione: come si diceva all'inizio, in realtà, un serio programma alternativo al carcere comporta più frustrazione dello scontare la pena in carcere
- ❑ Capacità di interiorizzare l'intervento/stabilire una relazione: i programmi alternativi al carcere spesso si basano su un lavoro a livello psicoterapeutico o che comunque si propone di intervenire sulle strutture profonde della persona, che lo hanno portato e lo mantengono nei suoi comportamenti antisociali. Per poter fare questo la persona deve essere in grado di interiorizzare l'intervento così che non si tratti di un cambiamento solo superficiale e passeggero, legato al contesto in cui si trova. In genere questa capacità è associata alla capacità di stabilire relazioni significative, molto deficitaria, ad esempio, nei disturbi antisociali di personalità, per i quali, infatti, la prognosi è in genere molto negativa.
- ❑ Precedenti trattamenti: il fatto che la persona abbia già ricevuto dei trattamenti in precedenza senza trarne profitto, rende più pessimisti rispetto all'opportunità di un programma alternativo. Si deve comunque valutare di caso in caso.
- ❑ Età anagrafica: le persone con questo tipo di problemi tendono a migliorare nel tempo. Questo significa che è molto più probabile che abbia esito positivo un programma di reinserimento sociale e lavorativo in una persona di una certa età, che non nel giovane antisociale. In particolare, nella mia esperienza clinica ho trovato molto difficile l'intervento con adolescenti antisociali, mentre, intorno ai 35-40 anni, anche gli antisociali più efferati, quando riescono ad arrivare a questa età, tendono a "rientrare" nella società.
- ❑ Atteggiamento verso i propri passati comportamenti antisociali: il fatto che la persona sia almeno ambivalente rispetto precedenti comportamenti antisociali, rende più probabile un cambiamento rispetto agli stessi. A questo proposito, e non solo a questo, è importante tenere sempre in considerazione la tendenza e l'abilità in soggetti antisociali a mentire e a mostrare un'immagine funzionale al raggiungimento dei propri obiettivi.
- ❑ Livello di identificazione con il modello e gli "usi e costumi" dell'antisocialità: nel caso in cui il "modello antisociale" è molto forte e radicato, questo aspetto rappresenta di per sé un fattore negativo rispetto alla possibilità di trarre giovamento da una esperienza di programma alternativo al carcere. Per fare un esempio, negli "usi e costumi" dell'antisocialità, riferire qualcosa sui comportamenti inadeguati di un compagno è una cosa vista con grande riprovazione ("infamata"). Molti programmi prevedono come aspetto centrale il fatto che le persone si confrontino su comportamenti inadeguati agiti all'interno della struttura riportandoli anche all'operatore di riferimento. In generale, se la persona è molto radicata in questi atteggiamenti, difficilmente potrà trarre giovamento dall'esperienza terapeutica.
- ❑ Psicopatologia associata: paradossalmente, la presenza di una grave psicopatologia, come la depressione o psicosi, può essere un fattore di prognosi più favorevole, anche nella misura in cui il trattamento tiene conto e interviene sulla patologia sottostante.

A proposito dell'ultimo punto, in riferimento al disturbo antisociale di personalità, che ha in generale una prognosi molto negativa, Gabbard e Coyne (1987) hanno rilevato i seguenti fattori di risposta terapeutica positiva e negativa:

Fattori di risposta terapeutica negativa:

1. Anamnesi positiva per arresti per reato
2. Anamnesi positiva per menzogne, falsità, raggiro
3. Pendenze legali da definire al momento del ricovero
4. Anamnesi positiva per condanne per reato
5. Ricoveri obbligatori come alternativa all'incarcerazione
6. Anamnesi positiva per violenza verso terzi
7. Diagnosi sull'asse I per alterazione cerebrale organica

Fattori di risposta terapeutica positiva:

1. Presenza di ansia
2. Diagnosi sull'asse I di depressione
3. Diagnosi sull'asse I di una psicosi che non sia depressione o sindrome cerebrale organica

Tabella 1: Criteri diagnostici

AREA DA VALUTARE	CRITERI
<b>Rischio agiti suicidari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Precedenti tentativi: modalità, contesto, intenzioni (manipolative, richiesta di aiuto, ... ), ...</li> <li>- Presenza sintomi depressivi</li> <li>- Presenza forte stress rispetto all'inserimento in carcere</li> <li>- Atteggiamenti manipolativi in soggetto antisociale con forti rivendicazioni</li> <li>- Disturbo Borderline di personalità</li> <li>● Chiederne esplicitamente l'intenzione</li> <li>● Mai sottovalutare affermazioni relative all'intenzione di uccidersi</li> </ul>
<b>Rischio agiti etero-aggressivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Precedenti agiti etero-aggressivi:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distinguere fra persone e oggetti inanimati</li> <li>- Frequenza</li> <li>- Quanto tempo dall'ultimo episodio</li> <li>- Gravità degli episodi</li> <li>- Reazione emotiva</li> <li>- Contesto (es. "in piazza", in comunità terapeutica, ...)</li> <li>- Eventuale influenza di sostanze psicoattive</li> <li>- Atteggiamento verso i comportamenti violenti</li> </ul> </li> <li>● Presenza disturbo di personalità (N.B.: D. antisociale)</li> <li>● Codici MMPI (Pd-Ma; Pd-Pa; Pa-Ma)</li> </ul> <p>N.B.: : utilizzare dati sulle precedenti imputazioni (N.B.: aggressioni, risse, ...)</p>
<b>Possibilità di scompenso psicotico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Precedenti ricoveri o trattamenti psichiatrici (in rapporto all'età)</li> <li>- Presenza attuale o pregressa sintomi "positivi" (deliri, allucinazioni; ...)</li> <li>- Presenza attuale o pregressa di sintomi "negativi" (es. asocialità)</li> <li>- Entità dei sintomi</li> <li>- Assunzione di sostanze psicoattive</li> <li>- Stress</li> <li>- Disturbi organici</li> </ul>
<b>Opportunità di proporre un programma alternativo al carcere</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivazione solida</li> <li>- Aspettative realistiche</li> <li>- Capacità di tollerare la frustrazione</li> <li>- Capacità di interiorizzare l'intervento/stabilire una relazione</li> <li>- Precedenti trattamenti</li> <li>- Età anagrafica</li> <li>- Atteggiamento verso i propri passati comportamenti antisociali</li> <li>- Livello di introiezione di modelli devianti (egosintonia)</li> <li>- Psicopatologia associata</li> <li>- Altri fattori di prognosi negativa o positiva</li> </ul>

## **5. UNA PROPOSTA METODOLOGICA: ASI-MMPI-MAC**

Nel mio lavoro, al fine di ottenere in maniera sufficientemente attendibile e con impegno di tempo limitato le informazioni sopra esposte, mi avvalgo di tre strumenti:

- 1) L'intervista semi-strutturata ASI, che occupa il tempo di un normale colloquio (40/50 minuti)
- 2) Il questionario auto-compilato MMPI, che richiede circa un'ora alla persona valutata e altri venti minuti per l'elaborazione dei punteggi.
- 3) Il questionario, sempre auto-compilato, MAC, che occupa solo una decina di minuti.

Qui di seguito illustrerò brevemente i tre strumenti rimandando alle pubblicazioni citate in bibliografia per ulteriori approfondimenti.

### **5.1 Intervista ASI**

L'A.S.I. (Addiction Severity Index) consiste in un'intervista semi-strutturata costruita appositamente per essere utilizzata con persone con problemi di alcool o droga. In questa intervista vengono esplorate sette aree potenzialmente problematiche: 1) Condizione Medica, 2) Condizione Lavorativa, 3) Uso di Alcool, 4) Uso di Droga, 5) Status Legale, 6) Relazioni Familiari e Sociali, 7) Stato Psicico. Vi sono inoltre delle domande specifiche rispetto ad argomenti come: tentativi di suicidio, ricoveri psichiatrici, sintomi psicotici, comportamenti violenti o illegali, precedenti trattamenti, ...

I tempi necessari per la somministrazione sono compresi fra i 40 e i 50 minuti, a seconda della complessità del caso. Questa intervista può essere applicata anche da figure professionali quali educatori o assistenti sociali, purché adeguatamente formati.

E' stato dimostrato che un adeguato abbinamento fra paziente e programma terapeutico effettuato sulla base dei dati raccolti attraverso l'A.S.I. rende possibile aumentare l'efficacia dell'intervento stesso.

### **5.2 L'MMPI**

L'MMPI è uno degli strumenti più utilizzati sia per la ricerca che per la diagnosi psicopatologica. L'MMPI consiste in un questionario auto-compilato, che permette di ottenere una serie di informazioni sia sull'attendibilità del test stesso, sia sulla presenza di disturbi o tratti psicopatologici. Personalmente lo ritengo complementare all'ASI, in quanto approfondisce e verifica in maniera efficace gli eventuali sintomi psichiatrici presenti nella persona valutata. Infatti l'ASI, pur essendo costruito per raccogliere tutte le informazioni fondamentali rispetto a un soggetto tossicodipendente e/o alcolista, permette una valutazione "psicologica" solo per gli elementi più vistosi, che possono essere colti anche da una persona che non ha una specifica formazione clinica, come, ad esempio, una grave depressione o il fatto che vi siano stati dei precedenti ricoveri per disturbi psicologici o emotivi.

### **5.3 Il MAC**

Il MAC/E permette di valutare, in maniera rapida ed obiettiva, il livello di motivazione al cambiamento nelle dipendenze da eroina e all'uso di alcool e cannabinoidi.

Questa è una informazione molto importante per poter definire una proposta terapeutica che possa avere le massime probabilità di essere accettata e quindi portata avanti con continuità ed efficacia.

La versione da noi utilizzata è quella relativa all'uso di eroina realizzata e validata da Spiller e Guelfi (1998), composta da 28 item, a cui la persona deve rispondere secondo una scala likert a cinque livelli, che indica il grado di accordo o disaccordo con il contenuto della frase.

Nella concettualizzazione degli autori, l'analisi dei fattori motivazionali che spingono al cambiamento viene effettuata valutando tre aspetti distinti, a cui corrispondono determinati raggruppamenti di item:

- 1) Quanto la persona si sente pronta a cambiare, mediante la collocazione negli stadi del cambiamento (Prochaska e DiClemente, 1986);
- 2) Quanto ritiene di essere in grado di cambiare, mediante una valutazione della fiducia nelle proprie possibilità (in riferimento al concetto di autoefficacia: Bandura, 1977;1982);
- 3) Quanto forte sente la spinta al cambiamento, mediante una valutazione dell'intensità della frattura interna (Miller e Rollnik, 1991).

Il quadro teorico di riferimento è dato dall'approccio motivazionale (Spiller e Guelfi, 1998) che, da una valutazione del livello di motivazione, sviluppa un modello di intervento che, con atteggiamenti e tecniche definite, permette di intervenire attivamente sulla motivazione della persona, stimolandone, se necessario, un accrescimento ed aumentando la sua disponibilità ad accettare il trattamento più opportuno (Miller, 1985).

Gli stadi di cambiamento (Prochaska e DiClemente, 1986) a cui si fa riferimento al punto 1) sono i seguenti:

- a) *Precontemplazione*: l'uso della sostanza è ego-sintonico e non viene riconosciuto come un problema
- b) *Contemplazione*: emerge una ambivalenza rispetto all'uso;
- c) *Determinazione*: viene attivamente cercata una soluzione al problema
- d) *Azione*: la persona agisce la soluzione che ha scelto di intraprendere
- e) *Mantenimento*: dopo un certo periodo di tempo (circa sei mesi) le nuove abitudini si possono consolidare fino ad un eventuale definitivo abbandono del problema;
- f) *Ricaduta*: in qualsiasi fase del processo può verificarsi un ritorno a fasi precedenti e un riemergere del comportamento-problema.

Rispetto al punto 2) si fa riferimento al concetto di autoefficacia come concettualizzato da Bandura (1977; 1982) ovvero come la fiducia di un individuo nella propria capacità di attuare un comportamento specifico, che gli permetta di raggiungere un obiettivo specifico in un tempo determinato.

Per "frattura interiore" di cui al punto 3) si intende la percezione delle contraddizioni esistenti fra la propria attuale condizione ed importanti aspirazioni, valori e mete ideali (Scaglia, Spiller, Guelfi, 1996).

La situazione ottimale si verifica per valori intermedi sia di auto-efficacia, che di frattura interiore. Questo perché valori eccessivamente elevati o bassi possono comunque portare a non intraprendere il trattamento.

Il tipo di intervento da fare, l'atteggiamento terapeutico più adatto dovranno infine essere calibrati rispetto allo stadio in cui la persona si trova.

## CONCLUSIONI

Fare diagnosi è sempre un processo delicato e complesso. Nel presente lavoro spero di essere riuscito a dare alcune indicazioni pratiche, che possano guidare il clinico nella comprensione della persona che si trova a valutare sia al fine di evitare situazioni di pericolosità per sé o per gli altri, sia per un obiettivo più ampio e ambizioso di promozione globale del benessere della persona. Penso infatti che l'ambito di riferimento voglia essere più ampio di quello della previsione e prevenzione di specifici comportamenti (suicidari, antisociali, ...) e allargarsi al pieno recupero della persona per un bene sia individuale, che collettivo.

## INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE

- 1) Albiero D., Altafini P., Serragiotto S. (1999), *Etica dei Servizi per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche*. La Professione di psicologo nel Veneto; (16), 28-29.
- 2) Albiero, D., Zanusso, G., (1998), *L'Addiction Severity Index (A.S.I.): uno strumento per l'assessment del tossicodipendente*. Noumen (20), 25-47.
- 3) Andreasen, N. C., Olsen, S. A. (1982), *Negative versus positive schizophrenia. Definition and validation*. In: Davison G. C., Neale J. M. (1989) *Psicologia Clinica*. Zanichelli, Bologna.
- 4) Bandura A. (1977), *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change*. In: Spiller V. e Guelfi G. P.. *La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E*. Boll. Farmacodip. e Alcolis. 1998; XXI (2), 7-16.
- 5) Bandura A. (1982), *Self-efficacy mechanism in human agency*. In: Spiller V. e Guelfi G. P.. *La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E*. Boll. Farmacodip. e Alcolis. 1998; XXI (2), 7-16.
- 6) Bennardo A. & Consoli A. (1995), *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo - Addiction Severity Index*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- 7) Bugental, J. (1954), *Explicit analysis: a design for the study and improvement of psychological interviewing*. In: Trentini G. et Al. (1989). *Teoria e prassi del colloquio e dell'intervista*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- 8) Cannel, C. F. e Khan, R. L. (1968), *interviewing*. In: Manganelli R. A. M. (1990). *Il Questionario: aspetti teorici e pratici*. CLEUP, Padova.
- 9) Davison G. C., Neale J. M. (1989) *Psicologia Clinica*. Zanichelli, Bologna.
- 10) Del Corno F., Lang M. (1993), *Psicologia Clinica: La diagnosi testologica*. FrancoAngeli, Milano.
- 11) English H. B., English, A. C. (1958), *A Comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytic terms*. In: Trentini G. et Al. (1989). *Teoria e prassi del colloquio e dell'intervista*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- 12) Gabbard e Coyne (1987), *Predictors of response of antisocial patients to hospital treatment*. In: Gabbard, G. O. (1995) *Psichiatria Psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- 13) Gabbard, G. O. (1995) *Psichiatria Psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- 14) Goode, W. J. e Hatt, P. K. (1952), *Methods in social Research*. In: Manganelli R. A. M. (1990), *Il Questionario: aspetti teorici e pratici*. CLEUP, Padova.
- 15) Graham, K. (1995), *Linee guida sull'impiego di procedure di misurazione standardizzata degli esiti dei trattamenti per le dipendenze*. Basis, 9/10, pp. 5-16
- 16) Hathaway S.R. e J. C. McKinley, (1997), *MMPI-2 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- 17) Lis A., Venuti P., De Zordo M. R. (1991), *Il colloquio come strumento psicologico*. Giunti, Firenze.
- 18) Manganelli R. A. M. (1990), *Il Questionario: aspetti teorici e pratici*. CLEUP, Padova.
- 19) Martin G. W., Wilkinson (1993), *Considerazioni metodologiche circa la valutazione dei trattamenti per le tossicodipendenze*. Basis, 3, 7/9.
- 20) McBurney H. D. (1986), *Metodologia della ricerca psicologica*. Il Mulino, Bologna.
- 21) Meazzini P., Battagliese G. (1995), *Psicopatologia dell'handicap*. Masson S.p.A, Milano.
- 22) Meschieri, L. e Pirani, P. (1980), *Il Questionario: un supporto al colloquio e all'intervista*. In: Manganelli R. A. M. (1990). *Il Questionario: aspetti teorici e pratici*. CLEUP, Padova.
- 23) Miller W. R. (1985), *Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism*. In: Spiller V. e Guelfi G. P.. *La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E*. Boll. Farmacodip. e Alcolis. 1998; XXI (2), 7-16.

- 24) Miller W. R., Rollnick S. (1991), *Motivational interview, Preparing People to Change Addictive Behaviour*. In Spiller V. e Guelfi G. P.. *La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E*. Boll. Farmacodip. e Alcolis. 1998; XXI (2), 7-16.
- 25) Miller W., Rollnick S. (1994), *Il colloquio di motivazione*. Erickson, Trento.
- 26) Mosticoni R., Chari G. (1979), *Una descrizione obiettiva della personalità: Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*. Edizioni Organizzazioni Speciali, Firenze.
- 27) Prochaska e di Clemente (1986), *Toward a comprehensive model of change*. In Spiller V. e Guelfi G. P.. *La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E*. Boll. Farmacodip. e Alcolis. 1998; XXI (2), 7-16.
- 28) Rubini V. (1984), *Test e misurazioni psicologiche*. Il Mulino, Bologna.
- 29) Sanavio E. (1991), *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- 30) Scaglia M., Spiller V, Guelfi V. (1996), *Studio sulla frattura interiore nel soggetto tossicodipendente: variazioni della discrepanza, collegamenti con il processo del cambiamento, implicazioni terapeutiche*. In: Spiller V. e Guelfi G. P.. *La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E*. Boll. Farmacodip. e Alcolis. 1998; XXI (2), 7-16.
- 31) Spiller V. e Guelfi G. P.. *La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E*. Boll. Farmacodip. e Alcolis. 1998; XXI (2), 7-16.
- 32) Trentini G. et Al. (1989), *Teoria e prassi del colloquio e dell'intervista*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- 33) Tuckman J, Youngman W. F. (1963), *Suicide risk among persons attempting suicide*. In: Gabbard, G. O. (1995) *Psichiatria Psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano).
- 34) Zanusso, G., Giannantonio, M. (1996), *Tossicodipendenza e comunità terapeutica: Strumenti teorici ed operativi per la riabilitazione e la psicoterapia*. FrancoAngeli, Milano.