

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN EDUCAZIONE PROFESSIONALE

**LA COMORBILITÀ PSICOPATOLOGICA NELLA
TOSSICODIPENDENZA**

Significati e modelli operativi nel lavoro dell'educatore professionale

Relatore:

Prof. Vincenzo Marino

Tesi di

Sonia Grisotto

Anno Accademico 2005/2006

INDICE

Introduzione

- La scelta del tema pag. 1
- Scopo del lavoro pag. 2
- Riferimenti e rassegna bibliografica pag. 3

1. “Doppia diagnosi”

- 1.1. Al di là della definizione, la questione della diagnosi pag. 5
- 1.2. Psichiatria e Tossicodipendenza: la separazione pag. 8
- 1.3. Epidemiologia pag. 13
- 1.4. Le ipotesi di classificazione e spiegazione del fenomeno pag. 16
- 1.5. Forme della sofferenza mentale e sostanze pag. 22
 - Schizofrenia pag. 22
 - Disturbi dell’umore pag. 26
 - Disturbi di personalità pag. 28
- 1.6. Sistema tossicomano e struttura psicopatologica:
la doppia diagnosi come nuova struttura pag. 32

2. L’incontro con la persona e la sua storia

- 2.1. Due residenti del Centro Terapeutico “Villa Argentina” pag. 35
- 2.2. Specificità del paziente in doppia diagnosi: risorse e limiti pag. 42
- 2.3. Personalizzazione dei percorsi di cura pag. 44
- 2.4. Quale progetto riabilitativo? pag. 46
- 2.5. Fuori dall’ottica della guarigione pag. 52
- 2.6. Riflessioni sul fallimento terapeutico pag. 54

3. La soluzione residenziale e la presa in carico integrata

3.1. La Comunità	pag. 57
3.2. Il modello dell'integrazione funzionale	pag. 67
3.3. L'integrazione-collaborazione extraistituzionale	pag. 72
3.4. L'esperienza del Centro Terapeutico "Villa Argentina"	pag. 76

4. L'educatore professionale: risorse e criticità con il paziente in doppia diagnosi

4.1. Intervista a un educatore professionale di "Villa Argentina"	pag. 84
4.2. Gli strumenti: la relazione e la capacità empatica	pag. 92
4.3. Le difficoltà: l'incontro con la psicosi, "parte tossicomantica o psichiatrica?", il senso di frustrazione	pag. 94
4.4. I sostegni: l'autoriflessione, il lavoro in équipe, la supervisione, la formazione continua	pag. 97

Conclusioni

Bibliografia

INTRODUZIONE

La scelta del tema

La scelta di trattare il complesso tema della “doppia diagnosi” nasce da un interesse particolare verso l’area della tossicodipendenza, interesse, che è derivato inizialmente dalla curiosità verso un mondo da me poco conosciuto e proprio per questo stimolante da scoprire.

Inoltre, la sensibilità verso il fenomeno è guidata dalla considerazione che, esso smuove ancora, e credo smuoverà sempre, moltissime domande, ci chiama in causa anche se non lo vogliamo, ci interroga come persone.

Numerosi sono i livelli entro cui si snoda il fenomeno “tossicodipendenza”: dalla sua stessa definizione (è una malattia del corpo, della psiche, della società o tutto questo intrecciato?), ai diversi paradigmi eziologici e diagnostici, che sembrano ridurre spesso il discorso “droga” a una semplificazione riduzionista/biologista, alla diatriba tra proibizionismo e antiproibizionismo, alle varie strategie d’assistenza e di cura che vanno da un atteggiamento di accudimento a uno più normativo, alle nuove forme di dipendenza senza oggetto.

L’interrogarmi e il riflettere sul fenomeno e le problematiche suddette, mi ha portato a considerare gli elementi psichici e relazionali che accompagnano l’esperienza della tossicodipendenza.

La scelta di parlare, in questo mio lavoro, di “doppia diagnosi”, muove dall’attenzione verso la sofferenza, all’interno di un’analisi dei costrutti cognitivi, emotivi e relazionali, relativi ai processi dell’autoconsapevolezza e dell’identità.

Ho, dunque, abbracciato l’idea di un’analisi dell’intera complessità psichica della persona, di cui fanno parte i diversi sottosistemi di sofferenza, strutturati o no in una precisa forma psicopatologica, e nella quale agiscono le diverse strutture relazionali di dipendenza.

La questione “doppia diagnosi” ritengo sia particolarmente interessante perché può fornire uno sguardo più profondo con cui osservare e affrontare la tossicodipendenza, uno sguardo che adotti il paradigma della complessità.

Scopo del lavoro

Nel trattare il fenomeno “doppia diagnosi”, il mio intento è quello di analizzare il significato che esso assume per la figura dell’educatore professionale, che si trova a lavorare con soggetti a cui spesso viene applicata questa etichetta.

In questo lavoro mi occuperò di analizzare come, operativamente, l’educatore professionale ha la necessità di andare oltre alla diagnosi, per incontrare queste persone e la loro sofferenza.

In particolare, verranno esaminate le peculiarità di questa tipologia di utenza e gli interrogativi che essa pone rispetto al trattamento, ma anche, più in generale a livello di significato di concetti quali “guarigione”, “cronicità” e “fallimento terapeutico”.

L’attenzione sarà focalizzata sulle modalità operative, messe in atto dall’educatore professionale, nella costruzione di percorsi possibili per questi pazienti, che presentano un quadro estremamente complesso.

Nella **prima parte**, dopo aver definito il concetto e quelli che sono i significati che ad esso sottendono, operando una riflessione critica della loro applicazione, ho analizzato le varie ipotesi di spiegazione e classificazione che fino ad oggi sono state date.

Ho, quindi, proseguito indagando i disturbi psichiatrici maggiormente implicati e le loro connessioni con le diverse sostanze, per poi concludere con la spiegazione che da Rigliano di “doppia diagnosi” quale “metastruttura”.

Nella **seconda parte** mi sono occupata di definire le caratteristiche specifiche del paziente in doppia diagnosi e le problematiche che emergono dalla complessità del suo quadro.

Per fare questo, sono partita dal racconto di due storie di pazienti, che ho avuto modo di conoscere nel corso di uno stage svolto, nei due mesi precedenti la stesura di questo lavoro, presso il Centro Terapeutico “Villa Argentina” di Lugano.

Partendo dalla specificità, e in particolare dai bisogni, del paziente, ho, quindi, analizzato i percorsi riabilitativi e gli obiettivi che è possibile ipotizzare.

Nella **terza parte** ho puntato il focus sulla soluzione residenziale, in particolare sull’evoluzione che ha subito, a seguito dell’incontro con questo tipo di paziente, per poi arrivare al lavoro che svolge oggi nel trattamento di questi soggetti.

Un esempio in questo campo è il Centro Terapeutico “Villa Argentina” di cui ho analizzato i modelli metodologici.

Ho posto particolare attenzione all’integrazione interna, con il modello operativo dell’“integrazione funzionale” di Zapparoli, nonché al lavoro di rete, necessario per quello che sarà il futuro di questi soggetti, una volta dimessi dalla Comunità.

Nella **quarta e ultima parte** mi sono occupata di quelle che sono le risorse, gli strumenti e le problematiche del lavoro dell’educatore professionale con questa utenza, portando la testimonianza di un educatore che lavora in questo ambito e proponendo delle riflessioni personali.

Il lavoro, in ogni sua parte, è il frutto dell’interesse a conoscere la realtà della “doppia diagnosi”, nei termini di persone in estrema difficoltà e disagio e per le quali l’incontro con l’educatore professionale acquista un grande significato.

Riferimenti e rassegna bibliografica

Nella stesura di questo mio lavoro ha avuto un ruolo importantissimo l’esperienza, in qualità di stagiaire, presso il Centro Terapeutico “Villa Argentina” in Canton Ticino.

Grazie a quest’occasione che mi è stata offerta, ho potuto sviluppare una serie di riflessioni sul tema che si sono poi tramutate in quanto scritto di seguito.

Riferimenti significativi sono stati, oltre alla struttura e alla sua organizzazione, tutti gli operatori, in particolare l’équipe educativa, e, non ultimi, i pazienti residenti.

Tra gli autori che mi hanno accompagnata nella stesura, i principali sono i seguenti:

- P. Rigliano (*Doppia diagnosi: tra tossicodipendenza e psicopatologia*);
- P. Rigliano, P. Miragoli (*Tossicomania e sofferenza mentale. La questione della doppia diagnosi*);
- P. Rigliano, L. Rancilio [a cura di] (*Tossicomania e sofferenza psichica. Le buone prassi nella “doppia diagnosi”*);
- R.C. Gatti (*La “doppia diagnosi” è più o meno di una diagnosi?*);
- R.C. Gatti (*La “Doppia diagnosi” vantaggi o limiti nella prassi operativa?*);
- A. Bonetti, R. Bortino (*Tossicodipendenza e doppia diagnosi: la relazione d'aiuto in Comunità*).

1. “DOPPIA DIAGNOSI”

1.1. AL DI LÀ DELLA DEFINIZIONE, LA QUESTIONE DELLA DIAGNOSI

Nel definire il termine “doppia diagnosi”, solo apparentemente chiarificatore del fenomeno estremamente complesso che ad esso sottende, mi sembra utile partire dalle definizioni che ne danno i seguenti autori:

“Per doppia diagnosi s’intende la presenza nella stessa persona di un comportamento tossicomaniaco (spesso con abuso di più sostanze) e di sintomatologia psichiatrica”
Rigliano, 2004.

“Con doppia diagnosi ci si riferisce a un’espressione utilizzata da alcuni autori (in particolare di nazionalità americana - “dual diagnosis”) per definire una concorrenza tra un disturbo psichiatrico e una condizione tossicomaniaca. Il termine presenta un’ambiguità di fondo dovuta alla complessità diagnostica dei soggetti che presentano un quadro comorbile (nella maggior parte dei casi non esistono due diagnosi separate, bensì condizioni che s’influenzano reciprocamente e quadri molto complessi in cui la dipendenza da sostanze sembra essere il sintomo di una psicopatologia definita)”
Bignamini e coll., 2002.

“Sebbene a rigore la popolazione di pazienti con doppia diagnosi includa anche affezioni di per sé non gravissime e situazioni cliniche abbastanza gestibili (per esempio pazienti con disturbi d’ansia e abuso di benzodiazepine) generalmente si indica con il termine di doppia diagnosi una popolazione di pazienti difficili con patologie psichiatriche di Asse I di notevole gravità, generalmente psicotica, da abuso o dipendenza da sostanze”
Solomon e Fioritti, 2002.

Innanzitutto, va rilevato, come peraltro accenna Bignamini, che il termine “doppia diagnosi” è la traduzione di “dual diagnosis”, in auge soprattutto negli USA e che indica una precisa concezione descrittivo-nosologica.

In Europa, in Inghilterra più precisamente, si preferisce utilizzare il termine “comorbidità”.

Infatti, la definizione di doppia diagnosi, apparentemente ovvia, sembra basarsi in realtà su una concezione dicotomica e separata dei due fenomeni occorrenti, evidenziando la lettura su un livello solamente descrittivo, come se questo fosse fondante e, soprattutto, neutro e affidabile.

Il termine “comorbidità”, invece, sottolinea l’aspetto di relazionalità complessa e concausale e sembra mettere l’accento sulla co-evenienza come fenomeno nient’affatto casuale, incidentale o autoesplicativo, su cui poco ci sarebbe da interrogarsi.

Infatti, la riflessione va oltre il definire cosa si intenda per doppia diagnosi, indagando quali sono i significati e le logiche che sottendono all’utilizzo di questo termine.

La “doppia diagnosi” riduce, troppo spesso, il discorso su un falso piano diagnostico; è come se creasse quella che Rigliano chiama: “una regione speciale del paese delle dipendenze”.

Emergono, così, frasi del tipo “lui è un doppia diagnosi, l’altro no”, con la conseguenza di ridurre tutto a un banale etichettamento e creare una nuova categoria di utenza indefinita, i “doppia diagnosi”.

Si vengono, così, a rilevare problemi organizzativi e di competenza rispetto alla cura, il cosiddetto “palleggiamento” dei soggetti tra il Servizio per le Tossicodipendenze e i Servizi Psichiatrici, perdendo di vista il nodo centrale.

Il nodo centrale è da ritrovare nel fatto che il concetto di doppia diagnosi rischia di essere utilizzato come una vera e propria diagnosi, avvitandosi su di sé in un atteggiamento mentale che chiude possibilità anziché aprirne.

In tutti gli altri ambiti della clinica, la compresenza di due patologie diverse non viene definita con il termine “doppia diagnosi”: questo deve portare necessariamente ad una riflessione.

Infatti, entrando nella logica della “doppia diagnosi” come nuova e inedita diagnosi, il rischio è che questi pazienti diventino quelli per cui è necessario, a priori, il trattamento

in una struttura apposita e quelli che fanno parte di una nuova categoria di utenza indefinita, come se i “doppia diagnosi” fossero tutti uguali.

La “doppia diagnosi” apre, poi, un’interessante riflessione che riguarda la questione della diagnosi.

Quanto da me affermato precedentemente, infatti, non vuole porre in secondo piano l’importanza dell’esistenza di un processo diagnostico e di una diagnosi per ogni persona che si accosta ad un sistema d’intervento, che si definisce come sistema terapeutico clinico.

Tuttavia, la diagnosi deve essere utilizzata per quello che è, ossia la parte di un processo clinico complesso che deve coinvolgere chi vi è sottoposto. Se questo processo non si sviluppa o non può essere sviluppato affrontando le complessità che gli sono proprie, il risultato rimane soltanto un controproducente strumento di etichettamento.

“Dovrebbe essere una regola, ma rimane solo una prospettiva, che ad un accurato processo diagnostico (e prognostico) consegua un intervento che sappia veramente cogliere l’articolazione di quanto diagnosticato, valorizzando ciò che, nella diagnosi, permette di cogliere, soprattutto, le differenze e non l’omologazione in categorie omogenee.”¹

Le mie riflessioni, muovendo da tali premesse, si focalizzano sul significato che la “doppia diagnosi” assume nel lavoro dell’educatore professionale, sulle implicazioni che questo, spesso falso, problema ha a livello di intervento educativo con gli utenti.

Un giorno, un educatore mi ha detto: “la diagnosi è la mappa, non il territorio”².

Io mi permetto di aggiungere che, come una cartina geografica ci guida e ci permette di non perderci, ma i luoghi che ci capita di attraversare sono comunque sempre una sorpresa ai nostri occhi, così la diagnosi, “doppia” che sia, rappresenta per l’educatore professionale un primo punto di riferimento, ma non certo tutto quello che è la persona che ha davanti a sé.

¹ R. Gatti, *La “doppia diagnosi” è più o meno di una diagnosi?*, www.droga.net/fuoco/2diagnosi.htm.

² Bateson.

A mio parere, l’educatore professionale ha una grande possibilità, che è quella di partire dall’*incontro* con la persona e, nel “qui ed ora” di quell’incontro, liberarsi di ogni pregiudizio legato alla diagnosi.

Quando si *incontra* qualcuno, che sia uno schizofrenico o un tossicodipendente, si ha davanti un mondo decisamente più complesso di quello che ci può descrivere la loro diagnosi, si ha davanti, per esempio, il significato che quella diagnosi assume per quella specifica persona e la sofferenza da lei vissuta.

L’educatore professionale considera la diagnosi, sapendo però che il suo lavoro partirà dalla complessità in cui essa si manifesta in quel dato soggetto, in quel particolare momento della sua vita; non dimenticando, infatti, che, se la diagnosi spesso si presenta come statica e indipendente, sicuramente così non sarà per le situazioni con cui si trova a lavorare.

Nel corso del prossimo paragrafo mi occuperò di analizzare quando e perché si è iniziato a parlare di “doppia diagnosi”.

1.2. PSICHIATRIA E TOSSICODIPENDENZA: LA SEPARAZIONE

Il problema della cosiddetta “doppia diagnosi” è in realtà una questione antica che ha guidato il pensiero psichiatrico a partire dalla sua costituzione scientifica nel corso dell’Ottocento.

Le cosiddette “psicosi esogene” erano il risultato dell’incontro tra un “tossico esogeno” e una “costituzione debole” e venivano a costituire modelli paradigmatici anche per la ricerca psicopatologica sulla schizofrenia (psicosi endogena per eccellenza, di cui bisognava rintracciare il tossico che l’organismo stesso produceva a causa di un errore biologico).

Oggi, con la “doppia diagnosi”, sembra dunque ritornare la concezione che alla base o come conseguenza dell’abuso di sostanze si rilevano, con valore ed effetti diversi, strutture psicopatologiche precise, da cui nascono dinamiche che influiscono pesantemente sulla prognosi e sul trattamento degli stati di dipendenza.

Questo ritorno di una diagnostica psichiatrica applicata agli stati di tossicodipendenza si è verificato, però, dopo almeno due decenni in cui tutto il mondo ha visto una netta separazione tra il campo della psichiatria e quello delle tossicodipendenze.

In Italia la separazione si è verificata ad ogni livello:

- clinico: la psichiatria e gli psichiatri hanno abbandonato questi pazienti ritenendoli di competenza dei soli operatori delle tossicodipendenze, i quali non possedevano gli strumenti diagnostico-psicopatologici propri della psichiatria istituzionale;
- socioculturale: si sono fatte strada due concezioni diversificate e in contrasto tra loro: la *cultura psichiatrica* basata su un riduttivismo medicopatologizzante e psicofarmacologico e la *visione psicosociale della dipendenza* che la identifica in un comportamento deviante legato a problematiche sociali e a particolari culture giovanili; in questo contesto al problema tossicodipendenza bisognava rispondere con un trattamento sostitutivo o con un trattamento contenitivo ed educativo-riabilitativo con lo scopo di riapprendere regole e ruoli sociali;
- legislativo-istituzionale: si tratta della legge 685/75 che sancisce il distacco tra psichiatria e tossicodipendenza e della legge 162/90 che dà vita ai Ser.T. in quanto servizi separati da quelli psichiatrici;
- organizzativo: si rivela la presenza di due mondi distinti, sottoposti a sistemi di finanziamento, valutazione, riconoscimento istituzionale e gestione completamente indipendenti.

E' tra la fine degli anni ottanta e l'inizio degli anni novanta che all'interno dei Servizi per le Tossicodipendenze si inizia a percepire questa separazione sempre più inefficace, ingiusta e contestabile da tutti i punti di vista ed è nello stesso periodo che iniziano ad apparire, soprattutto in ambito anglosassone, le prime ricerche attendibili sulla concomitanza di disturbo psichiatrico e abuso di sostanze.

Si va così a delineare il paradigma della doppia diagnosi, che fa risalire la sua nascita a vari fattori riconducibili all’area clinica, al sistema dei servizi e ai processi che hanno investito e investono oggi la nostra società.

Rispetto alla *clinica*, si sono verificati sempre più ricoveri di giovani con un esordio psicotico in concomitanza con l’uso di nuove droghe, dalla cocaina alle amfetamine, spesso unite all’alcol.

Si è rilevato che fino al 50% di pazienti schizofrenici cronici e gravi in carico ai servizi assumono sostanze con la conseguenza di un peggioramento di tutti gli indici clinici e prognostici. Fino ad arrivare all’evidenza, che si fa strada nella letteratura internazionale, che le droghe agiscano da fattore precipitante tra i cosiddetti giovani a rischio.

Tutto questo ha portato via via al consolidarsi, all’interno delle équipes professionali, di una cultura che inizia a considerare che “dietro a ogni tossicomane o alcolista ci sono complesse storie di malessere, personale e contestuale, strutturate o meno in forme psicopatologiche, codificabili o meno dalla nosologia ufficiale.”³

Si sono iniziate a considerare le differenze individuali e familiari, l’importanza della storia e dell’elaborazione personale della sofferenza.

Per quanto riguarda il *sistema dei servizi*, è stato rilevato da tempo come tutti i programmi ambulatoriali o comunitari abbiano percentuali rilevanti di drop out e di fallimenti e che molti di tali fallimenti siano imputabili a problematiche specificatamente psichiatriche.

Si è venuta così a costituire una popolazione di pazienti “storici” caratterizzati da gravità, cronicità, ripetuti fallimenti, multiproblematicità in ogni ambito esistenziale e sociale con evidenti problematiche psichiche e una lunga storia di rapporti conflittuali e discontinui con i servizi.

Altra questione che si somma a quanto appena detto è quella inerente ai poliabusatori, una popolazione di pazienti molto gravi, spesso sottovalutati, che però sembrano diventare sempre più la regola della condizione tossicomana e nei quali si evidenziano

³ P. Rigliano, *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*, 2004, 48.

gravi problematiche psichiatriche, costituite da crisi psicotiche che interagiscono con complessi disturbi di personalità, con devianza e deriva sociale.

Tutto questo ha determinato una messa in discussione dei programmi terapeutici tradizionali, un’apertura ai trattamenti psichiatrici nel dover gestire emergenze e crisi, e l’accettazione di ricorrere anche ad interventi psicofarmacologici, a ricoveri psichiatrici e, quindi, a diagnosi psichiatriche.

“La doppia diagnosi nasce così come crisi del buon intervento standard: sono i fallimenti ripetuti e le crisi imprevedute in utenti inguaribili e gravosi ad aver indicato l’insufficienza dei trattamenti di routine. L’emergenza prima epidemiologica, poi clinica, ha aperto la possibilità di superare steccati burocratici, organizzativi e professionali.”⁴

A livello *sociale*, la chiusura dei manicomi ha portato pazienti gravi, giovani e cronici, a vivere le loro sofferenze e problematiche nella comunità territoriale in cui vivono, con la possibilità di sperimentare facilmente l’esposizione alle sostanze attraverso varie dinamiche: l’influenza delle fasce marginali della popolazione, la deriva sociale degli homeless, l’uso terapeutico delle sostanze, la preferenza di un’identità di tossico anziché di matto.

Si aggiunge l’idea, ormai diffusa, secondo cui oggi si possono mutare i propri stati psichici ricorrendo alle sostanze.

E’ interessante notare come sembra essere in atto una sorta di contraddizione. Se da un lato si è più attenti al problema droga e si è creata una certa sensibilità collettiva perché tutti possono esserne coinvolti, dall’altro, risaltano soltanto le situazioni più gravi, l’attenzione si concentra solo sui pazienti più complessi dal punto di vista clinico, più bisognosi di cura, che non sembrano rispondere agli interventi disponibili e che, quindi, risultano poi essere quelli meno curati.

Oggi, dopo le evidenze cliniche, dopo il mutamento della tipologia “classica” di tossicodipendente e le riflessioni avvenute all’interno dei servizi per le

⁴ P. Rigliano, *Doppia diagnosi* cit, 50.

tossicodipendenze, con il ritorno di una vecchia epistemologia e clinica, si pone fondamentale riconsiderare la scissione tra psichiatria e tossicodipendenza.

Questa separazione è sicuramente andata a nuocere ai tossicomani, che in tal modo sono stati privati di adeguati strumenti terapeutici e di strategie mirate alla soluzione della loro sofferenza, dall'altro lato, è andata a nuocere anche alla psichiatria, che non ha potuto sperimentarsi nel laboratorio teorico e clinico della tossicodipendenza, perdendo l'occasione di cogliere le complesse interazioni tra condizioni, che avrebbero potuto fornire strategie di grande valore euristico e terapeutico.

Nel dibattito attuale si vede come, in realtà, questa scissione si è mantenuta nonostante la consapevolezza della coesistenza dei due disturbi: si addebita all'altro campo la colpa di una tale separazione, non considerando le responsabilità della propria “parte” disciplinare.

Risulta importante che la psichiatria non tenti di spiegare tutta la realtà delle tossicodipendenze con un approccio psichiatrico vecchio, incentrato sul riduzionismo biologico più estremista e ideologico, sarebbe auspicabile che, confrontandosi con la realtà della tossicodipendenza, possa pensare a quella che Rigliano definisce “psicopatologia delle dipendenze”, la cui mancanza si rileva dall'incertezza diagnostica sulle dipendenze.

“Le tossicodipendenze impongono di ripensare non solo la nosologia psichiatrica, ma il sapere psicopatologico. Esse sono una condizione inedita che sfida la psicopatologia: sono una psicopatologia meta, una struttura di strutture psicopatologiche che si colloca a un livello superiore rispetto alle altre sindromi. E questo perché tutte le dipendenze sono non solo una condizione di sofferenza, assai complessa e coinvolgente l'intera personalità ma, soprattutto, sono la risposta disfunzionale a questa stessa sofferenza e alle aspirazioni del soggetto.”⁵

La questione aperta sulla doppia diagnosi potrebbe così portare ad una psicopatologia non meramente descrittiva, nosologica e statica, ma ad una psicopatologia che sappia cogliere le forme di vita dei soggetti nella loro evoluzione personale.

⁵ P. Rigliano, *Doppia diagnosi* cit, 44-45.

Occorre andare ad indagare le dinamiche interiori sottoforma di aspettative, obiettivi e tentativi che le persone fanno per risolvere i problemi di sofferenza, di significazione, di realizzazione di sé.

1.3. EPIDEMIOLOGIA

Nell'affrontare il problema della doppia diagnosi, la ricerca epidemiologica è più fortemente sentita nella cultura americana, infatti, tra gli studi più famosi troviamo l'*E.C.A. Project (Epidemiologic Catchment Area Study)* - Regier et al., 1990, 1993; l'*N.C.S. (National Comorbidity Survey)* - Kessler et al., 1994, 1997; ed il *N.L.A.E.S. (National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey)* - Grant, 1996.

I dati dell'*E.C.A.* rilevano che nella popolazione generale americana la prevalenza, negli ultimi dodici mesi, di qualsiasi disturbo mentale era del 22,1%, mentre quella di disturbo da uso di sostanze era del 9,5%. Il 3,3% della popolazione americana presentava una doppia diagnosi.

Nello stesso studio si è visto che il 52% di coloro che avevano una diagnosi lifetime di abuso di alcol e il 75% di tutti quelli con diagnosi lifetime di abuso di altre sostanze avevano anche un'altra diagnosi.

Vennero rilevate notevoli differenze nella prevalenza di doppia diagnosi tra la popolazione in trattamento presso servizi specialistici e quella non in trattamento (alcoldipendenti con doppia diagnosi: in trattamento il 57%, non in trattamento il 24%; tossicodipendenti con doppia diagnosi: in trattamento il 64,4%, non in trattamento il 29,9%).

Lo studio ha, inoltre, trovato tassi lifetime di prevalenza di abuso o dipendenza da sostanze molto diversi tra le varie classi di disturbi mentali di Asse I:

- Schizofrenia	47,0%
- Disturbi d'ansia (eccetto DAP)	14,7%
- Disturbo da attacchi di panico	35,8%
- Disturbo ossessivo-compulsivo	32,8%

- Disturbi affettivi (eccetto bipolari)	32,0%
- Disturbi bipolari	60,0%

L'altro grande studio di popolazione generale condotto negli USA, l'*N.C.S.*, ha trovato tassi ancora superiori, rilevando una prevalenza di patologia psichiatrica di qualunque tipo negli ultimi dodici mesi del 29,5% e nel corso della vita del 48%; mentre il tasso di prevalenza di un qualsiasi disturbo da uso di sostanze negli ultimi dodici mesi era dell'11,3% e nel corso della vita del 26,6%.

Per quanto riguarda la doppia diagnosi emerse che la prevalenza nel corso della vita di un altro disturbo psichiatrico era, nei soggetti alcol dipendenti, del 52% e, nei soggetti con abuso o dipendenza da altre sostanze, del 59%.

Tali studi hanno inoltre indicato che, soprattutto nelle popolazioni in trattamento presso i Servizi, la comorbidità tra disturbi psicotici e disturbi da uso di sostanze dovrebbe essere considerata ormai la regola e non l'eccezione.

Nei Servizi di Salute Mentale da metà a due terzi dei soggetti psicotici presenta nel corso della vita problemi di abuso o dipendenza da sostanze e da un terzo a metà dei casi acuti si presentano con problemi di abuso o dipendenza da droghe. Nei Servizi per le Dipendenze da metà a tre quarti dei pazienti presenta nel corso della vita altri disturbi di ASSE I o di ASSE II.⁶

Altre ricerche da citare a livello europeo sono: la *NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study – Studio prospettico di incidenza)* in Olanda, il *NPMS (National Psychiatric Morbidity Survey)* nel Regno Unito e l'*EDSP (Early Developmental Stages of Psychopathology Study – Studio dei pattern di insorgenza dei dist. psich.)* a Monaco. Ed in Messico l'*EPM (Studio sulla epidemiologia della comorbidità)*.

Per quanto concerne la realtà italiana, non esistono dati epistemologici certi sulla prevalenza dei disturbi mentali e sull'abuso di sostanze nella popolazione generale,

⁶ V. Marino, *slides utilizzate nel Corso “Sociologia della devianza”*, Corso di Laurea in Educazione Professionale, Università degli Studi dell'Insubria, Varese, a.a. 2005/2006.

molto poco sappiamo anche sulla prevalenza dei disturbi da uso di sostanze nella popolazione afferente ai servizi psichiatrici.⁷

Le prime ricerche sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici tra i tossicodipendenti afferenti ai Ser.T. sono datate fine anni '80.

Nella seguente tabella sono riportati gli studi più significativi condotti da autori italiani su pazienti in trattamento per disturbi da uso di sostanze:

AUTORI	DIAGNOSI ASSE I	DIAGNOSI ASSE II	CAMPIONE	SOGGETTI NON IN D.D.
Tempesta et al, 1986	42%	47%	153 pz Unità di disintossicazione in un Ospedale generale di Roma	15%
Clerici et al, 1989	30%	41%	226 pz Comunità Terapeutica di Milano	9%
Pani et al, 1991	54%	45%	126 pz in trattamento sostitutivo con metadone a Cagliari	26%
Pozzi et al, 1993	10%	30%	390 soggetti in 11 Sert	24,6%
	16,4 %			

⁷ A. Fioritti - J. Solomon, *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*, 2002, 47.

1.4. LE IPOTESI DI CLASSIFICAZIONE E SPIEGAZIONE DEL FENOMENO

“Ai momenti di pazzia si alternavano lunghi momenti di lucidità che mi erano divenuti insopportabili.
Durante questi attacchi d’incoscienza assoluta bevevo e solo dio sa quanto e con quale frequenza.
Ovviamente i miei amici imputavano la pazzia al bere e non il bere alla pazzia.”

Edgar Allan Poe

In questo paragrafo mi occuperò di quelli che sono stati i tentativi di spiegare il fenomeno “doppia diagnosi” e le problematiche ad esso associate.

Un tentativo di orientamento è rappresentato dal **modello di classificazione di First e Gladis** (1993) che individua tre “tipologie di comorbilità”:

- 1) Disturbo psichiatrico primario con tossicodipendenza secondaria
- 2) Disturbo da uso di sostanze primario con disturbo psichiatrico secondario
- 3) Disturbo psichiatrico primario con tossicomania primaria

Li analizzo uno per uno:

1) Nel caso di tossicodipendenza secondaria ad una patologia psichiatrica, i seguenti criteri di ordine temporale, comportamentale e clinico aiuterebbero nello stabilire la primarietà di quest’ultima:

- *criterio temporale* (la patologia psichica precede chiaramente l’inizio dell’uso della sostanza e può essere diagnosticata precedentemente);
- *criterio di causalità* (il tipo di sostanza, il pattern, la storia di assunzione, dosi, ritmo, frequenza, contesto di assunzione, funzionalità ricercata e il significato attribuito dalla persona aiutano a definire il rapporto che intercorre, ad esempio,

tra un vissuto depressivo primario, un trauma, una storia di comportamenti ipomaniacali e l’uso di alcol o di eroina, oppure tra una personalità schizoide o psicotica e l’assunzione di stimolanti);

- *criterio di autonomia* (il disturbo psichiatrico si manifesta in periodi di astinenza dalla sostanza);
- *criterio dell’espressività sintomatologica* (può essere fatta diagnosi di disturbo psichico pure in presenza di assunzione di sostanze; ciò in base al fatto che possono essere evidenziate allucinazioni, un vissuto paranoico può emergere malgrado le proprietà narcotizzanti dell’eroina; tipiche dinamiche oscillatorie tra euforia e depressione, possono essere evidenziate trovando un corrispettivo nella modalità e nel dosaggio di assunzione di sostanze);
- *criterio della rilevanza clinica* (prevale uno dei due disturbi mentre l’altro può essere ritenuto secondario perché non è un’emergenza o non necessita di interventi urgenti);
- *criterio della familiarità* (può essere presente una storia familiare in cui compaiono disturbi psichici in chiave trans-generazionale).

Risulta importante che questi criteri siano applicati nell’ambito di un rapporto che possa permettere una reale conoscenza del paziente, una ricostruzione dell’anamnesi e una definizione dei passaggi psicologicamente significativi che hanno segnato l’evoluzione del paziente.

2) Nella condizione di dipendenza primaria e disturbo psichico secondario ricadono le seguenti differenti situazioni:

- le conseguenze psichiatriche dell’intossicazione acuta;
- le conseguenze dell’astinenza;
- le nuove sindromi che giustificano una diagnosi specifica aggiuntiva, come un disturbo depressivo durante l’astinenza da cocaina o da alcol;
- le conseguenze psichiatriche dell’uso cronico e grave che può produrre danni cerebrali irreversibili (v. demenza alcolica, disturbi organici da amfetamine, disturbo organico della personalità nelle politossicomane).

Il DSM-IV definisce specifiche categorie per diagnosticare tali disturbi psichiatrici nella classe dei disturbi indotti da sostanze (intossicazione, astinenza, delirium,...).

Nel caso i sintomi siano di grave entità si avrà una sindrome specifica, quando invece l'entità è modesta verrà individuato lo stato di semplice intossicazione o astinenza.

In questa condizione di comorbidità deve rilevarsi la concomitanza di due condizioni:

1. l'uso di sostanze deve essere antecedente alla comparsa dei sintomi psichiatrici;
2. ci deve essere un rapporto di “congruità causale” clinico-tossicologica tra assunzione di sostanze e manifestazioni psichiatriche in base al tipo di sostanza e alle modalità di assunzione.

Solitamente il sospendere la sostanza riduce gradualmente i sintomi fino alla remissione completa, cosa che però non si verifica, per esempio, nel caso dell'alcolismo, in cui si producono danni permanenti che si instaurano gradualmente nel corso di mesi o anni di assunzione.

3) Nel definire la categoria che indica entrambe le condizioni come primarie, troviamo da una parte autori che ne spiegano l'esistenza e altri che la trovano rispondente a un modello riduttivo, monodimensionale e tutto biologico delle dipendenze.

Fioritti e Solomon sostengono che tale categoria è costituita per esclusione delle due condizioni precedenti, anche se esse possono tuttavia interagire alleviandosi o esacerbandosi a vicenda, i due disturbi hanno decorsi indipendenti, i sintomi psichiatrici non sono in relazione clinica comprensibile con l'uso di sostanze e le storie familiari sono variabili e forniscono scarse indicazioni.

Entrambi i disturbi devono essere oggetto di terapia e se uno solo viene trattato l'altro persisterà.

Rigliano si dichiara, invece, contrario a tale categoria non ritenendo validi gli elementi usati dai sopraccitati autori per definirla e giustificarla. Secondo Rigliano, non si tiene conto degli studi sulle modalità d'incontro con la sostanza e sulla continuazione del suo uso, né degli studi sociologici e psicosociali sulle dinamiche di socializzazione e sull'acquisizione delle identità giovanili. La tossicomania, per l'autore, si inserisce dentro le dinamiche intrapersonali e relazionali in cui storicamente la persona si trova a vivere.

Un altro tentativo di spiegazione del fenomeno ci è dato dal **modello bio-psico-sociale** che più volte è stato richiamato per interpretare il fenomeno delle tossicodipendenze.

Secondo questo modello, fattori di diverso livello concorrono, in proporzioni e modi differenti nelle specifiche situazioni, all’instaurarsi e al mantenimento del fenomeno (Fioritti, Solomon, 2002; Merikangas, Stevens, 1998; Mirin et al., 1991; Mueser et al., 1998).

I fattori coinvolti si situano su tre livelli: biologico, psicologico e sociale.

Riguardo ai *fattori biologici*, viene supposta una vulnerabilità individuale che viene declinata all’interno di ipotesi differenti (Galanter, Kebler, 1996; Kranzler, Rounsaville, 1998; Tracy et al., 1995; Weiss et al., 1992), nessuna delle quali è stata confermata.

Viene avanzata anche un’ipotesi di ereditarietà genetica, con studi che si basano sui gemelli omozigoti, sulle adozioni di figli di alcolisti e di tossicodipendenti.

Questi dimostrerebbero che un probando con un parente di primo grado con alcoldipendenza ha una probabilità doppia di sviluppare la stessa condizione, così come è stato messo in evidenza che i pazienti con doppia diagnosi hanno all’anamnesi una maggiore percentuale di familiari con una storia di dipendenza da sostanze rispetto ai pazienti con solo disturbo psichiatrico.

Nonostante ciò, nessuna ipotesi di ereditarietà genetica è stata sufficientemente suffragata.

I *fattori psicologici* pongono l’attenzione su eventi e fattori traumatici (Mueser et al., 1998) che si sommerebbero a primari difetti genetici e ad altri fattori ambientali per stabilire una ipersensibilizzazione individuale. Si riscontra, infatti, la presenza nella storia di molti pazienti tossicomani di eventi traumatici (es.: conflitti cronici tra i genitori con eventuali separazioni, abusi sessuali e maltrattamenti, abbandoni precoci, perdita di un genitore, lutti).

Inoltre, sono stati messi in rilievo specifici disturbi psicologici, come i disturbi della condotta infantile.

Sempre a livello psicologico, è importante ricordare l’ipotesi di **Khantzian** (1985) della **self-medication**, che merita a mio parere una particolare attenzione.

Secondo la teoria della self-medication o autoterapia, i tossicomani assumono sostanze per alleviare una specifica sofferenza psicopatologica, quindi si potrebbe parlare di sostanza elettiva in quanto volta a curare specifici stati psichici dolorosi.

Le sostanze permetterebbero un adattamento positivo soprattutto a breve termine, compensando i deficit e modulando la conflittualità.

Nella realtà mancano evidenze pratiche a sostegno di questa teoria: molti tossicomani riferiscono, infatti, che le sostanze hanno spesso peggiorato i loro sintomi; la corrispondenza diretta tra psicopatologia e sostanza non è sempre verificata, solo alcuni eroinomani avrebbero un miglioramento della sintomatologia ansiosa, paranoica e aggressiva (Castaneda et al., 1994).

Inoltre, l'effetto autoterapico rimane valido solo per le prime fasi della tossicomania, poi, nella piena cronicizzazione perde di valore.

Occorre però guardare a tale teoria non fermandosi ai limiti suddetti, che ce la farebbero respingere all'interno di un paradigma lineare e meccanicistico, ma andare più in profondità, non intendendo “l'autoterapia come se fosse rivolta solo a sintomi o effetti collaterali dei farmaci omettendo di considerare come, invece, la “cura” si rivolga innanzitutto alla sofferenza primaria che trova una risposta difensiva nella struttura psicopatologica. E senza tener conto che già la sintomatologia psichiatrica può essere intesa – anche! – come una soluzione”⁸.

Un altro aspetto che prevede una riflessione, è il termine stesso, “autoterapia”, che presuppone una scelta razionale, deliberata e finalizzata al conseguimento di un obiettivo desiderabile.

Ciò che invece più probabilmente avviene è la scoperta casuale che, grazie a una o più sostanze, i propri stati psichici si modificano immediatamente in un modo che viene vissuto come positivo.

Fondamentale è, a questo punto, sottolineare come la sostanza oltre a fornire un'illusoria autoterapia alla propria sofferenza la co-determina e la co-costruisce.

L'uso di sostanze attiva anche retroazioni potenti e ricostruttive di rapporti e significati.

“Ogni droga funziona da attrattore che rivoluziona tutti i livelli emotivi, cognitivi e comportamentali: cambia linee di sviluppo, dinamiche di equilibratura, forme

⁸ P. Rigliano, *Doppia diagnosi* cit, 99.

identitarie, strutture mentali, aspettative, nessi tra sofferenza e modi di risolverla.(...) L'effetto di ogni dipendenza non è solo neutro segnale che rimanda linearmente a qualcosa d'altro, né rimane senza ricadute sulla costellazione personologica che vi ha attribuito significato.(...) Quando siamo già in presenza di processi di disagio, questi vengono aggregati fra di loro, sia soprattutto tramite la nuova struttura formale che ogni relazione di dipendenza costruisce. Se esiste già una struttura psicopatologica, questa subisce a sua volta una trasformazione radicale: un potenziamento e una ristrutturazione intensissimi, che ne rimarcano la centralità nella mente.”⁹

Tornando al terzo ordine di *fattori*, quelli *sociali*, ci si riferisce al grado di esposizione del paziente a una determinata sostanza, tollerata dalla cultura di appartenenza, e alle pressioni esercitate dal contesto più significativo del paziente nell'iniziazione e nel mantenimento dello stato di dipendenza.

Naturalmente, tutti i fattori sopra elencati agiscono strutturando dinamiche secondo un rapporto non lineare, ma di causalità circolare, all'interno di una rete in cui certi fattori sembrano più rilevanti di altri.

Sono stati proposti dei **modelli di comorbidità**, sulla base delle relazioni causali che si hanno tra disturbo da uso di sostanze e disturbo psichiatrico, con le implicazioni che di volta in volta creano i fattori coinvolti.

Essi sono:

- il meccanismo della causa primaria, per cui la presenza dell'uno è la preconditione necessaria per l'espressione dell'altro: per esempio, il disturbo antisociale di personalità sarebbe la causa dell'abuso di cocaina, oppure l'uso di eroina sarebbe la causa del disturbo antisociale di personalità;
- il modello della shared etiology, per cui i due disturbi sarebbero la manifestazione degli stessi fattori eziologici sottostanti: per esempio, un difetto geneticamente trasmissibile, che si manifesterebbe in una vulnerabilità a livello dei neuromediatrici, sarebbe all'origine sia della tossicodipendenza sia del disturbo psichico;

⁹ P. Rigliano, *Doppia diagnosi* cit, 100-101.

- il modello della sostanza “trigger”, che ipotizza che l’uso di alcol e sostanze possa far precipitare la manifestazione del disturbo psichiatrico: l’alcol faciliterebbe l’insorgenza di disturbi depressivi, così come la cocaina favorirebbe l’emergere di una sindrome paranoica.¹⁰

Nel trattare l’ipotesi di classificazione degli autori americani First e Gladis o il modello biopsicosociale o i diversi modelli di causalità, ho voluto fornire quali sono stati i tentativi di spiegare il fenomeno “doppia diagnosi” e le possibili chiavi di lettura dello stesso.

Occorre, però, sottolineare come qualsiasi sforzo fatto dai vari autori rimane parziale e privo di veridicità se “abbracciato” acriticamente e senza considerare i diversi punti di vista.

E’ importante, per comprendere la comorbidità, con il fine di sapere meglio quale intervento terapeutico è possibile o più corretto attuare, adottare prima di tutto il paradigma della complessità. Complessità, che parte dalle modalità in cui i molteplici fattori trattati nelle varie spiegazioni teoriche si manifestano nella singola persona.

1.5. FORME DELLA SOFFERENZA MENTALE E SOSTANZE

- SCHIZOFRENIA

I pazienti schizofrenici che abusano di droghe sono stati oggetto di molti studi, data la gravità del quadro sintomatologico e le difficoltà trattamentali che essi presentano.

Vi sono autori che imputano l’assunzione di sostanze allo scarso livello di funzionamento e alle difficoltà interpersonali che certi soggetti manifestano prima dell’esordio schizofrenico, altri, al contrario, ritengono che l’abuso di sostanze si sviluppi in quei pazienti che hanno un migliore adattamento premorbo, grazie alle loro capacità di socializzazione e di condivisione delle esperienze.

¹⁰ P. Rigliano - P. Miragoli, *Tossicomania e sofferenza mentale. La questione della doppia diagnosi*. Rivista Sperimentale di Freniatria, giugno 2000, vol. CXXIV.

Possiamo dire, in linea generale, che i pazienti schizofrenici hanno un adattamento e una migliore performance sociale, grazie alla sostanza, attraverso vari meccanismi, dall'autoterapia, all'assunzione di un'identità tossicomana più accettabile di quella folle (anche se questo porta ad un maggior disturbo comportamentale).

Diversi studi hanno rilevato che i pazienti schizofrenici che usano sostanze sono più frequentemente maschi, presentano un esordio più precoce e un quadro psicopatologico florido con sintomatologia paranoica e una forte componente affettiva.

La difficoltà nel trattare con questi pazienti è data anche dal fatto che, spesso, sanno modulare gli effetti delle sostanze sui propri stati psichici alterati, variandone le tipologie (sono in molti casi poliabusatori), la frequenza, la quantità e le interazioni.

Non dimenticando l'incapacità della teoria della self-medication di connettere sottogruppi nosografici a particolari sostanze, proprio perché la complessità delle situazioni e dei fattori che in esse intervengono va al di là di un semplice appaiamento “uno-a-uno”, cercherò di illustrare quali sono le relazioni che i pazienti schizofrenici instaurano con le varie sostanze e le implicazioni che queste hanno sul piano psicopatologico.

Tra le sostanze usate preferenzialmente, oltre alla nicotina, troviamo alcol, cannabis e, soprattutto, cocaina e amfetamine.

Per quanto riguarda l'**alcol** e la **cannabis**, i pazienti ne ricavano effetti ansiolitici, di sedazione e alleviamento della tensione e della confusione psicotica, oltre ad un effetto antidepressivo consapevole e apprezzato.

Rispetto alla cannabis, va sottolineata la differenza tra i pazienti già schizofrenici al momento dell'uso da coloro che, invece, presentano schizofrenia indotta da questa sostanza.

Nel primo caso, alcuni pazienti riportano che l'uso di cannabis accentua la sintomatologia positiva, peggiora la funzionalità psicosociale, riduce la risposta alle terapie e aumenta i disturbi formali del pensiero e la contrapposizione all'ambiente.

Nella seconda fattispecie di pazienti, si rilevano coloro che usavano cannabis anni prima dell'esordio psicotico, ma una percentuale elevata di casi è costituita da coloro che

hanno presentato l’esplosione della sintomatologia psicotica nello stesso mese in cui è iniziato l’uso di cannabis o di alcol (Hambrecht, Hafner, 2000).

Inoltre si rileva, come ulteriore fattore di rischio nell’uso di cannabis, la precocità dell’inizio dell’abuso.

Ho ritenuto importante soffermarmi su questa condizione perché ritengo non sia da sottovalutare l’uso di questa droga, che investe la popolazione giovanile con esordi sempre più precoci.

Il fenomeno richiama, a mio parere, oltre allo studio della società in particolare dei giovani con il loro senso di condivisione, con le tematiche dell’adolescenza, del rischio, della trasgressione, del raggiungimento dell’identità, anche un’attenzione particolare verso quelle che possono essere le implicazioni più prettamente cliniche.

Per i suoi effetti, da molti sottovalutati, la cannabis agisce da stimolo propulsore in quelle strutture già a rischio: da una parte allevia l’ansia e la tensione permettendo di superare la chiusura e la svalutazione di sé, condizioni ben presenti nelle personalità schizofreniche, dall’altra parte può provocare confusione, fragilità percettiva, perdita dei contatti con la realtà, esperienze inquietanti, opposizione alla famiglia, chiusura in un mondo idiosincrasico e dereistico. Andando ad allentare le capacità di controllo di sé, può far emergere contenuti normalmente tenuti sotto controllo.

Si può ipotizzare che determini una destabilizzazione della struttura percettiva e autoriflessiva del Sé del soggetto, provocandone così lo scompenso, dovuto all’incapacità della persona di “tenere” un ordine percettivo e interpretativo.¹¹

Si apre così tutto il discorso della prevenzione, che in questo caso si muove sul piano molto delicato e scivoloso della patologia psichiatrica, rispetto al quale in questa sede non mi soffermo oltre.

Tornando alle sostanze più usate, diversi autori rilevano che circa un quinto dei pazienti schizofrenici usa in particolare **amfetamine**, autori americani riportano che la sostanza più usata è la **cocaina**.

¹¹ P. Rigliano, *Doppia diagnosi* cit, 68.

I pazienti evidenziano che gli stimolanti contrastano la sintomatologia negativa, stimolano l'attività mentale e producono una sensazione di benessere soggettivo, inoltre contrasterebbero gli effetti negativi dei neurolettici che essi assumono.

Da sottolineare sono i problemi di diagnosi differenziale che questa tipologia di pazienti pone, in quanto, in realtà, la cocaina e gli altri stimolanti aumentano l'insorgere di nuove crisi psicotiche, l'accentuarsi di quadri depressivi concomitanti, il deterioramento delle relazioni e delle prestazioni sociali e la riospedalizzazione.

Anche per gli stimolanti, come per la cannabis sopraccitata, diventa importante rilevare il ruolo di fattori non solo scatenanti, ma aggravanti, che contribuiscono fortemente al precipitare di una condizione solo prodromica o di uno “stato mentale a rischio” in un'attualità manifesta e molto più grave.

I giovani più vulnerabili e a rischio potrebbero stabilire un legame continuo, profondo e incontrollato con le sostanze, anche per cercare di rispondere alla propria sofferenza o per assumere una più tranquillizzante identità di tossico. Si rileverebbe così un reale incremento dei casi di comorbidità.

Occorre, quindi, porre attenzione alle gravi ripercussioni psicopatologiche che il fenomeno sociale “droga” pone a livello individuale e, sotto il profilo terapeutico, cogliere l'urgenza di programmi e strategie terapeutiche che siano specificamente mirate a trattare questo tipo di comorbidità.

La sostanza che, invece, non sembra essere “elettiva” per i pazienti schizofrenici è l'**eroina**, la quale accentuerebbe la sintomatologia negativa di cui essi già soffrono.

La spiegazione può esserci data indagando il livello relazionale: il soggetto avverte sì un vuoto e una perdita di valore di sé, ma perché sono gli altri a negare questo valore. L'individuo non subisce, però, subito la privazione di valore e senso autonomo, soprattutto quando ha elaborato un attrattore risolutivo come il delirio, il quale gli fornisce un nuovo senso di essere al mondo, per cui può fare a meno dell'eroina per coprire il “buco” nero della propria esistenza.¹²

¹² P. Rigliano, *Doppia diagnosi* cit, 69.

- DISTURBI DELL'UMORE

Depressione maggiore

Nei pazienti depressi la sostanza “elettiva” è costituita dagli oppiacei, in particolare quei depressi che soffrono anche di agitazione, ansia e tensione trovano proprio nelle capacità sedative offerte dall'**eroina** la “soluzione”.

E' da sottolineare che, in questi casi, la condizione comorbile moltiplica il rischio di suicidio, già di per sé aumentato dalla condizione tossicomana.

Diverse ricerche, specificando meglio questa problematica, rilevano che la frequenza di suicidio fra i tossicomani è 11 volte maggiore che nella popolazione generale (Krausz et al., 1998; Mino et al., 1999; Tondo et al., 1999).

La presenza di una diagnosi psichiatrica di Asse I fa passare il rischio di comportamenti suicidali dal 4% al 12%, mentre questo sale fino al 28% nei portatori di comorbidità sia in Asse I che in Asse II (Cacciola et al., 2001)¹³.

Diversi studi sottolineano come i pazienti con doppia diagnosi e depressione mostrino rilevanti resistenze al trattamento, attraverso un meccanismo circolare di rinforzo delle rispettive sintomatologie; la depressione concomitante sembra essere il più importante fattore predittivo di ricaduta e prognosi negativa.

Tra le altre sostanze, utilizzate dai soggetti che soffrono di depressione, troviamo l'**alcol**, in particolare la patologia psichiatrica precede il comportamento d'abuso nelle donne (soprattutto con esordio precoce e familiarità); inoltre non va dimenticata la relazione tra disturbi d'ansia e alcol (circa un terzo degli alcolisti soffre di ansia).

Per quanto riguarda, invece, la **cannabis**, i depressi la usano meno dei pazienti schizofrenici, sia nelle fasi acute che in quelle intercritiche.

Il tema della depressione è rilevante, oltre che per gli aspetti comorbili nella tossicomania, anche perché può essere definita un'area peculiare nello sviluppo della ricerca sul disturbo da uso di sostanze.

Per Rigliano, la depressione è il minimo comune denominatore presente in tutte le tossicodipendenze, così come la struttura emotiva e cognitiva emergente da dinamiche

¹³ Ricerche citate in P. Rigliano, *Doppia diagnosi* cit.

relazionali assai differenti: dalla schizofrenia all’incapacità di superare una perdita grave.¹⁴

Per approfondire meglio questo aspetto, Clerici e Carrà rilevano come studi di orientamento psicodinamico ipotizzino che l’oggetto introiettato (la “sostanza”) venga investito dal tossicodipendente di attributi difensivi contro la depressione e l’angoscia, conseguente alla mancanza o alla perdita della capacità di contrarre delle relazioni oggettuali valide. E’ proprio questo aspetto, continuano i due autori, ad aver indotto diversi psicoanalisti ad accostare la tossicodipendenza ai disturbi dell’affettività, soprattutto quelli ad andamento ciclico.

Il problema radicale del tossicodipendente sarebbe, infatti, la sua angoscia di separazione, angoscia tanto più insopportabile quanto più egli risulti regredito a livelli fusionali simbiotici con l’oggetto primario.

L’Io precario, nei suoi livelli d’integrazione e disturbato nelle sue relazioni oggettuali dalla prevalenza dei meccanismi di scissione, fruirebbe, però, solo per breve tempo di quell’effimera sensazione di benessere e di completezza derivata dall’assunzione della sostanza e si troverebbe piuttosto invischiato, necessariamente, in un processo di assunzione “ripetitiva”, in grado, da un lato, di automantenersi grazie agli effetti di rinforzo indotti dalle piacevoli sensazioni esperite e, dall’altro, di essere rievocato in chiave autoterapica nell’incontro con nuovi eventi stressanti.¹⁵

Disturbi bipolari

Questa condizione di comorbidità è tra le più studiate, sia per la complessità del quadro clinico che per le problematiche trattamentali di questa tipologia di pazienti.

Essi risultano esposti al rischio di sviluppare una dipendenza da sostanze, soprattutto **stimolanti e alcol**, molto di più dei pazienti depressi.

La cocaina e gli altri stimolanti sono percepiti come in grado di mantenere euforico il tono dell’umore, cosa che questi pazienti vorrebbero raggiungere a tutti i costi.

In particolare, i depressori del sistema nervoso, come l’alcol, e gli oppioidi sono preferiti dai pazienti bipolari e ciclotimici che provano disforia durante le crisi

¹⁴ P. Rigliano, *Doppia diagnosi* cit, 74.

¹⁵ M. Clerici - G. Carrà, *Implicazioni cliniche della comorbidità per depressione nei disturbi da uso di sostanze*, Bollettino OMS di Salute Mentale & Neuroscienze, novembre 1997, Vol. 3, Numero 4.

maniacali o ipomaniacali, a differenza di coloro in cui prevale la spinta verso l’“high” maniacale.

Va sottolineato che l’alcol può essere funzionale per tutti i pazienti bipolari, perché, oltre ad essere un deprimente delle funzioni cerebrali, funziona anche come un disinibente perché blocca le funzioni regolatrici e inibitorie superiori.

Per questi soggetti, il rischio di sviluppare un abuso di alcol e stimolanti è massimo durante le fasi di transizione dal “down” all’“high”.

Altro importante fattore di rischio, e poi indice di maggior gravità, è la precocità dell’esordio psicopatologico. Questa è legata ad una familiarità del disturbo: la presenza di un disturbo maniacale nella famiglia aumenta la probabilità di sviluppare una dipendenza da alcol e da altre sostanze.

Su questo punto si sono sviluppate due diverse ipotesi: l’ipotesi di una vulnerabilità genetica e l’ipotesi interazionista psicologica e relazionale, che si basa sugli specifici stili transazionali che il futuro paziente può aver acquisito ed elaborato nell’interazione con uno o più familiari portatori di costrutti di tipo maniacale.

In linea generale, possiamo affermare che l’abuso di sostanze nei pazienti bipolari peggiora notevolmente tutto il quadro clinico e complica, in modo altrettanto importante, le possibilità di trattamento.

La forma clinica con il decorso meno favorevole risulta essere la mania mista.

Le ricerche hanno evidenziato come, in tutte le forme di disturbo bipolare, la precocità delle manifestazioni sintomatiche portano più velocemente alla ricerca di sostanze e hanno una maggiore percentuale di conseguenze negative, tra cui il suicidio.

- DISTURBI DI PERSONALITA’

Non tutti gli autori fanno comprendere i disturbi di personalità nella doppia diagnosi, prendendo in esame solo l’Asse I del DSM IV.

Negli ultimi anni, però, si è posta sempre più attenzione verso questa tipologia di disturbi e si sono moltiplicati gli studi su questa comorbidità.

Le motivazioni di questa aumentata considerazione si possono trovare nell’attuale organizzazione dei servizi, che si vedono affollare da tossicomani con questi disturbi e

per i quali gli operatori trovano grosse difficoltà nel porre diagnosi specifica, oppure nella minore specificità di strumenti disponibili per far fronte a queste condizioni, che vedono soggetti che trovano come una “copertura” nell’uso di sostanze e si sottraggono così all’analisi.

Anche se con risultati spesso volte molto diversi tra loro, tutte le ricerche condotte mostrano un’altissima percentuale di disturbi di personalità in concorrenza con la tossicomania e l’alcolismo, e in questi soggetti ritroviamo più spesso tossicomania grave e persistente.

Le caratteristiche dei tossicodipendenti che presentano disturbi di personalità sono in generale le seguenti: questi pazienti hanno un esordio più precoce e spesso si tratta di poliabuso, hanno scarsa “compliance”, drop out, un peggiore adattamento psicosociale, maggiori ricadute e la presenza di episodi di violenza.

Per quanto riguarda il cluster A:

I pazienti con DISTURBO PARANOIDE DI PERSONALITA’ sembrano preferire le sostanze stimolanti, quali **cocaina**, **amfetamine** e **alcol**, perché darebbero un senso di potenza verso il mondo, alleviando il senso di invalidazione e vulnerabilità alla base del vissuto paranoideo, ma si crea un circolo vizioso dal momento che questo falso aumento del potere stimolerebbe una più spiccata interpretazione aggressiva dei rapporti che essi stabiliscono con l’ambiente.

Invece, i soggetti con personalità SCHIZOIDE e DISTURBO SCHIZOTIPICO DI PERSONALITA’ si legherebbero di più a sostanze come la **cannabis** e l’**LSD**, che permetterebbero una fuga dalla realtà e di conseguenza una sospensione dei rapporti con il contesto.

Nel cluster B sono comprese le seguenti personalità:

BORDERLINE, ANTISOCIALE, ISTRIIONICA e NARCISISTICA.

Questi soggetti sono, spesso, poliassuntori e sembrano preferire gli **stimolanti** per il loro spettro d'azione più ampio, capace di intercettare sia gli affetti depressivi, sia gli obiettivi di grandiosità, potenza e sicurezza.

Tra i pazienti BORDERLINE e quelli con disturbo ANTISOCIALE di personalità è molto spiccato l'uso di **alcol** (dei primi ne sono abusatori il 75%, dei secondi il 95%).

Entrambi questi disturbi sono associati a maggiori drop out e a una ridotta risposta al trattamento.

Tra i tossicodipendenti, il cluster B è quello che sembra prevalere e, in particolare, per certi autori, è dominante il disturbo borderline di personalità, per altri il disturbo antisociale di personalità.

Nel cluster C, che per certi autori non è da trascurare, troviamo il DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITA' in cui i soggetti sembrano seguire l'uso dell'ambiente in cui sono inseriti, e il DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO DI PERSONALITA', nel quale i soggetti strutturano un rapporto fisso e rigido con le sostanze incorporandole rapidamente nel loro sistema cognitivo-affettivo e controllandole secondo schemi fissi.

Troviamo poi il NAS (Disturbo di personalità Non Altrimenti Specificato) che, secondo alcuni autori, è prevalente tra i tossicomani: molti studi riportano una presenza media di 2-3 disturbi di personalità nei pazienti alcolisti concentrati soprattutto nel cluster B, infatti, più della metà dei pazienti con disturbo di personalità ha un'altra diagnosi di personalità patologica.

In generale, possiamo affermare che un disturbo di Asse II è correlato a un'ulteriore patologia di Asse I (per esempio, molte volte al disturbo di personalità si associa una sindrome depressiva diagnosticabile sull'Asse I).

Questo ha messo in discussione la differenziazione tra disturbi di Asse I e II, per questa tipologia particolare di pazienti, soprattutto per le grosse difficoltà diagnostiche e la complessità sintomatologica che essi presentano.

Risulta quindi difficile differenziare se il Disturbo rappresenti una conseguenza della dipendenza o di tratti di personalità preesistenti alla stessa. Infatti, si può vedere come, per esempio, l’abuso di sostanze in pazienti con disturbo borderline di personalità non è altro che uno degli item previsti dal DSM e questo non fa porre doppia diagnosi a meno che non si sviluppi una vera dipendenza.¹⁶

Ultimo aspetto da sottolineare è l’interesse, rivolto soprattutto dagli autori europei, verso le strutture e i tratti di personalità.

Se tutti gli autori sono pressoché concordi nell’escludere l’esistenza di una “personalità tossicomantica”, molti, viceversa, ritengono molto importanti i tratti di personalità, che in ogni paziente si compongono in forme e dinamiche peculiari da valutare attentamente in ordine all’intensità, al controllo dell’intera struttura di personalità, alla persistenza e alla preponderanza.

Tutte le forme di patologia psichiatrica, a cui è associato un comportamento tossicomane, sono da inquadrare in una prospettiva che si fondi sulla complessità e specificità di ogni particolare situazione.

Sganciandoci da una concezione semplicistica di ricorso alla sostanza per “curare” le manifestazioni sintomatologiche della malattia mentale, occorre entrare nelle singole situazioni, intendo dire, nella relazione particolare che quella persona sofferente instaura con quella determinata sostanza.

Si tratta quindi di andare oltre il modello della sommatoria (depressione più eroina, schizofrenia più cocaina), per indagare i nessi logici che attraversano la relazione di dipendenza, le sue caratteristiche, lo strutturarsi della patologia psichiatrica e le interazioni tra i due sistemi.

Diventa importante, quindi, partire dalla persona e in questo l’educatore professionale non può che ritrovarsi, perché gli schizofrenici non sono in realtà tutti uguali, così come diverso è il loro rapporto con la stessa sostanza.

E’ soprattutto diverso, e per Rigliano ha un ruolo centrale, il significato che ogni esperienza acquista per quel particolare individuo.

¹⁶ Bignamini et al., 2002 citazione in P. Rigliano, *Doppia diagnosi* cit, 78.

Occorre quindi considerare “l’attribuzione di significato che la persona fa ai suoi stessi stati interiori e le decisioni di trattarli in un modo piuttosto che in un altro.”¹⁷

Nel lavoro, per esempio, con un soggetto psicotico si dovrà partire dai significati e dai metasignificati che ha nel tempo elaborato, occorrerà considerare la sua peculiare storia, la personalità premorbosa, le caratteristiche delle crisi e del loro superamento, la valutazione che egli fa di tutto questo, l’evoluzione che la situazione assume di volta in volta all’interno del contesto affettivo e del contesto di cura.

Abbracciando, quindi, questo tipo di approccio alla comorbidità psicopatologica nei soggetti tossicodipendenti, concluderò questa parte più prettamente teorica del mio lavoro con la **definizione di doppia diagnosi quale nuova struttura, al di là della semplice somma dei due sistemi, tossicomano e psicopatologico.**

1.6. SISTEMA TOSSICOMANICO E STRUTTURA PSICOPATOLOGICA: LA DOPPIA DIAGNOSI COME NUOVA STRUTTURA

Per poter cogliere le relazioni che passano tra la strutturazione psicopatologica e il sistema tossicomano, è utile iniziare a definire cosa sia la struttura psicopatologica, andando oltre le etichette nosografiche.

L’esistenza di una “struttura” psicopatologica indica non un semplice disagio o una sofferenza esterna all’individuo; si tratta, invece, del convergere dinamico, organizzato e produttore di senso di più elementi e processi, disposti su livelli differenziati, in un’organizzazione coerente e funzionante, all’interno della quale circola un significato. Ed è proprio quel significato che risulta importante, perché esso si evidenzia solo all’interno di quella specifica struttura psicopatologica e non si ritrova mai identico in altre.

La struttura, poi, ha una sua unitarietà, è un metacostrutto singolo, identitario, definito, autoreferenziale e automantenentesi. Cioè, ogni struttura ha un’identità specifica e confini propri, consentendo processi che dentro quella struttura si ripeteranno.¹⁸

¹⁷ P. Rigliano, *Doppia diagnosi* cit, 72.

Altro elemento è costituito dal fatto che la struttura resiste, perché proprio in quanto tale ha un potere di coesività che determina a sua volta la forza identitaria, di massiva azione e reazione di questa struttura; inoltre, essa ha una straordinaria forza di autoreferenzialità, di persistenza, di “resilienza”, cioè una capacità di deformarsi elasticamente resistendo alle sollecitazioni anche terapeutiche dell’ambiente.

Si può notare, quindi, che quanto fin qui illustrato costituisce una serie di conseguenze importanti, oltre che per il soggetto, per gli operatori che si trovano a rapportarsi con lui.

Spostando l’attenzione invece sul sistema tossicomanico, bisogna partire col definire che cosa è la dipendenza, per capire cosa succede quando una persona con una determinata struttura psicopatologica incontra quella determinata sostanza e come cambia la relazione con essa.

La dipendenza è una strutturazione organizzata e ricorsiva nel tempo di una relazione significativa tra una persona e un oggetto, è un circuito automantenentesi di una struttura relazionale tra P (persona) e O (oggetto) che si situa all’interno di una primaria matrice antropologica, sociale, culturale ed etica e di una matrice prossimale alla persona (il gruppo, la famiglia,...). Rigliano, 2004.

Anche all’interno di questa relazione è importante il senso, il significato preciso che viene prodotto.

Il soggetto arriva a credere che solo e sempre ricorrendo al rapporto con quella sostanza può sperimentare un senso di sé come migliore, inedito, positivo.

Il cambiamento psichico che la dipendenza offre, vissuto come positivo dal soggetto, promuove la creazione del sistema tossicomanico e contribuisce a rafforzarlo.

Cosa succede, quindi, quando si incontrano i due sistemi?

In realtà, quello che si viene a costituire è qualcosa di più e di diverso della semplice somma tra struttura psicopatologica più sistema tossicomanico, è un sistema metaorganizzato di due strutture, “un sistema di sistemi”.

¹⁸ P. Rigliano - L. Rancilio [a cura di] *Tossicomania e sofferenza psichica. Le buone prassi nella “doppia diagnosi*, Milano, 2003, 150.

Il sistema della dipendenza non si accoppia semplicemente con la struttura psicopatologica, ma la rivoluziona, cambiandone significato, funzionalità mentale, relazionale ed esistenziale.

Questo cambiamento drammatico avviene per il potere estremamente forte che tale sistema ha; esso infatti agisce su un duplice livello: a livello di struttura psicopatologica e a livello dei singoli costituenti processuali (cognitivi, emotivi, esistenziali, relazionali, comportamentali).¹⁹

La sostanza, quindi, agisce inserendosi come una sorta di “struttura-sopra-la-struttura” che, allargando il proprio sistema, avvolge tutta l’impalcatura psicopatologica, rafforzandola e venendone rafforzata.

Quanto appena esposto, costituisce sicuramente una delle motivazioni per cui il fenomeno della comorbidità risulta essere estremamente complesso e in particolare il trattamento di questi soggetti, che presenta una serie di problematiche e caratteristiche peculiari differenti rispetto a coloro in cui la sofferenza mentale non si è strutturata in una forma psicopatologica.

Nel seguito del mio lavoro mi occuperò, quindi, della specificità di questa tipologia di utenza e di quali sono le riconsiderazioni e riflessioni che essa muove a livello trattamentale, di percorso terapeutico.

¹⁹ P. Rigliano - L. Rancilio [a cura di] *Tossicomania e sofferenza psichica* cit, 154.

2. L'INCONTRO CON LA PERSONA E LA SUA STORIA

2.1. DUE RESIDENTI DEL CENTRO TERAPEUTICO "VILLA ARGENTINA"

Per affrontare le problematiche e le peculiarità presenti nel lavoro con i pazienti, cosiddetti a "doppia diagnosi", la mia scelta è stata quella di partire da loro direttamente.

Infatti, l'educatore professionale si trova ad "incontrare" la persona che ha di fronte con le sue caratteristiche individuali, le sue esperienze di vita, il suo modo di relazionarsi e di vivere, prima ancora di venire in contatto con la diagnosi, in questo caso pure "doppia".

Nel corso del mio stage in qualità di educatrice presso il Centro Terapeutico "Villa Argentina" di Lugano, ho potuto incontrare prima di tutto persone sofferenti che si trovano ad affrontare un percorso di cura.

La relazione, giorno dopo giorno, all'interno dell'ambiente comunitario, mi ha permesso di non inquadrarli semplicisticamente come "pazienti in doppia diagnosi", ma di entrare nei loro mondi, nelle loro vite attraversate da dolore, angosce, fallimenti, smarrimenti, ma anche speranze e possibilità.

Quelli presentati di seguito sono due residenti del Centro, che ho potuto conoscere durante i due mesi che vi ho trascorso e ai quali ho sottoposto un'intervista che ha toccato diversi aspetti, dalle esperienze scolastiche e lavorative, ai vissuti familiari, all'incontro con le sostanze, ai problemi psichiatrici, fino ad arrivare al percorso terapeutico attuale, con uno sguardo verso il futuro.

Ho scelto di raccontarli come loro si sono "raccontati", aggiungendo quanto di loro è emerso nella relazione e nei vari momenti della quotidianità.

Naturalmente i nomi sono di fantasia.

Francesco

Francesco ha 41 anni, è molto introverso, taciturno, non si espone mai molto.

Quello che accade intorno a lui sembra non scalfirlo mai, ha sempre in viso un'espressione di apatia e sconforto.

Ricordo i primi momenti trascorsi con lui in cui non si diceva una parola, il tempo sembrava fermarsi e niente sembrava poter accadere per mutare lo stato delle cose.

Con il tempo e con la reciproca conoscenza, però, ho potuto osservare in lui un sottile umorismo e una certa capacità di essere autoironico, grazie a questo, si possono trascorrere anche dei momenti piacevoli con lui nei quali è simpatico e si allontana per qualche istante il vuoto e l'inutilità che Francesco sembra percepire e che trasmette agli altri.

Durante l'intervista inizia col parlarmi delle sue esperienze scolastiche e lavorative.

Ha compiuto tutto l'iter scolastico delle scuole dell'obbligo e ha fatto due anni di impiegato d'ufficio con un periodo di apprendistato.

Ha lavorato per circa cinque anni come impiegato d'ufficio, fin quando la ditta non è fallita, poi ha svolto diversi lavori per brevi periodi di tempo (massimo sei mesi). Ha lavorato anche come commesso in un negozio di articoli da campeggio, "era il lavoro che mi piaceva di più, perché mi dava più soddisfazione il contatto con la gente, poi avevo la responsabilità di aprire il negozio".

Nel raccontarmi della famiglia, mi dice che è andato via di casa all'età di 18 anni: "i rapporti erano un po' freddi perché in casa c'era mia madre che beveva, era alcolizzata, poi dopo un paio d'anni ha smesso, però io sono scappato di casa perché appunto...con mia mamma che beveva rovinava la vita a tutti".

La madre è morta l'anno scorso, il padre lo ricorda molto assente per il suo lavoro, "faceva lo chef e non c'era quasi mai".

Francesco ha quattro fratelli e una sorella, in particolare mi parla del suo fratello gemello che si è suicidato quattro anni fa.

Nel periodo in cui era ancora a casa, il suo gemello usava eroina, poi verso i 25 anni è andato in una comunità a Torino dove è rimasto a vivere e Francesco ne ha perso i contatti.

Anche con gli altri fratelli, attualmente, ha pochissimi rapporti; sente solo la sorella una volta al mese circa.

Quando parla della vicende legate alla famiglia d'origine, Francesco non manifesta emozioni particolari, quando mi parla della morte del fratello si percepisce un dolore sommerso e come inglobato in un involucro.

Uscito di casa, all'età di 18 anni, convive con un'amica per circa due anni, e da solo per un anno, poi l'incontro importante con quella che è la sua ex moglie.

Parla di lei orgoglioso per i due anni di convivenza e il matrimonio, nel 1993, durato per circa 9 anni, ma non parla in profondità del rapporto affettivo, dice solo che il periodo in cui l'ha conosciuta è lo stesso del suo primo incontro con l'eroina.

Quando gli chiedo del suo primo incontro con le sostanze, infatti, mi parla subito dell'eroina, la sua sostanza preferita: "Penso che avrò avuto 24 – 25 anni, mio fratello era in prigione per spaccio. Una sera ha telefonato a casa di mia madre e le ha detto che c'era dell'eroina in casa, mia madre ha telefonato a me e io sono andato a prenderla, l'ho trovata, invece di buttarla ho cominciato a usarla, un bel guaio."

Approfondendo, mi dice che prima aveva usato anche cannabis e cocaina, ma dopo l'eroina, l'uso di queste sostanze era molto più rado.

Mi racconta che l'eroina, all'inizio, la usava il sabato e la domenica con una compagnia di amici, dopo, l'uso è diventato regolare: "ho fatto delle interruzioni, ma più passavano i mesi più era regolare la storia".

Lui e la moglie usavano abitualmente insieme ed erano abbastanza isolati dal mondo esterno: "quando usi l'eroina tendi a staccarti da tutti perché hai paura che non sei uguale a loro, tu usi, loro no".

Nel 2003 arriva il divorzio ed è da questo momento che si può dire inizi il "calvario" di Francesco che comincia ad avere seri problemi nella sfera dell'alimentazione, depressione, suicidalità e un grave deperimento.

In quel periodo era arrivato a pesare 38 Kg.

Nel raccontare di quella fase c'è confusione nelle sue parole: "non mangiavo perché mi ero fatto male al ginocchio, alla spalla, all'anca, non riuscivo a camminare, avevo fatto troppo sport, avevo deciso di smettere con l'eroina facendo tanto sport, sono stato sei mesi in un appartamento che avevo affittato, non uscivo quasi mai di casa".

A questa fase è seguito, nel 2004, il primo ricovero alla C.P.C. di Mendrisio (Clinica Psichiatrica Cantonale) della durata di un mese a cui è succeduto l'ingresso al Centro Terapeutico "Il Gabbiano" dove vi è rimasto per due mesi; racconta di essere poi uscito "stupidamente" e di essere tornato dalla madre per circa cinque mesi.

In quel periodo aveva ricominciato ad usare eroina.

Quando racconta delle sue ricadute dice: "mi sentivo un po' un pesce fuor d'acqua perché non avevo più nessuno che mi teneva sotto controllo, non avevo più luoghi chiusi, mi sentivo un po' allo sbando, andavo a cercare l'eroina per dimenticare, per fare qualcosa di diverso".

Quindi, viene nuovamente ricoverato per un mese alla C.P.C. di Mendrisio e quando esce ritorna a "Il Gabbiano".

Dopo circa cinque mesi, però, gli operatori segnalano alla C.P.C. un progressivo peggioramento psicofisico con deflessione del tono dell'umore, ideazione di morte e idee deliranti a stampo persecutorio (avvelenamento da cibo e medicinali) nell'ambito di un grave episodio depressivo.

Francesco ritorna allora in Clinica; di quel periodo, dal novembre 2005 al marzo 2006, ricorda: "avevo delle tendenze suicidali e loro (operatori della comunità) non potevano più tenermi sotto controllo; alla C.P.C. pensavo che ormai ero perso, che non sarei più uscito da lì".

L'8 marzo 2006 viene ammesso a "Villa Argentina".

All'entrata si definisce "veganiano", ha un'alimentazione molto selettiva e ritiene che qualunque cibo al di fuori di quelli da lui previsti possa nuocere al suo fisico (oggi mangia pressoché tutto, a parte la carne e i suoi derivati).

Dall'osservazione fatta nel primo periodo è emersa una tendenza all'isolamento, poca espressività e l'instaurarsi di relazioni molto inibite.

Si è rilevato un rapporto difficile rispetto a sé e al proprio corpo con poca autostima, consapevolezza dei limiti e senso di frustrazione.

Rispetto all'affettività, difficilmente è riuscito a parlare della relazione, comunque ambivalente, con la ex moglie e non ha creato legami significativi all'interno della Struttura.

Per quanto riguarda l'attività lavorativa ha mostrato difficoltà iniziali ad essere ingaggiato, si è mostrato un elemento da "trainare" e da motivare di continuo.

Da quando è iniziato il suo percorso, Francesco ha fatto tre ricadute, vive la sua permanenza con sconforto, avendo poca autostima di sé e scarsa motivazione; dice: "Stare qui dentro mi fa un po' soffrire, mi sento chiuso, un numero, una pezza; i giorni passano e mi sembra di non concludere niente, non mi sento motivato".

Quando parliamo di come immagina il suo futuro, dice che è preoccupato perché non sa se troverà un appartamento e un lavoro anche lui come tutti, spera che gli diano l'A.I. (Assicurazione Invalidità), vede il futuro "nero", e nelle sue parole traspare, oltre all'angoscia per il domani, una grande sfiducia in quelle che possono essere le sue aspettative e verso se stesso.

Qualsiasi cosa accada intorno a lui o gli venga proposta incontra una sorta di zavorra di cui Francesco non riesce a separarsi.

Emblematico è quanto mi dice rispetto ai piccoli obiettivi che si è posto per il presente; dice: "Dovrei iniziare magari a fare uno sport, basket, o andare a correre per i fatti miei, ma non ho voglia, non riesco, poi fisicamente non sono al 100%, ho paura, faccio fatica a correre".

Giovanna

Giovanna è una donna di 40 anni, ricurva su se stessa per via di problemi alla schiena, con uno sguardo spesso triste e desolato.

Si espone poco, non ha grandi rapporti con gli altri residenti, ma è una dei pochi che partecipa a quasi tutti i momenti organizzati all'interno della comunità e ricerca spesso la presenza dell'operatore.

Nonostante l'aria malinconica, basta farle un complimento o semplicemente sollecitarla un po' che sorride, quasi come una bambina a cui si è prestata attenzione.

Giovanna è scappata di casa all'età di 17 anni perché, racconta, non andava d'accordo coi suoi genitori, entrambi con trascorsi problemi di alcolismo. In quel periodo viene collocata presso una comunità, la "Casa della giovane".

Dopo le scuole dell'obbligo, Giovanna ha fatto due anni di apprendistato per segretaria, ma non ha preso il diploma, non ha mai svolto attività professionali stabili, ha lavorato sempre come operaia in molte fabbriche diverse fino al 1996.

Alla giovanissima età di 18 anni e mezzo rimane incinta e si sposa con un uomo di origine tunisina già conosciuto alla C.P.C., con un'Assicurazione Invalidità per problemi psichici, e problemi di alcol.

Nel corso del matrimonio la coppia ha avuto quattro figli, tre femmine e un maschio. Giovanna racconta in modo positivo il suo rapporto con i figli quando questi erano piccoli; si descrive, quasi con nostalgia, una "brava mamma che faceva tante cose per loro".

Nel 1998 il padre di Giovanna muore di tumore e, mentre con il marito sorgono importanti conflitti, viene ricoverata per la prima volta in Clinica Psichiatrica. In questo stesso anno le viene data l'Assicurazione Invalidità per il 100%.

In quel periodo, Giovanna era in una fase di depressione e aveva intensificato gli abusi etilici intrapresi alcuni anni prima.

L'anno successivo, Giovanna ha 33 anni, comincia ad usare droghe pesanti, in particolare l'eroina.

Racconta che l'ha "iniziata" uno dei suoi due fratelli (anche lui dipendente da sostanze) e spiega che "si faceva" perché profondamente triste per il rapporto col marito.

Infatti le liti si intensificano fino ad arrivare, nel 2000, alla separazione, a cui seguirà, nel 2004, il divorzio. Giovanna non racconta in dettaglio quelle che sono state le motivazioni della rottura col marito, ma dice che lui le ha portato via i figli facendole una "ripicca".

Intanto Giovanna, dopo un anno di uso regolare di eroina e alcol, comincia ad usare la cocaina che diventa la sua droga elettiva, dice: "la sostanza che ho usato di più insieme all'alcol è la cocaina, la usavo molto e poi, ogni tanto, facevo qualche speedbull (cocaina mischiata a eroina)". Altre sostanze che costituiscono per lei un problema di dipendenza, oltre al tabacco, sono il metadone e le benzodiazepine.

Dal primo ricovero, nel 1998, ne sono seguiti in totale 42, tutti di breve durata (quindici giorni, una settimana, due giorni). Giovanna ha avuto anche problemi con la giustizia: è stata due anni e mezzo in carcere per furto.

Nel 2001 conosce, durante uno dei tanti ricoveri alla Clinica Psichiatrica, quella che è la sua attuale compagna che oltre a presentare disturbi psichici ha, come lei, problemi di tossicodipendenza.

Giovanna arriva a “Villa Argentina” il 30 settembre 2005, dopo tre mesi, intervallati da numerose fughe, passati alla C.P.C. di Mendrisio, la quale, nella relazione che accompagna il suo ingresso, le diagnostica un disturbo di personalità emotivamente instabile tipo borderline, oltre a sindrome da dipendenza da sostanze psicoattive multiple e da alcol.

Oggi Giovanna, quando parla del suo percorso in Comunità, è contenta, ha una percezione positiva di sé. Questo grazie anche al suo lavoro; infatti dallo scorso 3 luglio lavora presso il laboratorio protetto “Cabra” di Giubiasco.

Quando mi parla del suo impiego è serena e orgogliosa, dice che lavora molto, ma che le piace parecchio e si trova bene in quell’ambiente. Mi racconta che imbustano fogli, fotocopie, calendari, magliette su commissione, e ultimamente stanno allargando lo stabile creando un nuovo ufficio per ricevere i clienti.

Anche rispetto al futuro ha una visione positiva e traspare una certa progettualità, infatti mi dice: “immagino il mio futuro bello, avevo già programmato tutto, io cercavo il lavoro in un laboratorio protetto, volevo trasferirmi a Bellinzona e così ho cercato lavoro in un posto che non fosse troppo lontano da lì, adesso vorrei trovare l’appartamento”.

Giovanna spera di andare a vivere a Bellinzona dove abita la sua compagna, che attualmente vede nel weekend, per essere più vicina a lei; rispetto a questo, occorrerà sostenerla dal pericolo di ricadute, data la condizione di questa donna che attualmente abita in una struttura protetta.

Per quanto riguarda i rapporti coi familiari, Giovanna ha scarsissimi contatti coi fratelli, ogni tanto va a trovare la madre che è ricoverata in Clinica Psichiatrica a Mendrisio per depressione reattiva alla perdita del coniuge.

La figlia più grande, di 20 anni, convive e Giovanna non ha molti rapporti con lei; la seconda, di 18 anni, è quella che vede di più e ha forse più legami perché hanno vissuto insieme, anche se lei mi dice che non va più a trovarla perché non se la sente

ultimamente. I due figli più piccoli, di 14 e 10 anni, vivono con il padre e li vede raramente.

Nel seguito del percorso terapeutico di Giovanna, oltre al mantenimento del lavoro, c'è il passaggio, a inizio ottobre, in un appartamento protetto del Centro che costituirà una gestione più autonoma di sé, con la sicurezza, però, di poter contare sul supporto degli operatori della Comunità.

Ritengo che la conoscenza delle vicende di vita che hanno accompagnato i sintomi tossicomanici e/o psicotici costituisca, unitamente alla diagnosi e alle osservazioni cliniche fatte in itinere, il punto di riferimento e di snodo per pensare a quali interventi, quali progetti e prese in carico siano più funzionali.

2.2. SPECIFICITA' DEL PAZIENTE IN DOPPIA DIAGNOSI: RISORSE E LIMITI

Nel trattare i problemi clinici e gestionali del paziente in doppia diagnosi, risulta importante partire dal riconoscimento dei suoi specifici **bisogni**, ai quali cerca di dare una risposta o di trovare forme di evitamento, e dall'identificazione dei suoi **deficit**.

Nel caso di forme tossicomaniche con manifestazioni patologiche dovute ai diversi disturbi di personalità, prevale una componente conflittuale originata da bisogni temuti o negati o non gratificati ed insorti più frequentemente nella fase di separazione dall'oggetto primario. Questa condizione può consentire la capacità di recuperare la possibilità di vivere i propri bisogni.

Nel caso, invece, di forme tossicomaniche con manifestazioni cliniche di natura psicotica, con relazioni simbiotiche con l'oggetto, o di disturbi di personalità sostenuti da una condizione originaria di deficit, si ha una compromissione della capacità di vivere i propri bisogni.

Ci troviamo quindi, nel lavoro educativo, in particolare con il paziente psicotico, a dover, prima di tutto, riconoscere i bisogni, partendo dall'osservazione e parlando con lui di vari aspetti (la casa, il gruppo, la quotidianità), tenendo sempre in considerazione quelle che sono le caratteristiche tipiche di questi pazienti, ossia: l'ambivalenza, l'anaffettività, l'anedonia, l'apragmatismo, l'abulia e l'autismo.

Possibili bisogni risulteranno essere: mantenere un ritmo lento, una certa onnipotenza, avere uno spazio per delirare, permettergli una regressione e una simbiosi, mantenere dei momenti di solitudine, calibrare i momenti gruppal, accudirsi, essere autonomi.

In questi casi, in cui la persona presenta una struttura psichica deficitaria, c'è una continua ricerca di modalità comportamentali, cognitive e affettive che siano in grado di offrire una **compensazione allo stato di deficit**. Le droghe possono rappresentare un tentativo.

Ovviamente, l'esito di questa ricerca è poi determinato dalle risorse e dalle capacità funzionali di cui dispone l'Io della persona. Comunque, il fine della sua azione in tutti questi casi è quello di garantirsi l'autoconservazione.

“Quando esiste una situazione “deficitaria”, essa assume un valore prioritario, in quanto chi ha una parte “mancante” strutturalmente o funzionalmente, deve trovare una risposta che compensi il suo deficit e che ne sostenga il funzionamento, garantendo così all'individuo, per quanto possibile, lo spazio necessario per un progresso evolutivo.”²⁰

La persona necessita quindi di una “**protesi**” e ne va alla ricerca, ma non sempre questa ricerca è adeguata o è adeguata la “protesi” che egli trova.

Quindi, nel lavoro con questi soggetti, negli interventi terapeutici e riabilitativi pensati per loro, bisognerà fornire un'azione di supporto, offrire delle “protesi” compensative che siano più sintoniche alle capacità funzionali dell'Io o in sintonia con il contesto in cui andrà a vivere.

Si tratta di quello che **Olievenstein** chiama “**ortopedia dell'Io**”.

Si cerca di creare un'alleanza col paziente, per aiutarlo a trovare un contenimento della sua parte psicotica più soddisfacente e adeguato e un miglioramento nell'adattamento alla realtà esterna.

²⁰ Zapparoli, 2000 citazione in A. Bonetti - R. Bortino, *Tossicodipendenza e doppia diagnosi: la relazione d'aiuto in comunità*, Milano, 2005, 70.

Come ricorda **Zapparoli (1994)**, è necessario elaborare una tecnica che si basi sulla possibilità di **porsi come intermediari tra i due poli opposti del dilemma che caratterizza il bisogno del paziente.**

Bisognerà rinunciare a voler modificare le convinzioni onnipotenti del paziente e aiutarlo, invece, nella ricerca di quelle situazioni illusorie che mantengono la sua sicurezza di non aver bisogni o di aver la padronanza dei bisogni stessi negandoli o trovando efficaci compensazioni.

Quanto appena detto significa, nel lavoro concreto e quotidiano, evitare, per esempio, di mettere il paziente nella condizione di non poter assolvere un compito, perché con un soggetto con esame di realtà carente diventa difficile riconoscere e accettare i propri limiti.

Significa anche ricordarsi che, se non si sente sufficientemente protetto, non riuscirà a fare quelle attività pensate per aumentare il suo grado di autonomia; per esempio la presenza di un operatore come punto di riferimento, può essere molto importante per dare sicurezza anche in semplici attività.

E ancora, considerare che alcuni di questi pazienti hanno bisogno, per esempio, di non fare niente, è quindi importante rispettare questo tempo vuoto.

Si tratta, quindi, di **entrare nel loro mondo deficitario, rispettando quelle che sono state le strategie che hanno messo in campo fino a quel momento per sopperire a tali deficit, permettergli di stare ancora dentro alcune modalità di funzionamento, offrendogli il sostegno di nuove “protesi”.**

Queste nuove “protesi” si ritrovano, oltre che nei farmaci che riducono il senso di angoscia, nell’attenzione particolare verso i bisogni e i deficit specifici di quel particolare soggetto, nel rispetto dei tempi e delle modalità di funzionamento.

2.3. PERSONALIZZAZIONE DEI PERCORSI DI CURA

Nel formulare percorsi di cura è importante, anche alla luce di quanto sopra esposto, pensare a trattamenti che siano il più focalizzati e personalizzati possibile.

Date le caratteristiche particolari di questa tipologia di utenza, occorre tener presente che qualsiasi intervento dovrebbe muovere dalla specificità della persona che abbiamo di fronte.

Sin dal momento della definizione degli obiettivi, occorre prestare una particolare attenzione al fine di non andare a destabilizzare il paziente e la fiducia che ha riposto in quel determinato programma terapeutico.

Infatti, “è fondamentale avere e, se possibile definire, obiettivi chiari e tappe necessarie per raggiungerli, se si vuole evitare di andare incontro a delusioni e a mantenere vivo l'interesse. Il paziente perderà la propria motivazione e ritirerà la propria collaborazione o alleanza se non avrà chiaro ciò che si sta cercando di realizzare”.²¹

Nello stabilire gli obiettivi, il programma dovrebbe basarsi su una valutazione di parametri concreti e tener conto delle abilità e dei limiti dell'individuo interessato, in modo da fissare obiettivi realistici e strutturare interventi terapeutici appropriati.

Per fare ciò, risulta importante partire dall'osservazione e dalla considerazione di quelli che sono i bisogni del paziente in quel dato momento.

Ci possono essere individui che in quella fase della loro vita, pur presentando un elevato grado di vulnerabilità, hanno risorse interne tali per cui ci può essere un'esplorazione delle loro aree intrapsichiche di conflitto; sono quindi in grado di osservarsi, di integrare le esperienze, di affrontare problemi circa l'autocontrollo e la posticipazione del soddisfacimento e sono motivati al cambiamento e alla maturazione.

Altri, invece, per i quali il bisogno di negazione può trovare le sue ragioni nel bisogno in sé o nell'incapacità di sentirsi passivi di fronte al bisogno stesso. In questi casi, sostiene Gilson (1988), l'individuo può aver vissuto esperienze traumatiche di reale impotenza, di solito collegate a forme di accudimento infantile gravemente carenti, che hanno portato il bambino a sperimentare il bisogno, troppo a lungo insoddisfatto, come una forza che aggredisce dall'interno con violenza distruttiva e disorganizzante.

Quindi, oltre all'attenzione per i bisogni, personalizzare significa anche tener presente la valutazione della sua tolleranza della passività, dell'attesa e della frustrazione, che dipendono a loro volta sia dalla storia evolutiva dell'individuo e dalle esperienze di

²¹ A. Bonetti - R. Bortino, *Tossicodipendenza e doppia diagnosi: la relazione d'aiuto in comunità*, Milano, 2005, 232.

apprendimento, sia dalle sue presenti condizioni psichiche ed emotive e quindi può variare nei diversi individui e, nello stesso individuo, a seconda dei momenti.

All'interno di questa attenzione particolare verso la specificità dei soggetti, credo sia utile richiamare quanto dice Rigliano, il quale ci aiuta a definire in chiave generale il senso di "personalizzare" l'intervento di cura:

- “- Offrire un approccio globale al paziente, con estrema attenzione alle esigenze fase-specifiche con cui si presenta, accettando tutta la sua sintomatologia, piuttosto che negarla, l'ansia e la depressione, per esempio.
- Costruire l'alleanza terapeutica (fiducia, confidenzialità, onestà, chiarezza, prevedibilità, affidabilità, impegno).
- Non avere nessuna preclusione (ideologica, sociale e clinica) che porti all'esclusione dai programmi, non porre condizioni per l'accesso (l'astinenza per esempio), ma offrire la massima accoglienza, anche al fine della riduzione dei danni.
- Programmare la presa in carico sul lungo-lunghissimo periodo, organizzata per stadi evolutivi e per obiettivi intermedi e progressivi, misurabili in itinere.
- Prevenire con programmi specifici le recidive.
- Offrire un trattamento attivo e assertivo, ottimistico e pieno di speranza.”²²

2.4. QUALE PROGETTO RIABILITATIVO?

Alla luce di quanto fin qui detto, rispetto alle caratteristiche che presentano i soggetti in doppia diagnosi e alla necessità di formulare trattamenti individualizzati, mi occuperò in questa parte di elaborare un'analisi di quelli che sono i percorsi che li vedono protagonisti e di quali sono concretamente gli obiettivi che possono essere pensati per loro.

Il paziente in doppia diagnosi viene considerato un paziente "difficile" anche perché, in un certo modo, obbliga a ripensare ai tradizionali progetti educativi applicati più volte tra i tossicodipendenti "classici".

²² P. Rigliano, *Doppia diagnosi* cit, 170-171.

Coi soggetti in doppia diagnosi non si può più pensare, ad esempio, ad un percorso in Comunità nel quale viene curata la dipendenza e stimolato il soggetto in un'attività lavorativa, e dopo la quale egli ritorna alla vita normale con una gestione autonoma e "guarito", per lo meno in una certa parte di casi.

Nella doppia diagnosi la situazione è più complessa, bisogna abituarsi a convivere con parole quali: cronicità, riduzione del danno, sindrome della porta girevole, laboratori protetti, etc...

Per entrare in profondità nella questione occorrerebbe capire cosa si intende, per esempio, per riabilitazione o per reinserimento, parole che è necessario rileggere ricordando i bisogni, le risorse e i limiti di questi soggetti.

La riabilitazione è spesso intesa come intervento sulle disabilità, finalizzata ad una diminuzione delle stesse e ad un'acquisizione o riacquisizione di performance circoscritte, sconfinando in una sorta di tecnica pedagogica di rieducazione.

E' necessario, invece, che la riabilitazione, muovendosi dal piano della cura, si proponga come possibilità di riavere cittadinanza, in questo modo si parlerà di un piano sociale in cui le difficoltà e le crisi di questi pazienti possono trovare spazio per essere comprese.

Per questi soggetti, in particolare per quelli più fortemente compromessi sul piano psichico, è importante che ci sia questa possibilità di "restare" nella patologia, (essi non potrebbero fare altrimenti), e quindi da parte nostra accettare la possibilità di altri percorsi.

Non si potrà più pensare, quindi, ad una "riparazione" come se, nella logica del reinserimento, quando un soggetto presenta un deficit noi lo curiamo, lui ritorna integro e noi lo rimettiamo dov'era prima.

Bisogna pensare alla "rielaborazione", perché a volte non c'è riparazione possibile e il lavoro che si può fare è quello sul danno che si è subito, per comprenderlo, per elaborarlo, ma non per ripararlo, giacché la riparazione non è data.²³

²³ P. Rigliano - L. Rancilio [a cura di] *Tossicomania e sofferenza psichica* cit, 126.

Tutto questo va allora a significare che spesso, per questi soggetti, la **consapevolezza di malattia** diventa un obiettivo terapeutico se non addirittura, in alcuni casi, quello principale, così come l'accettazione della propria cronicità.

La **cronicità** è una parola con cui, di frequente, si scontra chi lavora con questo tipo di utenza. Il paziente cronico presenta un quadro psichico particolarmente deteriorato e stabile, tale per cui le strategie trattamentali non portano ad una modificazione della condizione.

Possiamo dire che il paziente in doppia diagnosi è spessissimo un paziente cronico, per il quale la patologia lascia poco spazio di manovra a interventi di tipo riabilitativo.

Si tratta quindi di fare i conti con questa cronicità, per ripensare a come è possibile operare con questi soggetti che altrimenti rischiano di rimanere intrappolati nella **“sindrome della porta girevole”**.

Penso a coloro che passano da un Servizio per le Tossicodipendenze ad un Servizio Psichiatrico o da una Comunità all'altra, magari per anni. Sono quelli che hanno più presenze all'interno della stessa struttura e, spesso, plurimi ricoveri in ambito psichiatrico.

L'immagine personale che ho di loro è quella di anime che “aleggiano” sopra al mondo dei vari Servizi senza che riescano a trovare un posto dove fermarsi e trovare un po' di pace.

Ma forse non riescono a trovare un posto perché nessun luogo riesce veramente a placare l'angoscia, la sofferenza, la disperazione che hanno dentro.

Naturalmente, occorre ricordare che l'effetto della “porta girevole” deve, e può, essere evitato a partire dall'essenziale lavoro di rete e dall'integrazione dei servizi di cui mi occuperò più avanti, ma nel caso di soggetti per i quali diversi e ripetuti trattamenti non hanno condotto da nessuna parte bisogna pensare per loro qualcosa d'altro.

Questo qualcosa d'altro corrisponde, in vari casi alla cosiddetta **riduzione del danno**.

Mi riferisco, in questa sede, ad una riduzione del danno che si esplica concretamente in modo diverso da quella che opera attraverso interventi a bassa e bassissima soglia, per esempio nei Centri di pronta accoglienza, nelle Unità di strada o nel Pronto intervento.

Si tratta di una riduzione del danno fatta all'interno della Comunità, dove sono presenti anche altri residenti che stanno seguendo programmi diversi.

In questi casi, la scelta di questo tipo di intervento muove le sue radici dalla consapevolezza di una condizione per la quale, al momento, non può essere pensato altro.

Anche per i soggetti in doppia diagnosi, e quindi non solo per i tossicodipendenti che non hanno disturbi psichici, la strategia della riduzione del danno si pone i seguenti tre obiettivi principali rilevabili dalle indicazioni dell'O.M.S.:

1. La tutela della salute e dell'integrazione sociale del tossicodipendente, che si traduce nella maggior riduzione possibile degli effetti negativi sulla salute psicofisica dei tossicodipendenti e sulla loro vita di relazione sociale.
2. Difesa sociale, intervenendo sulle persone più emarginate e socialmente meno integrate, migliorando le loro relazioni sociali e prevenendo i fenomeni d'intolleranza.
3. Accoglienza indirizzata al recupero, con il tentativo di offrire al tossicodipendente un luogo relazionale in cui possa riscoprire la propria identità, sperimentare e condividere relazioni affettive.²⁴

E' importante sottolineare che questa tipologia di intervento non deve essere intesa come una rassegnazione, una resa di quanti operano in questo campo, ma va letta come l'unica possibilità che quel determinato soggetto riesce ad accogliere in quel particolare momento, e quindi è sicuramente un intervento con un senso terapeutico e una progettualità, seppure non aspira al recupero totale.

I progetti educativi che attraversano le vite di questi pazienti, nei casi migliori, portano a parlare di **lavoro** e **autonomia abitativa**, ma è necessario approfondire questi aspetti, che acquistano carattere particolare proprio per il tipo di utenza.

Nel caso dell'attività lavorativa, bisogna considerare il significato che essa assume per quel soggetto a partire anche da quello che lui stesso gli ha attribuito in passato.

²⁴ L. Pinkus, *Tossicodipendenza e intervento educativo*, Trento, 1999, 123-124.

Il lavoro non è solo una forma di emancipazione, di partecipazione sociale; per queste persone può voler dire, in un'accezione rigida, giocata sul registro dell'avere, guadagnare denaro, averne la disponibilità immediata.

Ma, soprattutto, il lavoro va ad incontrare i nuclei problematici della patologia psichiatrica in quanto implica un'attivazione che dal piano fisico coinvolge anche quello mentale.

Il paziente psicotico, con il suo apragmatismo, l'abulia e l'autismo, non riesce ad entrare in questo mondo che ha tempi completamente diversi dai suoi.

Nei soggetti a doppia diagnosi, in cui è tanta la fatica di un rapporto con la realtà esterna, in cui è fondamentale che non ci siano turbamenti alle loro modalità di funzionamento, perché sono spesso la miglior difesa che si sono potuti costruire contro l'angoscia, il lavoro deve ritrovare un altro senso.

L'attività lavorativa deve diventare un luogo che può ricomprendere le fragilità, le ansie e anche le crisi; un luogo fatto di un tempo che si avvicini al tempo del paziente.

E' così che si arriva a parlare, per esempio, di **laboratori protetti**.

Giovanna in un laboratorio protetto ha trovato quella che è la sua dimensione lavorativa, ha trovato un posto che possa accogliere i suoi limiti, ma anche mantenere le sue risorse. Nella sua vita, come in quella di tutti, il lavoro occupa parecchio del suo tempo e riesce a darle anche un certo senso di soddisfazione.

Occorre sottolineare che l'attività lavorativa ha un'importante valenza terapeutica e, in questi casi, questa valenza deve muovere da caratteristiche quali la protezione e il sostegno che non devono mai abbandonare molti di questi soggetti.

In certi pazienti, per esempio in Francesco, il lavoro sembra uno dei problemi più importanti per il suo futuro, dietro a questo c'è sicuramente, unitamente a un atteggiamento ansioso, anche una spinta al riconoscimento quando dice: "un lavoro anch'io, come tutti gli altri" e questo è certamente un fattore positivo che fa intravedere un'evoluzione importante.

Ma Francesco mostra anche una consapevolezza della propria condizione, quando auspica per se stesso un lavoro al 50%, è importante, infatti, considerare i limiti e l'entità dei deficit di queste persone e pensare ad obiettivi che siano possibili, raggiungibili, perché la frustrazione è un aspetto molto delicato.

Il fallire li porterebbe ad un peggioramento della loro condizione anche perché confermerebbe e alimenterebbe le loro idee di incapacità e fallimento.

Rispetto, invece, all'**abitare**, si apre tutto il discorso dell'**autonomia**.

Prima di tutto bisognerebbe interrogarsi su che significato ha oggi e ha avuto in passato la casa, l'abitare.

Per esempio, Giovanna ha nel suo passato un matrimonio terminato con un divorzio e quattro figli, questo ha sicuramente delle ripercussioni a livello di significati, che a sua volta hanno subito continue modificazioni sulla base delle vicende vissute e delle implicazioni legate alla patologia psichiatrica e al disturbo tossicomane.

Occorre quindi una revisione dei significati comuni di abitare e di autonomia.

Oggi Giovanna progetta per il suo futuro di trovare un appartamento, ma questo implica un passo importante verso l'autonomia e, quindi, un graduale percorso che veda costante la presenza della Comunità.

Infatti, nei primi giorni di ottobre uscirà dalla Struttura, ma solo fisicamente, perché si recherà in una camera della "post-cura", ossia in una casa non molto lontana dalla Comunità che ospita quegli utenti che sono nell'ultimissima fase del loro percorso terapeutico.

L'importanza e la necessità di questo passaggio sta nel garantire una sorta di "esperimento di autonomia" nel senso che non si è più residenti, ma neanche completamente sganciati dal Centro.

Per questi pazienti è fondamentale sentire la sicurezza e la protezione (per esempio, le "ronde" che gli operatori fanno in questa casa) perché è solo da questo che può partire un discorso di progettualità e totale autonomia.

Il sostegno rappresenta per loro un elemento fondamentale che li ha accolti al loro ingresso in Comunità, che li segue per lungo tempo e che dovrà accompagnarli per tutta la vita.

Per molti di questi soggetti, data la loro fragilità, non si arriverà mai alla completa autonomia e, in molti casi, anche dopo il passaggio in "post-cura" e l'appoggio sul territorio della rete dei servizi, è molto frequente ricadere nelle vecchie modalità di

funzionamento: l'abuso di sostanze, e spesso psicofarmaci, intervallati dai ricoveri in psichiatria.

Nessuno dei percorsi suddetti, probabilmente, si potrebbe attuare o anche solo pensare, se non a partire dal lavoro che viene svolto quotidianamente nella Struttura comunitaria, che ha tra i suoi obiettivi primari quello di essere appoggio e fonte di sostegno e sicurezza per questa tipologia di utenti.

Della soluzione residenziale e delle sue caratteristiche parlerò più approfonditamente in seguito.

2.5. FUORI DALL'OTTICA DELLA GUARIGIONE

Ritengo sia importante soffermarmi sulla questione della guarigione per le implicazioni che questo concetto ha non solo per gli utenti di cui sto parlando, ma soprattutto per gli operatori che con loro si trovano a lavorare.

E' infatti necessario per questi operatori affrontare il "lutto" rispetto alla guarigione, introducendo al posto del concetto di **inguaribilità**, che spesso volte caratterizza molte patologie psichiatriche, quello di **curabilità**.

"L'adottare questo punto di vista significa uscire dalla logica della normalità e della follia, del tutto e del niente per incontrare le persone e le loro sofferenze "là" dove si trovano."²⁵

Occorre fare i conti con il fatto che per il paziente a "doppia diagnosi" non c'è guarigione, perché, se è vero che un ambiente sufficientemente protettivo risulta essere di grande utilità e permette di togliere la sostanza d'abuso più facilmente di quanto si possa fare con il tossicodipendente classico, togliere la sostanza non significa guarire dalla psicosi.

Pertanto, l'atteggiamento degli educatori che operano con questi pazienti non dovrebbe rientrare in un'ottica terapeutica, nel senso di essere alla ricerca della

²⁵ Ivo Calvi, educatore professionale del Centro Terapeutico "Villa Argentina".

guarigione, ma piuttosto in un'ottica di accudimento e di mantenimento, ossia mettendoli nella situazione di buon compenso.²⁶

Accudire significa guidare il paziente nella vita quotidiana e poi, lentamente, portarlo a poter accedere alla gestione della propria malattia.

In termini pratici, tutto questo si esplica per l'educatore nel fornire dei punti di riferimento chiari, banalmente possono essere delle situazioni concrete oppure la presenza dell'operatore stesso, così come l'agire all'interno di richieste e compiti che siano possibili e che non gli facciano rischiare lo scompenso.

Questo lavoro condurrà a trovare un equilibrio che il paziente, con il sostegno dell'educatore, dovrà imparare a mantenere.

In questo delicato operare, per capire di volta in volta a che livello di gestione della malattia è arrivato il paziente, risulta importante la sua conoscenza, ma soprattutto la conoscenza di quelli che sono i suoi sintomi.

I sintomi rappresentano le modalità espressive che egli manifesta ogni qualvolta si trova in difficoltà, quindi saperli riconoscere (grazie alla conoscenza della sua storia, dato che lo stesso sintomo acquista un senso diverso in ogni paziente) permette di identificare la situazione di difficoltà in cui si trova.

Per il paziente, il fatto che gli educatori riescano a dare un senso ai suoi sintomi rappresenta la sensazione di essere capito e questo gli permette di abbassare il suo senso di angoscia.

Una volta abbassata l'angoscia, i suoi sintomi gli faranno meno paura e questo promuoverà il raggiungimento di un equilibrio e della capacità di gestire la malattia.

Questo discorso può essere iscritto, a livello di impostazione generale, all'interno di una più moderna concezione della valutazione dei risultati di un percorso terapeutico, ossia quella che si rifà al concetto di "Qualità di vita".²⁷

Questo concetto si è imposto come criterio più significativo di quello di guarigione, di derivazione prettamente medica, e risulta per questo applicabile e opportuno quando si parla di pazienti a doppia diagnosi.

²⁶ Drssa L. Bolzani, *Verbale formazione interna Centro Terapeutico "Villa Argentina"*, 2002.

²⁷ A. Bonetti - R. Bortino, *Tossicodipendenza e doppia diagnosi* cit, 165.

L'O.M.S. nel 1993 definisce la "Qualità di vita" come "la percezione operata da un individuo della sua posizione nella vita, nel contesto sia della cultura che dei sistemi di valore nei quali egli vive e in relazione ai suoi obiettivi, alle sue aspettative, ai suoi standard e alle sue preoccupazioni".

In una logica di questo tipo, **sganciandosi dal concetto di inguaribilità e abbracciando quello di curabilità, anche l'operare dell'educatore professionale, spesso volte così complesso con quest'utenza, acquista senso e, soprattutto, necessità di esistere.**

2.6. RIFLESSIONI SUL FALLIMENTO TERAPEUTICO

Nel concludere questo capitolo, dedicato alle problematiche relative ai pazienti in doppia diagnosi e alle modalità del loro trattamento, ritengo interessante fare una piccola analisi del significato che il concetto di fallimento terapeutico assume oggi e delle possibili rivalutazioni a cui sottoporlo.

Il "mondo della doppia diagnosi" sembra permeato dal fallimento terapeutico.

Parole come ricaduta, cronicità, sindrome della "porta girevole", richiamano immediatamente, come un'associazione, quella di fallimento.

Il fallimento terapeutico può essere letto: dalla parte dei curati nei termini delle frequenti ricadute, delle resistenze ai cambiamenti legate allo stabilizzarsi della cronicità; e dalla parte dei curanti come sconfitta, scacco terapeutico.

E' infatti proprio dalla verifica dei fallimenti che incomincia a nascere la questione della doppia diagnosi, quando risulta evidente che i programmi terapeutici codificati, che si autoproclamano garanti del successo, in realtà vanno incontro a fallimenti assai diffusi, ripetuti, inspiegabili.

E' così che il fallimento si connota come un evento negativo, inammissibile per un sistema che a priori garantisce la salvezza a chiunque vi entri e, così, finisce con il condurre a puntare il dito verso l'incompatibilità del tale paziente verso quel determinato programma.

Occorre però sganciarsi da questa concezione che intende il fallimento solo come evento negativo e ci porta ad associarlo alla sconfitta della cura; occorre passare ad un altro livello, perché solo così esso può venire a rappresentare una straordinaria occasione di autoriflessione.

Bisogna, prima di tutto, considerare che il cosiddetto fallimento è il motore e la condizione della dipendenza.

La persona pretende di essere un fallito, che si salva dal fallimento grazie all'oggetto di dipendenza, perché solo esso può produrre un "migliore" stato mentale.²⁸

E' quindi da questa premessa che bisogna partire, ed è per questo che ogni programma terapeutico dovrebbe saper prevedere la crisi e la ricaduta, dovrebbe elaborare una diagnosi dei propri possibili fallimenti.

Questo perché le soluzioni che si offrono, come ho più volte mostrato precedentemente, non hanno la capacità miracolosa di risolvere la relazione primaria tra persona e droga.

E' all'interno di questo contesto di saperi che si gioca la possibilità di qualsiasi intervento, la sfida di ristrutturare il campo psichico ed esistenziale di quella persona; ed è fondamentale sottolineare che in questi progetti sono protagonisti anche gli operatori. L'operatore costituisce, infatti, una parte importante degli interventi terapeutici e, quindi, si può dire che c'è fallimento solo all'interno di un progetto condotto insieme.

In questo modo ciò che fallisce non è la persona in doppia diagnosi, ma nemmeno il curante che ha subito una sconfitta nei suoi metodi. Ciò che fallisce è il sistema complessivo che ha sviluppato il rapporto con quel determinato utente, e il fallimento diventa il prodotto di un incontro relazionale e di un progetto.

Allora l'analisi del fallimento partirà da un contesto più ampio e toccherà una molteplicità di aspetti: la comprensione di come gli operatori hanno incontrato la persona, la riflessione sulle operazioni cliniche, relazionali e terapeutiche proposte.

Così il fallimento può diventare una straordinaria occasione di autoriflessione e di riflessione condotta insieme alla persona.

Sono, infatti, importanti e costituiscono veri e propri momenti di riabilitazione, laddove è possibile per il paziente, quegli incontri (per esempio dei gruppi) in cui si apre la

²⁸ P. Rigliano, *Doppia diagnosi* cit, 222.

possibilità, in modo più o meno strutturato, alla riflessione sulla propria ricaduta, sulla crisi appena passata o in corso.

Ricordo in tal proposito diversi momenti, all'interno di gruppi tenuti dallo psicologo, al Centro "Villa Argentina" in cui venivano affrontati gli episodi che interessavano singolarmente i residenti in termini, per esempio, di ricadute sulle quali si cercava di fare un'analisi rispetto a come leggerle, a quali vissuti smuovono, a come prevenirle.

3. LA SOLUZIONE RESIDENZIALE E LA PRESA IN CARICO INTEGRATA

In questa parte del mio lavoro mi occuperò di analizzare quella che è l'attività e la funzione della Comunità nei percorsi terapeutici di questi pazienti, con uno sguardo alle logiche di integrazione interna ed esterna in cui dovrebbero rientrare gli interventi.

3.1 LA COMUNITÀ

La soluzione residenziale ritengo sia una realtà molto importante per il paziente in doppia diagnosi, carica di significati e aspetti diversi tra loro, dove il lavoro dell'educatore professionale trova una collocazione a mio parere particolarmente significativa.

Partire dal termine "Comunità" aiuta a inquadrarne le caratteristiche salienti.

Fornari (1976) sostiene che la parola "Comunità" deriva da una duplice radice linguistica: "cum moenia" e "cum munus".

"Cum moenia" indica la Comunità come "luogo protetto da mura", cioè spazio delimitato e difeso; invece, "cum munus" indica il luogo dei "doveri", dei "doni", la Comunità diventa il luogo dei ruoli, delle regole e dei regali reciproci.

E' interessante notare come i concetti di confine spaziale e di ruoli in interazione reciproca sono quelli che **Lewin** (1970) usa per definire ogni "campo psicologico".

Dalle precedenti radici etimologiche si può notare che nelle Comunità sono fondamentali le caratteristiche strutturali, ossia l'architettura delle regole e il tipo di relazioni che i soggetti stabiliscono con esse.

A mio parere, sono significativi e richiamano quanto già espresso anche nel capitolo precedente, con riferimento alle Comunità che accolgono soggetti con disturbi tossicomani e psicotici, i due obiettivi fondamentali che, secondo **Olievenstein** (1989), queste dovrebbero avere:

“1. Alleviare le situazioni di sofferenza e questo in uno psicotico è già moltissimo. Questo toglie già l’angoscia di guarirli, perché lo statuto antropologico della follia non permette, eccetto casi eccezionali, di uscire dalla follia.

2. Cercare di trovare un’ortopedia dell’Io che permetta a persone non guaribili, e vi ricordo la mia concezione sul ricordo del piacere abbellito del tossicomane che fa sì che il tossicomane non sia mai guarito, per contro gli possiamo costruire un’ortopedia dell’Io che gli permetta di avere una vita normale”.

Per raggiungere questi due obiettivi, le Comunità, secondo la Bortino, dovrebbero ispirarsi ai quattro principi, identificati da **Rapaport** (1960) come aspetti essenziali per una Comunità terapeutica: la permissività, il sentimento comunitario, la democrazia e il confronto con la realtà.²⁹

Ognuno di questi principi contiene in sé importanti implicazioni.

La permissività permette la catarsi, l’autorivelazione e l’assunzione di responsabilità. Il sentimento comunitario permette l’interazione con gli altri, l’abbandono di attitudini e ruoli sociali fissi e lo sviluppo di nuove relazioni sociali più ampie. La democrazia consente l’autogestione e la crescita di un certo altruismo, che permette ad un paziente di partecipare al trattamento di altri pazienti. Il confronto con la realtà promuove autoconsapevolezza, sviluppo della propria identità e apprendimento attraverso le azioni interpersonali.

Oltre alla struttura organizzativa, un’altra caratteristica essenziale della Comunità è il programma.

I residenti, infatti, dal momento della loro ammissione devono partecipare ad un programma che guiderà quelli che saranno i loro progressi individuali.

Il programma acquista un determinato senso sulla base del modello di Comunità che si vuole attuare. Vi sono a tal proposito diverse tipologie di Comunità: Contessa (1988) le ha suddivise simbolicamente in tre grandi filoni teorici (prigioni, monasteri e fabbriche); Olievenstein (1987), rifacendosi a Jean Bergeret, le classifica in tre tipi (fusionale, analitico, oggettivo).

²⁹ A. Bonetti - R. Bortino, *Tossicodipendenza e doppia diagnosi* cit, 37.

Una questione importante, legata in parte all'aspetto ideologico della Comunità e, a mio parere, ancora attuale, è la tendenza a considerare il proprio modello come la “vera cura” per quel genere di pazienti (Zapparoli, 1994).

Occorre partire, invece, dal fatto che un certo tipo di organizzazione si può prestare meglio a rispondere ai disturbi di certi pazienti, perché risponde meglio ai loro bisogni.

E, di conseguenza, si dovrebbe ritenere che un certo paziente potrebbe trovare accoglienza in una struttura, fintanto che questa risponde adeguatamente al suo bisogno vitale (per esempio il suo bisogno di contenimento), per poi cambiare il tipo di Comunità una volta che egli manifesti bisogni diversi (per esempio trovare una risposta al suo bisogno di emancipazione), una Comunità in cui tali bisogni potrebbero trovare valide alternative di gratificazione.

Per realizzare questo, è necessaria una certa flessibilità nell'interpretazione dei ruoli dei diversi operatori che vivono in Comunità, nessuno dovrebbe operare con la convinzione di avere un potere assoluto. In tal caso verrebbe trascurato il potere delle altre tecniche e, soprattutto, il potere dell'utente, costituito dalla realtà dei suoi bisogni.

Quello che, invece, dovrebbe accadere, ed essere lo spirito del lavoro comunitario, è un continuo scambio di informazioni ed un continuo confronto tra gli operatori.

Ma, delle dinamiche tra gli operatori e delle questioni legate all'integrazione interna parlerò in modo più approfondito nel successivo paragrafo.

Prima di addentrarmi in quelli che sono gli aspetti caratteristici delle Comunità in cui risiedono pazienti a doppia diagnosi e le modalità della loro gestione, farò un'analisi di quelle che sono le caratteristiche e la mission delle **Comunità “tradizionali” per tossicodipendenti** e dei mutamenti strutturali e culturali che le hanno investite.

La Comunità terapeutica per tossicodipendenti propone l'osservanza e l'adesione a norme e valori ritenuti indispensabili nell'impegno personale per la riuscita del progetto individuale, vale a dire per il compimento di un adeguato processo di risocializzazione e di crescita della personalità. Questo con il fine di consentire al soggetto di affrontare la vita in modo sano, cioè con un livello elevato di forza e di autonomia della personalità.

La Comunità si differenzia da altre modalità di trattamento delle tossicodipendenze per i seguenti due motivi:

1. Fornisce un tipo di trattamento sistematico, che trova le sue motivazioni in una visione precisa del significato dell'uso di sostanze da parte della persona e descrive il concetto di riabilitazione/guarigione in rapporto a un modo di vivere considerato corretto o più adeguato alle esigenze di maturazione della personalità.
2. La Comunità stessa viene considerata come il principale fattore terapeutico, che si esprime nell'insieme delle relazioni emergenti al suo interno e che "usa" le diverse figure come modelli del cambiamento positivo della persona e, pertanto, come indicatori del processo di guarigione.

Tra i valori che vengono proposti con maggior frequenza, ci sono quelli della lealtà responsabile, verso tutti i componenti della Comunità e nei confronti delle diverse componenti sociali, dell'onestà e della verità.

Per costruire questo stile di vita si lavora sui seguenti concetti:

- Incoraggiare la capacità di vivere il presente contrapposto al passato, il comportamento e le circostanze passate vengono prese in considerazione solo per spiegare le modalità attuali del comportamento disfunzionale.
- Rafforzare le motivazioni all'autorealizzazione e alla fiducia in se stessi mediante l'acquisizione di competenze, ad esempio, lavorative.³⁰

Condizione irrinunciabile nell'ottica di queste Comunità, è l'impegno all'astensione totale da ogni tipo di droga, quale prerequisito per imparare il "corretto stile di vita", a sua volta necessario per mantenersi astinenti nel futuro.

Mi pare, inoltre, importante soffermarmi su quelli che sono i *tre assi fondamentali* che riguardano il rapporto del soggetto, sul piano sia relazionale che di atmosfera emotiva ambientale, all'interno della rete delle comunicazioni:

- *asse materno* (e relativo codice materno), che esprime bisogni e risposte di accudimento e di nutrimento;
- *asse paterno* (e relativo codice paterno), che esprime la proposta autorevole di norme, di regole e, in certa misura, di conferma o disconferma;
- *asse identificatorio*, che esprime la relazione del soggetto con l'immagine di sé.

³⁰ L. Pinkus, *Tossicodipendenza e intervento educativo* cit, 97.

Possiamo affermare in linea generale, per concludere questo quadro, che la Comunità per tossicodipendenti è stata vista, in questa logica, come quel luogo dove il soggetto, sganciato dal suo ambiente, aveva la possibilità di vivere relazioni “sane” e altre, rispetto a quelle vissute e legate al mondo della droga.

In queste relazioni, il soggetto era condotto a ritrovare quelle che potevano essere le sue risorse, le sue competenze per intraprendere una più “corretta” gestione della propria vita. Attraverso le relazioni significative con gli operatori e con il gruppo, arrivava ad una autonomia che sfociava nel reinserimento.

Il codice paterno è molto presente in queste Comunità perché è importante che i soggetti si sappiano confrontare con le regole, i limiti, al fine di allontanarsi da una vita, quella vissuta in precedenza, governata da disordine ed eccessi e intraprendino una strada più sana che li permetta di avere nuove possibilità e una reale autonomia di vita.

Seppure con differenze tra le varie strutture, possiamo dire che quest’impostazione della Comunità Terapeutica, al momento dell’incontro con il tossicodipendente cosiddetto a doppia diagnosi, viene stravolta.

Le motivazioni di tale stravolgimento sono da ricondurre in primis proprio alle caratteristiche di questi soggetti: pazienti dal drop out altissimo, dalle ricadute e regressioni violente, dalle accelerazioni dei momenti di crisi inaspettate e immotivate.

E’ così che allora inizia ad entrare in crisi il lavoro sulle risorse del paziente, sulla riattivazione delle competenze, perché si nota che questo lavoro non sempre porterà ad un’autonomia di vita totale.

Si richiede, per lavorare con questi soggetti, una logica diversa all’interno della Comunità, nuovi scenari di sviluppo, nuovi obiettivi possibili, nuove modalità di agire educativamente.

Di seguito approfondirò tutti i vari aspetti sopra citati.

Partendo dal setting comunitario e dal suo grado di flessibilità, la comunità terapeutica diventa un “**laboratorio relazionale**”, un luogo dove operare la sperimentazione di modelli relazionali meno rigidamente ripetitivi e disadattivi.

La Comunità dovrebbe passare da una tradizione di struttura strettamente identificata con le sue regole pedagogiche, con le sue tappe predeterminate e con una divisione di responsabilità fortemente asimmetrica, ad una struttura parzialmente modificata che diventa anche momento spazio-temporale di elaborazione di regole, di definizione di obiettivi intermedi e di divisione delle responsabilità di tipo più simmetrico.³¹

Per i soggetti in doppia diagnosi, il percorso terapeutico non può più prevedere la scansione di fasi terapeutiche standardizzate e temporalmente scandite e di obiettivi generali predeterminati; questo ci riporta a quanto detto in precedenza rispetto al fatto che il progetto terapeutico riabilitativo dovrebbe essere individualizzato e personalizzato.

Occorre raggiungere la consapevolezza che è necessario, per questi soggetti che si trovano in Comunità, curare il disturbo psicopatologico.

Di conseguenza, è fondamentale una presa in carico continuativa e prolungata, alternata tra territorio e Comunità e fra le diverse agenzie curanti. Quindi, il trattamento comunitario non è più risolutivo, come si riteneva in passato.

Di questo tema ne parlerò più lungamente in seguito.

Riguardo agli obiettivi, sicuramente quelli legati al reinserimento socio-lavorativo, di cui ho già parlato, sono diversi rispetto a quelli di altre utenze; occorre aggiungere che all'interno della Comunità bisogna pensare ad un intervento simultaneo, sia sull'aspetto tossicomaniaco sia su quello psichiatrico.

La programmazione temporale di questo intervento deve essere elastica e direttamente proporzionale alla compromissione sociale, mentale e fisica, determinata dal grado e dalla severità del Disturbo da Uso di Sostanze e in base alla diagnosi psichiatrica.

Per realizzare un intervento che sia adeguato per queste problematiche, i principi tecnici che è utile stabilire sono:

- definire una stabile cornice terapeutica: l'ambiente comunitario, attraverso un'organizzazione quotidiana di tempi ed attività, introduce nella vita del soggetto una prima stabilità di tipo temporale, mentre la gestione degli spazi

³¹ P. Miragoli, citazione in P. Rigliano - L. Rancilio [a cura di] *Tossicomania e sofferenza psichica* cit, 81.

individuali e comuni, attraverso le regole chiare, completa il senso di stabilità esterno;

- evitare un intervento terapeutico-educativo passivo: l'operatore che assume la posizione di osservatore silenzioso può essere interpretato come mancanza di interesse e rifiuto a fornire supporto;
- contenere la rabbia del paziente: i soggetti tossicodipendenti con patologia psichiatrica possono mostrarsi oppositivi;
- verificare che il paziente stabilisca una connessione tra sentimenti ed emozioni: l'azione è spesso il linguaggio di questi soggetti, con comportamenti auto ed eterodistruttivi; l'azione può rappresentare l'unica via per ottenere un sollievo dall'intensità dei loro stati affettivi, e solo l'intervento degli operatori può riportare all'ordine questi stati affettivi precipitati;
- mantenere l'attenzione degli interventi sul "qui e ora": il percorso terapeutico comunitario deve poter mutare di giorno in giorno, in base alle effettive possibilità degli utenti.

Ritengo importante soffermarmi sull'espressione, appena citata, del "**qui e ora**", perché questo aspetto richiama l'agire dell'educatore professionale, il quale si trova ad incontrare questo tipo di paziente all'interno di una relazione "storica".

Mi spiego meglio, l'educatore entra in contatto con lo stesso soggetto più volte, ma ogni volta è come se avesse al suo interno una storia.

Soprattutto, in questi incontri, proprio per la peculiarità della persona che ha davanti, deve essere in grado di accogliere il dubbio e l'incertezza non potendo attingere a risposte sicure; quindi ogni volta deve saper negoziare, nell'incontro con l'unicità dell'altro, la risposta più idonea uscendo da ogni tipo di giudizio.

L'incontro con l'altro, attraverso la **relazione**, che è lo strumento privilegiato dell'educatore, diventa, così, incontro con la sofferenza come luogo della possibilità, liberi da ogni pregiudizio rispetto alla diagnosi.

Al discorso sulla relazione e la sua centralità nel lavoro con questi soggetti, si affianca quello dell'**empatia**, che Kohut (1959) chiama "introspezione vicariante".

L'empatia, quella capacità di “sentire dentro”, quel misto tra capire e sentire, è uno strumento importantissimo dell'educatore professionale per comprendere i bisogni specifici di pazienti che presentano disturbi mentali gravi.

Approfondirò il tema dell'empatia all'interno del prossimo capitolo, in questa sede mi preme, però, sottolineare come, in alcuni casi, questi pazienti evitino attivamente il contatto empatico perché mettono in atto meccanismi difensivi per timore di un'eccessiva intrusione da parte dell'operatore.

Un altro aspetto importante della vita in Comunità di questi utenti si riferisce alla cosiddetta pedagogia dell'esperienza, cioè del “**fare con**”.

Mi riferisco a tutti quei momenti, legati soprattutto alla quotidianità all'interno della struttura comunitaria (per esempio delle mansioni che gli vengono affidate), in cui l'educatore aiuta il residente.

Ma, anche, a tutte le attività di cura di sé che in questi soggetti, spesso, necessitano di un accompagnamento. Si assiste, in alcuni casi, a veri e propri tentativi di “ricostruzione”, di accudimenti primari con pazienti che faticano a ripristinare la cura di se stessi e la minima “manutenzione” dell'ambiente di vita circostante.

Per quanto concerne l'aspetto gruppale, il **gruppo**, bisogna rilevare delle differenze rispetto al significato e al “peso specifico” che esso assume in una Comunità che vede la presenza di pazienti a doppia diagnosi.

Nelle Comunità “classiche” per tossicodipendenti il gruppo è un elemento importante, gli individui spesso si cercano tra di loro e mettono in atto dinamiche complesse.

I tossicodipendenti con comorbidità psichiatrica, invece, sentono e vivono meno la gruppaltà, essi hanno, forse, un bisogno di maggiore spazio psichico individuale, sono infatti presenti tra di loro, numerosi profili di forte introversione, marcata depressività, evidente schizoidismo.

Una questione che merita particolare attenzione, anche perché è andata a toccare uno dei punti fermi dello spirito delle Comunità per tossicodipendenti, è quella inerente all'**aspetto regolamentare e normativo**.

Le Comunità che ospitano pazienti a doppia diagnosi sono costrette a rivedere il codice paterno, dato che l'accento con loro deve essere posto sull'apporto di carattere accompagnativo empatico.

Questo non significa che non ci devono essere delle regole di convivenza e di gerarchia interna, ma queste non dovrebbero essere un continuo richiamo in chiave educativa e di confronto, partendo dal presupposto che questo compito sia necessario a “ripristinare” nel paziente tossicomane classico un'impronta di correttezza, collaborazione, socializzazione positiva e senso del limite.

Anche rispetto al significato della **sanzione**, quindi, occorre cambiare registro: quando si constata una trasgressione di particolare rilevanza, a questa non dovrebbe seguire una sanzione “focalizzata” nella visione più limitativa di perdita di un acquisto o di penalità, ma dovrebbe essere letta in chiave di protezione, di contenimento o di riduzione del rischio.

E', poi, importante che la durata di questa sorta di misura protettiva (per esempio il blocco delle uscite nel weekend) venga negoziata “a la carte”, perché è fondamentale che il paziente capisca il senso della protezione; solo così si troverà un accordo con lui, un'alleanza, altrimenti non ci sarà collaborazione.

A tal proposito, è importante rilevare quello che si potrebbe definire il nucleo centrale e caratteristico del lavoro con questi pazienti, ossia l'**asse normatività-accudimento**.

Risulta, spesso, difficile coniugare questi due poli in modo adeguato ed efficace perché i pazienti a doppia diagnosi costringono, a volte, a delle letture difficili dei loro comportamenti e delle loro interazioni.

C'è quindi fatica, nel singolo operatore e nell'équipe, a calibrare, in modo adeguato, entrambi i poli che non si possono vicendevolmente escludere.

Un paziente strutturalmente psicotico può attraversare una fase che si potrebbe definire di “conclamazione tossicomane” dove non si possono escludere comportamenti smaccatamente manipolatori, di rilevanza trasgressivi o di incontenibile craving.

Viceversa si assiste, nello stesso paziente, ad una fase di sintomatologia psichiatrica florida, dove compaiono in modo più rilevante, le caratteristiche della malattia psichica classicamente intesa, come un vissuto delirante e/o paranoico.

E' possibile quindi che gli interventi dell'operatore o dell'équipe, a volte, non colgano esattamente la componente "tossica" e rimangano un po' prigionieri di una visione eccessivamente psichiatrizzata dello stesso paziente, consentendo una passivizzazione eccessiva o escludendo a priori una dinamizzazione del suo modo di porsi.

Oppure, involontariamente, colludendo con la parte regressiva e di finzione o di semplice acquisizione di un immediato beneficio secondario, che quasi sempre consiste nello schivare lavori, evitare piccole responsabilità, sottrarsi alla fatica ad occuparsi di sé.

Al polo opposto, potrebbe essere messo in atto un intervento troppo "up", cioè porre il paziente di fronte ad un compito troppo impegnativo, troppo strutturato ed energetico.

Questo può accadere perché non si è tenuto conto del livello di "performance" che può esprimere il paziente stesso, non si è capito fino a che punto la malattia psichica penalizzi, limiti, impedisca anche un semplice aspetto collaborativo individuale e di gruppo; per non parlare di un lavoro più complesso.

Rispetto a questo, è interessante l'osservazione della Bortino:

"E' la presenza di una determinata condizione di bisogno o di deficit, accompagnata da un certo funzionamento dell'Io dell'individuo/paziente, che comporterà da parte dell'operatore la scelta di programmare un progetto di terapia o di assistenza. Per questo normalmente si differenzia una funzione terapeutica da una funzione assistenziale della comunità terapeutica, come si differenzia una funzione terapeutica da una di mantenimento di un farmaco oppure una funzione terapeutica da un sostegno di un trattamento psicoterapico. Ogni strumento terapeutico, sia esso la comunità, il farmaco o l'azione psicoterapica, non ha quindi di per sé, un valore assoluto, ma ognuno di essi può fungere, a seconda dei bisogni da soddisfare, ora d'agente terapeutico, ora da "veicolo" cioè come mezzo adatto, in quel momento, perché l'agente terapeutico agisca nel modo più efficace".³²

³² A. Bonetti - R. Bortino, *Tossicodipendenza e doppia diagnosi* cit, 175.

3.2. IL MODELLO DELL'INTEGRAZIONE FUNZIONALE

Partendo dal presupposto che l'origine e il corso dei disturbi psicotici e tossicomani è determinato da una pluralità di fattori variabili, nessuno dei quali, singolarmente, è sufficiente a spiegarli e quindi a trattarli, risulta necessario un processo di integrazione tra gli operatori, con diverse professionalità, che hanno in carico il programma terapeutico del singolo individuo.

All'interno di un'équipe multidisciplinare, in cui le varie figure professionali, ognuna con le proprie competenze specifiche, svolgono ruoli di accompagnamento, guida confronto, sostegno, contenimento, apprendimento, è importante che ci sia un raccordo tra queste funzioni e i livelli di funzionamento e disfunzionamento del paziente.

Tutto questo a partire dai suoi bisogni.

Infatti, partire dai bisogni manifestati dal paziente, permette di stabilire criteri di "integrazione" degli interventi terapeutici maggiormente funzionali ad affrontare la cura, soprattutto degli stati psicotici.

Il modello di intervento integrato viene formulato in risposta ad una specifica esigenza del paziente, ossia quella di ricevere, a più livelli, stimoli in direzione integrativa, per contrastare la tendenza disgregante manifestata con la sua resistenza a cambiare.

Questa tendenza disgregante troverebbe una sua origine nel fatto che, in gran parte di tali pazienti, i normali processi di differenziazione e di integrazione, propri della crescita, sono stati gravemente compromessi da relazioni oggettuali precoci assai disturbate (Burnham, Gladstone e Gibson, 1969).

La conseguenza di ciò, è la mancanza di una solida struttura interna e di un sistema di regolazione e di controllo autonomo che renderebbe questi pazienti estremamente bisognosi degli altri, in quanto la loro stessa esistenza e sopravvivenza dipendono da una fonte esterna di sostegno, sia essa un individuo o una struttura, che completi la loro insufficiente integrazione.

Sempre rispetto all'importanza dell'attenzione che deve essere posta a questo tipo di utenza, occorre aggiungere che il processo integrativo è dinamicamente coinvolgente rispetto ad essa. Questo sta a significare che quello che lo staff progetta dovrebbe essere contrattato e condiviso da parte dell'utente e dal gruppo degli utenti.

L'utente deve, infatti, essere riconosciuto come persona portatrice di diritti e di cittadinanza (intesa come cittadinanza sociale); in questo modo, il progetto terapeutico non è più asimmetricamente formulato dallo staff e accettato dall'utente, ma, di volta in volta, contrattato rispetto ai singoli obiettivi intermedi.

L'obiettivo di quanto appena esposto è quello di rinforzare narcisisticamente l'utente, in modo tale che possa riconoscersi come persona portatrice di parti di sé fragili e indefinite; in altri termini, per poter accedere alla parte malata della persona, occorre poter riconoscere e rinforzare la parte sana.

Entrerò ora nel merito di analizzare, più in dettaglio, il **“modello dell'integrazione funzionale” (Zapparoli, 1988).**

Tale metodologia si basa sull'osservazione delle evidenze cliniche segnalate dal paziente, delle resistenze messe in atto nella situazione attuale e nei confronti dei precedenti tentativi terapeutici, del rapporto dinamico tra le inadeguatezze derivanti dal deficit delle strutture e le intensità intollerabili delle pulsioni nell'area dei conflitti.³³

Gli interventi, collocati all'interno di questo modello, come già accennato in precedenza, sono impostati secondo obiettivi legati ai bisogni del paziente (per esempio: mantenimento della simbiosi, dimensionamento delle potenzialità evolutive per la rottura della simbiosi e per l'autonomia, mantenimento di una condizione intermedia di ambivalenza verso entrambe le soluzioni).

Il modello dell'integrazione funzionale ha lo scopo di favorire l'integrazione, e la differenziazione, tenendo presenti, contemporaneamente, sia il livello dell'interazione tra individuo e ambiente, attraverso funzioni terapeutiche differenziate, sia il livello dell'interazione tra le diverse strutture e funzioni della personalità (quando i bisogni sono legati all'area dei conflitti pulsionali).

Per quanto concerne le interazioni tra individuo e ambiente, è importante distinguere l'integrazione necessaria tra i diversi operatori della Comunità con il singolo individuo e nel suo rapporto con il gruppo, da quella tra operatori della Comunità con quanti hanno avuto relazioni significative con lo stesso individuo (familiari, responsabili, operatori di altri servizi che lo hanno avuto in carico prima).

³³ A. Bonetti - R. Bortino, *Tossicodipendenza e doppia diagnosi* cit, 177.

Riguardo a queste ultime interazioni, occorre considerare non solo i bisogni insoddisfatti e soddisfatti dell'individuo/paziente, ma anche quelli di quanti sono stati in relazione con lui, al fine di comprendere in quale misura ciascuno ha inconsapevolmente interferito con i bisogni degli altri e come il paziente ha saputo capitalizzare l'eventuale aiuto ricevuto.

Ritengo importante soffermarmi, nuovamente, (quanto sto per trattare è già stato accennato all'inizio di questo paragrafo) sull'**integrazione** che avviene **tra gli operatori e le loro diverse funzioni**.

Si trovano, infatti, a collaborare insieme: coloro i quali hanno una funzione di tener conto delle dinamiche del gruppo dei residenti, rispondendo ai bisogni di sicurezza e di confronto (educatori); quelli che trattano i bisogni come espressione di disarmonie biochimiche e cercano di contenerle e correggerle attraverso l'uso dei farmaci (personale infermieristico ed educativo); quelli che sono chiamati a rispondere al bisogno di cambiamento interiore, intervenendo sulle situazioni conflittuali intrapsichiche attraverso interventi psicoterapici (psicologi, psicoterapeuti, psichiatri); e quelli che seguono il soggetto più sotto un profilo amministrativo (assistenti sociali).

All'interno di questa multidisciplinarietà, è importante sottolineare, che l'integrazione non è la semplice sommatoria di professioni, anzi deve essere costruita, giorno per giorno, attraverso il confronto e la discussione delle evidenze cliniche dei pazienti, fatte secondo la comprensione che ciascun operatore è riuscito a fare nel proprio ambito.

La sede dove, di fatto, può essere realizzato questo tipo di integrazione è l'équipe.

Lavorare in équipe attorno a una persona, o meglio, a un gruppo di persone, significa che un gruppo di persone si prende carico di un altro gruppo realizzando un'interazione a più punti e non di tipo univoco, non di tipo lineare, ma complesso.

E' fondamentale ricordare che l'integrazione delle varie professionalità non può essere giocata, soltanto, nella sede di un confronto teorico, anche se il confronto teorico può essere utile per una sollecitazione a riflettere al di fuori del contesto della quotidianità che, spesso, travolge.

Ed è proprio l'équipe il luogo dove può realizzarsi una sintesi fatta nella realtà del confronto con i bisogni delle persone.

Se l'équipe riesce ad essere non gerarchizzata o giustapposta, ma effettivamente integrata, allora gli operatori che la compongono si potranno occupare del disturbo, del sintomo, della difficoltà di uscire da una situazione, tenendosi insieme e dando un senso di capacità di tenere insieme (e questo ha un grande significato anche dal punto di vista della simbologia della malattia mentale).

In questo modo gli operatori si trovano a lavorare attorno a un fuoco comune che è quello della persona.

Significative, a mio parere, sono le parole di Rigliano:

“La vera integrazione è solo la condivisione convinta, ben organizzata e sperimentata da parte di tutta l'équipe, di un modello di lettura e di risposta adeguato alla complessità dei livelli in gioco. Tutta l'équipe deve condividere l'approccio basato sulla sofferenza e le modalità per affrontarla, così si ha una reale alternativa al semplice assemblaggio di varie funzioni e tecniche non discusse e tantomeno concordate. Altrimenti l'integrazione è solo uno slogan inefficace, parola magica che dice tutto e non spiega nulla, quando non sia semplicisticamente declinata come integrazione burocratica, o di ruoli professionali sommati indifferentemente, senza una strategia che organizzi l'insieme dei processi, rendendoli coerenti agli obiettivi individuati.”³⁴

Tornando al trattamento integrato, ritengo interessante vedere come può essere attuata l'integrazione degli interventi in **due casi specifici**: nelle forme di resistenza del paziente alle cure e nello stabilire un'alleanza di lavoro tra utente e operatore.

Analizzando il primo esempio, si può rilevare che, anche se molto spesso le **resistenze del paziente alle cure** possono essere superate nell'ambito del trattamento che sta seguendo, alcune di esse richiedono una strategia integrata specifica, per esempio nei casi di resistenza dovuta alla paura del cambiamento.

L'origine di tale paura è spesso legata alla paura del nuovo, vissuto come qualcosa che può compromettere il senso di sicurezza, anche se apparentemente può essere considerato come un miglioramento ed un vantaggio.

Come già analizzato approfonditamente in precedenza, per questi pazienti è forte il timore di abbandonare la sicurezza che deriva dal conoscere la situazione e quindi dal

³⁴ P. Rigliano, *Doppia diagnosi* cit, 172.

poterla controllare, così come la paura di trovarsi davanti a compiti ritenuti troppo impegnativi, come, per esempio, quelli legati al processo di separazione-individuazione, da cui deriva il timore del distacco da certe dipendenze rassicuranti e protettive.

In questi casi, il programma di interventi deve tener conto di tali timori, facendo sì che i diversi interventi si svolgano in contemporaneità o in successione, secondo i diversi bisogni da soddisfare.

In termini pratici, il paziente può essere aiutato dapprima con un tipo di trattamento (per esempio il farmaco associato alla terapia d'ambiente o ad una forma di terapia di sostegno) che egli sente, soggettivamente, come più facilmente controllabile o come più "impersonale", quindi meno "rischioso" rispetto ad un coinvolgimento emotivo più personalizzato.

In un secondo tempo, si potrà considerare un intervento rivolto ad ottenere anche una modificazione più profonda della struttura di personalità.

Per quanto riguarda l'**alleanza di lavoro**, invece, occorre rilevare che, con l'estensione dei trattamenti sia psicoterapeutici, che farmacologici ed assistenziali, sono emerse le difficoltà, per questi pazienti, nell'accettare tali trattamenti e quindi nella possibilità di stabilire un'alleanza di lavoro.

Arrivare a tale alleanza significa costruire quel rapporto di fiducia di base, descritto da Erikson (1950), che ha origine dall'esperienza di sicurezza che il bambino ha vissuto nei primi mesi di vita.

Spesso, però, questi pazienti, in particolare gli psicotici, mancano di questa fiducia fondamentale, dato che è possibile che durante la loro infanzia siano stati oggetto di gravi privazioni emotive.

Affinché si stabilisca un'alleanza, è necessario che il rapporto operatore-paziente si organizzi tenendo conto dei bisogni attuali del paziente; è, inoltre, necessario considerare che spesso questi pazienti soffrono di grandi ansietà per eventi attuali della loro vita.³⁵

L'intervento integrato in questo contesto, perciò, parte proprio dall'attenzione ai bisogni specifici del paziente e dalla modificazione della sua percezione rispetto all'oggetto di soddisfazione del suo bisogno.

³⁵ A. Bonetti - R. Bortino, *Tossicodipendenza e doppia diagnosi* cit, 184.

In conclusione, posso affermare che l'integrazione degli interventi attuati con questi pazienti, siano essi un farmaco, la psicoterapia o il lavoro assistenziale, è fondamentale nella riuscita degli stessi.

Questa integrazione deve comprendere le cognizioni teoriche e cliniche, così come la disponibilità emotiva ad utilizzare, contemporaneamente o in successione, gli interventi che meglio rispondono ai bisogni del paziente.

Fondamentale è, poi, l'integrazione tra gli operatori, che agendo in sintonia con i bisogni del paziente lavorano in modo omogeneo, evitando l'effetto distruttivo dei comportamenti terapeutici non collegati o in contrasto tra loro.

In tal modo, si fornisce al paziente una base esterna di sicurezza e costanza e la possibilità della sua interiorizzazione, favorendo il sorgere di un sentimento di fiducia sufficiente a permettere un diverso rapporto oggettuale.

L'ambiente comunitario può, sicuramente, andare a favorire tale integrazione in quanto, a differenza dell'ambiente territoriale, ci può essere una maggior coesione del gruppo degli operatori, oltre ai vantaggi della condivisione di esperienze sulle quali poter verificare i bisogni dei singoli pazienti e le diverse strategie per affrontarli.

3.3. L'INTEGRAZIONE-COLLABORAZIONE EXTRAISTITUZIONALE

Partendo dal presupposto che i pazienti in doppia diagnosi presentano un quadro clinico di estrema complessità, date le loro caratteristiche, e che il loro trattamento e la loro gestione sono molto impegnativi, per via delle problematiche sanitarie, sociali e spesso legali/giudiziarie, risulta inevitabile parlare di collaborazione, coordinamento, integrazione.

Mi riferisco, in questa sede, alla collaborazione, richiesta alle diverse risorse del servizio pubblico (Ser.T., D.S.M., Ospedali, ecc.) e del privato sociale (Comunità residenziali, diurne, case-alloggio, strutture per "bassa soglia", ecc.).

Infatti, a fronte di problematiche così complesse e onerose, diventa fondamentale ed essenziale un lavoro di rete che permetta, pur nel pieno rispetto delle competenze e delle autonomie delle singole agenzie, una reale e piena collaborazione dei diversi servizi

impegnati nella gestione del caso, utilizzando quanto più possibile in maniera integrata le rispettive capacità e professionalità.

Come più volte sottolineato in precedenza, nel trattamento di questi pazienti non si può pensare di poter dividere la parte tossicomantica da quella psichiatrica, curando prima una nei Servizi per le Tossicodipendenze e poi l'altra nei Servizi Psichiatrici (trattamento in serie), o entrambe contemporaneamente nei due diversi setting (trattamento in parallelo).

Entrambi questi due trattamenti, infatti, nell'applicazione hanno dato esiti insoddisfacenti; sarebbe pertanto utile pensare ad una presa in carico congiunta da parte del SerT, della Salute Mentale e del privato-sociale; in tal modo si permetterebbe di dare unicità all'intervento.

A tal proposito è significativo quanto afferma Galanter (2002):

“In una condizione ideale i Servizi di psichiatria ed i Servizi delle tossicodipendenze dovrebbero poter organizzare, insieme con i Centri del Privato Sociale e del Volontariato, una rete di strutture, quali: Reparti ospedalieri, servizi ambulatoriali, centri diurni e centri di crisi, Comunità terapeutiche e case alloggio, cooperative di lavoro ecc., ciascuna con caratteristiche specifiche e diverse in modo da poter offrire risposte differenziate ai diversi bisogni degli individui che chiedono aiuto ai rispettivi servizi. Si potrebbe realizzare in tal modo una integrazione tra i Servizi e le strutture della rete, una integrazione dei diversi linguaggi terapeutici verso un progetto comune, che si avvicina al concetto di terapia di rete.”³⁶

Come concretamente arrivare all'attuazione di questa integrazione, è ancora una questione aperta.

L'incontro tra i due mondi, quello della psichiatria e quello della tossicodipendenza, si concretizza attualmente in vari modi.

Può esserci una consulenza esterna: viene chiamato uno Psichiatra particolarmente sensibile del CPS o del reparto, la consulenza può essere ad hoc sul paziente o continua, strutturata e riconosciuta.

³⁶ A. Bonetti – R. Bortino, *Tossicodipendenza e doppia diagnosi* cit, 190.

Un altro modello è quello della compartecipazione: c'è la presenza fissa e strutturata di uno psichiatra in un Ser.T. o in una Comunità o in un qualunque servizio, una partecipazione definita strutturata, garantita, prevista.

O, ancora, il modello della condivisione, il più auspicabile per Rigliano: si tratta di un sistema specifico e dedicato, con un équipe stabile, organizzata, riconosciuta istituzionalmente con atto definitorio istituzionale, con individuazione di personale, risorse economiche, competenze e responsabilità. E' quindi un'équipe dedicata, non singoli operatori sommati: ciò che fa la differenza è l'organizzazione, che vuol dire progetto e responsabilità, chi fa che cosa, per chi, in quali termini, rispondendo a chi altri.³⁷

Un ulteriore modello di integrazione proposto, è quello che ritiene utile concentrare, almeno una parte significativa del lavoro di coordinamento, nelle mani di un solo operatore – una figura definibile come coordinatore psicoterapeutico – il quale, oltre ad avere una relazione significativa con il paziente, segua nel tempo lo svolgersi delle esperienze correttive che egli fa, mantenendo anche contatti diretti con le diverse équipes che man mano lo prendono in carico.

Questa figura di coordinatore dovrebbe coniugare una relazione molto personale, con la funzione di individuare le esperienze di cui il paziente ha via via bisogno, di avviarvelo e sostenerlo.

Dovrebbe divenire una sorta di regista di un processo psicoterapeutico eclettico (Alberti, 2000) e, insieme, continuamente pensato e verificato, che metta a frutto ogni esperienza parallela nel senso del superamento dei meccanismi patogenetici di cui il paziente è prigioniero.³⁸

Un aspetto significativo, e che sottolinea ancora una volta l'importanza del lavoro in rete, riguarda la gestione delle crisi e delle acuzie psicopatologiche.

³⁷ P. Rigliano – L. Rancilio [a cura di] *Tossicomania e sofferenza psichica* cit, 162.

³⁸ Alberti – Rigliano – Bivi – Grieco – Miragoli, *Il processo di cambiamento psicologico nel setting multipolare*, Quaderni di Salute & Prevenzione, giugno 2004, numero monografico: "Il lavoro terapeutico nella doppia diagnosi".

Come già più volte visto, la crisi e lo scompenso possono presentarsi in qualsiasi momento del percorso, sia per il fisiologico andamento altalenante di molte patologie psichiatriche, sia per gli squilibri indotti dalle ricadute nell'uso di sostanze.

Se in questi momenti il paziente si trova nella fase di trattamento residenziale, sicuramente necessiterà di un sostegno psichiatrico, se non di un ricovero.

In questo frangente il lavoro di rete è fondamentale, la sua mancanza può fortemente compromettere il percorso terapeutico riabilitativo, con il conseguente rischio di abbandono del progetto da parte dell'utente e, inevitabilmente, il ritorno a stili di vita e di abuso antisociali, potenziando il fenomeno cosiddetto “della porta girevole”, del quale ho già parlato nel capitolo precedente.

In ultimo, mi preme trattare dell'importanza che viene ad assumere l'integrazione-collaborazione extraistituzionale, al momento della dimissione del paziente dalla Comunità.

Come già visto, infatti, il trattamento comunitario non è più risolutivo, come si riteneva in passato; dunque il lavoro di rete con i Servizi delle dipendenze e i Servizi del Dipartimento di Salute Mentale, nonché eventuali reti naturali presenti sul territorio, risulta fondamentale.

Il progetto, nato all'interno dell'esperienza residenziale, deve trovare un suo seguito in ambito reinseritivo/occupazionale, nella socializzazione esterna più o meno estesa, e nell'auspicabile coinvolgimento della famiglia.

Occorre che sia mantenuta una tensione progettuale per arrivare ad una migliore qualità di vita del paziente, avendo valutato e sperimentato limiti e risorse.

La rete dei servizi deve “allestire” un seguito integrato al momento della dimissione dalla Comunità, dimissione che, per questi pazienti, è sempre densa di rischi e di preoccupazione, riguardo soprattutto alla loro tenuta una volta sottratti ad un ambito protetto o semi-protetto.

Il rischio è quello di “sovraesporre” il paziente ad una condizione di autonomia esterna, che in realtà non è in grado di gestire, e la conseguenza è quella di riattivare altri rischi di ricaduta nell'uso di sostanze.

In questa fase, quindi, l'integrazione si pone come obiettivo la prevenzione dal rischio di ricadute attraverso la definizione di un'adeguata rete di supporto per l'utente, composta da riferimenti del pubblico e del privato sociale, che possano essere vissuti e utilizzati come forme di sostegno emotivo e operativo a breve e a lungo termine.

E', poi, sempre importante il coinvolgimento, laddove è possibile, del contesto familiare, affinché possa essere, in divenire, anch'esso anello della rete di supporto attivata.

3.4. L'ESPERIENZA DEL CENTRO TERAPEUTICO "VILLA ARGENTINA"

Ritengo sia interessante occuparmi, in questa parte del mio lavoro, della risposta che il Centro Terapeutico "Villa Argentina" di Lugano dà al fenomeno della doppia diagnosi. Come ho trattato nel primo paragrafo di questo capitolo, i pazienti a "doppia diagnosi" sono andati a stravolgere quella che era l'impostazione delle Comunità per tossicodipendenti, e anche "Villa Argentina" ha visto in sé importanti modificazioni. Non affronterò in questa sede il tema della politica federale e cantonale in materia di tossicodipendenza.

Riporterò, invece, il percorso che questa istituzione ha fatto dal punto di vista clinico/teorico e di osservazione sul campo, per arrivare ad una analisi della metodologia attuale, che viene applicata negli interventi terapeutici dei propri residenti.

Il Centro "Villa Argentina" ha iniziato la sua attività nel 1984, i presupposti dell'esordio e dei primi anni di attività erano da ricondurre al fatto che il tossicodipendente tende ad isolarsi dalla società e a legarsi unicamente al "giro" della droga.³⁹

La caratteristica fondante dell'intervento residenziale, infatti, era quella del confronto educativo-normativo a cui veniva "sottoposto" l'ospite, ristrutturando, nell'esperienza di vita comunitaria, la possibilità di essere adeguato e "rispondente" ai criteri della cosiddetta realtà esterna.

³⁹ R. Steiner, *Intervista di F. Balli*, nel libro-testimoniaza "Ritornare a vivere", 1994.

A partire dal 1991, con la nuova direzione assunta da Mirko Steiner (attuale direttore), avviene, gradualmente, un cambiamento importante: viene potenziata la maggiore specializzazione nell'intervento, sia dal punto di vista educativo-residenziale che da quello terapeutico.

Questo, in termini operativi, ha comportato una maggiore qualificazione ed una maggiore distinzione nei vari ambiti professionali, con l'intento di riconoscere le competenze specifiche dei singoli operatori, valorizzando le loro singole formazioni.

Va a scomparire quello che ha caratterizzato l'operatore fino a quel momento, ossia l'operatore "tuttologo" che seguiva il suo residente a 360°, con una pretesa capacità di operare in tutti gli ambiti del seguito residenziale, che spaziavano dall'educativo, al lavorativo, al sociale, allo psicologico.

Durante il 1993 si va profilando quello che sarà un cambiamento radicale, andando ad attraversare l'esperienza residenziale, inseritiva e terapeutica di "Villa Argentina".

Mi sto riferendo all'attivazione di una nuova sede, a Viglio, la cui apertura si concretizza l'anno successivo.

Il "progetto Viglio", oltre a portare ad un ampliamento del numero di posti letto (prima del 1994 la struttura poteva ospitare al massimo 15 pazienti con un organico di 10 operatori, dopo, i posti letto diventano 40), ha comportato numerosi problemi di natura istituzionale e gestionale.

Viene a formarsi una nuova impostazione equipale, con l'inserimento di nuovi operatori e nuovi processi di presa in carico del paziente nel percorso terapeutico.

Vennero, dunque, create due sotto équipe educative, con la necessità di sviluppare delle modalità di comunicazione che permettessero di garantire uniformità dell'offerta terapeutica fra la sede di Lugano e quella di Viglio.

L'apertura della sede di Viglio, andò, poi, a rappresentare per tutti, operatori e pazienti, un rilancio, uno stimolo innovativo notevole, perché si aprirono nuove prospettive terapeutiche dal punto di vista lavorativo-occupazionale. Ma anche perché, l'ingrandimento dell'istituzione, veniva a modificare gli schemi, le dinamiche relazionali, sia tra i pazienti che tra gli operatori.⁴⁰

⁴⁰ G. Simona, *Rapporto di attività "Villa Argentina"*, 2000.

Questi aspetti positivi, di contro, hanno visto una perdita di entusiasmo rispetto alla sede, cosiddetta madre, di Lugano, a cui è seguita una perdita d'omogeneità del sistema istituzionale; infatti l'investimento energetico e l'entusiasmo degli operatori avveniva in modo diseguale con conseguenze negative sulla qualità dell'intervento terapeutico.

“Villa Argentina” ha dovuto affrontare, in quel frangente, una dura prova di integrazione e gestione intraistituzionale, data la presenza di un'organizzazione estremamente complessa.

Una svolta importante, che ha via via portato all'incontro di “Villa Argentina” con il paziente in doppia diagnosi, si verifica proprio nelle fasi iniziali di avvio della sede di Viglio.

Il numero di pazienti, come abbiamo visto aumentato, ha evidenziato, sempre di più, una diversità di esigenze con tipologie di pazienti variegata.

Iniziava, soprattutto, a comparire una “tipologia” di tossicodipendente con una motivazione lacunosa o ridotta, e con situazioni psichiche ed esistenziali all'insegna del degrado.

Si decise, di fronte a questa realtà, di abbassare la soglia d'ammissione.

Venne a modificarsi, parallelamente, anche la mentalità dell'équipe educativa, stemperando l'approccio radicale alla tossicodipendenza che aveva caratterizzato i primi anni dell'attività del Centro. In particolare, l'approccio era, fino ad allora, basato sull'astinenza totale da qualsiasi sostanza psicotropa, non si sarebbe potuto pensare di somministrare alcun medicamento antidepressivo o neurolettico.

“In chiave generale, vigevano allora, tra istanze medico-psichiatriche e operatori socio-educativi, diverse idiosincrasie che non favorivano certamente l'armoniosa presa in carico del paziente tossicodipendente.”⁴¹

Invece, con l'ingresso di questo nuovo paziente, entra, “prepotentemente”, anche il farmaco e la visione psichiatrica, ad informare le strategie di intervento e di cura.

Questo ha portato, inizialmente, a grossi problemi di gestione, occorreva mettere in discussione i vecchi assetti ed i collaudati modi di agire; è stata, perciò, necessaria, anche in questo frangente un'importante integrazione tra l'intervento classicamente educativo-relazionale e quello farmacologico.

⁴¹ G. Simona, *Rapporto di attività “Villa Argentina”*, 2000.

Anche dal punto di vista organizzativo e trattamentale, questa nuova utenza ha portato cambiamenti significativi.

Venivano accolti, sempre di più, pazienti che, dal punto di vista clinico, portavano ad un confronto con esperienze di vita segnate da ricoveri plurimi in ambito psichiatrico e con importanti terapie farmacologiche. Inoltre, presentavano condizioni di deterioramento psichico e mentale che intrattenevano un rapporto con la tossicomania, e in molti modi sorpassavano il comportamento d'abuso, rilevando una vera e propria patologia psichiatrica.⁴²

Questi aspetti hanno, quindi, messo alla dura prova, sotto l'aspetto educativo, lavorativo e inseritivo socio-professionale, quella che era la strumentazione terapeutica tradizionale di "Villa Argentina".

Si è verificata una sorta di rivoluzione nell'immaginare le coordinate della Comunità, intesa classicamente come luogo esclusivamente normativo e riabilitativo.

Questi pazienti hanno favorito la trasformazione di quell'immagine statica e irrigidita che li voleva portatori di un problema legato soltanto ad una disfunzionalità comportamentale, ad una mancanza di volontà, ad una debolezza o una passività del carattere, o, infine, ad una cattiva e trasgressiva disposizione verso l'autorità.

Sul versante delle dinamiche di gruppo, si è potuto osservare che la promiscuità, nel contesto residenziale, tra pazienti classicamente tossicomani e pazienti a doppia diagnosi, ha accentuato le difficoltà di convivenza, generando dinamiche di regressione e di imitazione negativa.

E' stato osservato che pazienti, che potevano mantenere un buon ritmo lavorativo ed un buon impegno residenziale, scivolavano verso un polo di passività e disimpegno rivendicando il fatto che altri pazienti non si attivavano, beneficiando di contratti speciali e ottenendo il beneficio "delle pastiglie".⁴³

Questo aspetto, insieme ai cambiamenti nelle modalità di presa in carico degli utenti e alla modifica della filosofia dell'intervento, ha portato ad una trasformazione dell'istituzione stessa.

⁴² F. Bortolanza, *Rapporto di attività "Villa Argentina"*, 2001.

⁴³ F. Bortolanza, *Rapporto di attività "Villa Argentina"*, 2001.

Nel 2002, infatti, è avvenuta l'apertura di una sede adibita alle doppie diagnosi, la sede di Lugano.

Oggi, l'intervento del Centro Terapeutico "Villa Argentina" muove da una serie di riflessioni. A tal proposito, le parole del vicedirettore, Dott. Bortolanza, sono significative:

"Molti pazienti, resistendo alle nostre cure verso la guarigione, ci hanno stimolato a guardare alla complessità del fenomeno tossicomano.

Un fenomeno abitato da tante storie di persone diverse, che in molti casi si traducono in particolari sofferenze psichiche ed emotive che richiedono ascolto e presa in carico, ma anche risposte e risorse differenziate che non comprendono semplicemente e meccanicamente l'ipotesi (spesso e volentieri ideologica) della guarigione dalla tossicomania."⁴⁴

Il Centro si trova, infatti, a fare i conti, nel seguire i propri residenti, con ipotesi quali:

- miglioramenti limitati;
- stabilizzazione parziale presidiata da psicofarmaci;
- seguiti di lungo corso in ambiti residenziali e lavorativi protetti.

Partendo da queste premesse, si sviluppa la presa in carico residenziale dei pazienti, che è preceduta da un'ammissione.

L'ammissione, a sua volta, è preceduta da un contatto preliminare tra l'operatore dell'ente collocante e il responsabile ammissioni di "Villa Argentina"; non di rado sono presenti anche altri referenti, come la Clinica Psichiatrica, il Servizio PsicoSociale, oppure un tutore o un curatore.

Per la maggior parte dei casi, infatti, i collocamenti di questi pazienti, sono preceduti da un ricovero di una certa consistenza e lunghezza in ambito psichiatrico.

All'ingresso hanno una terapia farmacologica incisiva, ed in alcuni casi viene associata anche una prescrizione metadonica.

⁴⁴ F. Bortolanza, *Rapporto di attività "Villa Argentina"*, 2001.

E' forte, quindi, la necessità di raccordare la collaborazione tra la psichiatra consulente di "Villa Argentina" ed i curanti dell'Istituto o Clinica Psichiatrica che hanno ospitato in precedenza il paziente.

Non di rado, in merito a questo aspetto, possono insorgere problemi legati al tipo di terapia farmacologica, che in ambito "ospedaliero" potevano avere una certa gestibilità, ma che in ambito "comunitario residenziale" presentano notevoli difficoltà di gestione.

All'interno della presa in carico, messa in atto da "Villa Argentina", acquista grande importanza la strutturazione multidisciplinare dell'équipe.

Tale strutturazione permette al paziente di poter beneficiare di una "molteplice" serie di aiuti ed interventi che sono così articolati:

- residenziale,
- sociale,
- lavorativo,
- psicoterapia individuale,
- psicoterapia familiare,
- consulenza psichiatrica,
- consulenza medico-generalista.

L'équipe, che si fonda su una logica di integrazione, è consapevole che il paziente richiede un trattamento particolarmente focalizzato ed individualizzato, e soprattutto necessita di un contesto sufficientemente empatico e contenitivo.

Focalizzando l'attenzione su quella che è la presa in carico educativa del Centro, aspetti che rivestono particolare importanza sono quelli della relazione e del "fare con", secondo la pedagogia dell'esperienza, di cui ho già parlato nel primo paragrafo di questo capitolo.

In termini concreti, vengono messi a punto dei progetti educativi che prendono in carico la complessità delle caratteristiche del paziente, tenendo ovviamente conto di tutta una serie di limiti delle varie aree in cui si esplicita la quotidianità residenziale.

Vi sono progetti che si focalizzano sul ripristino della competenza della cura di sé oppure altri che riguardano i ritmi e le mansioni quotidiane.

Per esempio, nel caso di pazienti che hanno carichi farmacologici incisivi c'è la possibilità di alzarsi la mattina ad orari diversi e di beneficiare di ore pomeridiane di

riposo; l'educatore sarà per loro da stimolo e guida nell'esplicitare le mansioni domestiche.

Importanti sono le sinergie e le collaborazioni con la sede di Viglio, che consentono di creare opportunità occupazionali diverse dal mansionario domestico.

Ci sono, infatti, piccoli gruppi di pazienti che, con un programma regolare, sono impegnati in lavori di atelier, di piccola cantieristica o nel lavoro agricolo in quella sede, con il duplice obiettivo di ampliare l'apporto occupazionale ed ergoterapeutico.

Il lavoro rappresenta uno dei punti focali del progetto di "Villa Argentina": l'attività a Viglio "offre" ai pazienti l'occasione di potersi cimentare con nuovi stimoli; il tentativo è poi quello di non creare una "visione" eccessivamente distaccata, con pesanti "stigmati" di psichiatrizzazione, per pazienti che non possono ancora mettere in moto diverse risorse, se non attentamente seguiti.

Dal punto di vista del percorso evolutivo, spesso e volentieri, "Villa Argentina" si trova a pensare a percorsi che tengano conto del raggiungimento di obiettivi parziali o ridotti, e a volte considera l'esperienza residenziale con questi soggetti una sorta di riduzione del danno. Non mi dilungo in questa sede rispetto a questo argomento, rimandando il lettore a quanto già trattato nel paragrafo sul progetto riabilitativo.

Per "Villa Argentina", però, l'aspetto della progettualità e della proiezione nel futuro rimane, nonostante tutto, un punto di grande valenza terapeutica.

Fondamentale risulta essere, a tal proposito, la strategia di collaborazione, integrazione e sinergia con altri partner che compongono il discorso di rete.

I partner della rete, infatti, già presenti al momento del collocamento, intervengono fattivamente nell'iter residenziale e nel percorso terapeutico del paziente.

Ci sono dei veri e propri protocolli di collaborazione, che prevedono incontri, verifiche, nonché messe a punto di obiettivi tra gli intervenenti che hanno accompagnato il collocamento. Questo, in particolare se vi sono delle urgenze che riguardano ricadute o momenti di crisi, che possono prevedere un ricovero in ambito psichiatrico.

Si possono, poi, aggiungere altri partner, come punti qualificanti della rete, nel corso della terapia residenziale, quando il paziente intraprende delle esperienze di studio, di formazione o di lavoro-occupazione all'esterno.

Il monitoraggio dell'andamento, all'interno e all'esterno della Comunità, viene garantito sempre da regolari incontri tra tutte le parti della rete.

Nel caso di raggiungimento di un buon funzionamento ed una buona stabilizzazione del paziente, il percorso può continuare con il passaggio nella sede di via Ferri, di cui già accennato nel capitolo precedente, in modo da beneficiare di una maggiore autonomia di gestione, ma sempre attentamente "vincolato" ai controlli istituzionali.

Dopo un periodo in questa sede, si possono aprire due possibilità: o un periodo di appartamento protetto, potenziando ulteriormente il confronto e la verifica sul piano occupazionale, oppure un progetto di reinserimento esterno, con ricerca di un appartamento, mantenendo l'impegno occupazionale.

Sia nell'uno che nell'altro caso, il contributo della rete risulta essere fondamentale, pur con diverso peso e misura.

Se il paziente verrà proiettato verso un inserimento esterno, occorrerà pensare ad un progetto di seguito, che vedrà implicati l'operatore del Servizio dipendenze sul territorio, il tutore e l'operatore di supporto nel lavoro protetto.

Occorrerà attivare anche un seguito psichiatrico sul territorio.

"Villa Argentina" rimarrà, comunque, partner attivo potendo fornire, ad esempio, un controllo delle urine ed un seguito terapeutico per un periodo da concordare.

Nel caso, invece, dell'appartamento protetto, chi si occuperà "prevalentemente" del paziente sarà "Villa Argentina" con i suoi operatori. Verrà riformulato un contratto con il paziente sulla tempistica, sugli spazi di agibilità esterna, che verranno ampliati, così come ampliata sarà la "quota" di responsabilità ed auto-gestione riferita al paziente.

4. L'EDUCATORE PROFESSIONALE: RISORSE E CRITICITA' CON IL PAZIENTE IN DOPPIA DIAGNOSI

4.1. INTERVISTA A UN EDUCATORE PROFESSIONALE DI "VILLA ARGENTINA"

Da quanto tempo lavori con i pazienti a doppia diagnosi?

Da quattro anni. Da quando nel 2002 si decise di separare i due tipi di pazienti secondo le loro specifiche necessità di cura.

In che senso?

Nel senso che oltre alla tossicomania bisogna appunto tener conto della patologia psichiatrica, la quale si affianca alla tossicomania. A volte la sofferenza psichiatrica non è correlata alla tossicomania, ma è compresente ad essa in modo casuale, in altri casi la precede o ne è la conseguenza.

E' cambiato il modo di lavorare degli educatori da quando si occupano più specificatamente di pazienti con comorbidità psichiatrica e tossicomania?

Sì. Bisogna sempre tener presente che il paziente che abbiamo di fronte è prima di tutto un paziente con una patologia psichiatrica, la quale prevalentemente permane al di là dell'uso di droghe e con la quale sia il paziente che l'educatore devono fare i conti. Solo in seconda battuta abbiamo a che fare con un paziente tossicomane o, meglio, un paziente psichiatrico che ricorre a sostanze d'abuso. Questo implica sapere da quale patologia è affetto il paziente e quale sia l'influenza che essa ha sulla sua vita, sui suoi comportamenti, sul suo modo di pensare e interpretare la realtà. Bisogna tener presente di volta in volta quanto questa patologia influisce sul paziente. La malattia psichiatrica non è statica, ma è dinamica, nel senso che può manifestarsi in modo più o meno acuto e conseguentemente comportare per il paziente una compromissione delle sue abilità cognitive e sociali più o meno grave. Lo stesso paziente, nell'arco temporale della terapia in Villa Argentina, può attraversare periodi di compenso o scompenso psichico e

quindi avere comportamenti diversi. Ecco, di tutto questo l'educatore che lavora con questi pazienti deve essere consapevole per orientare il proprio agire educativo giorno per giorno.

Ma, in pratica, cosa comporta questo sguardo prospettico, questo punto di osservazione particolare su pazienti che comunque sono anche tossicomani?

Implica saper stimolare in ciascuno quello che in quel periodo, in quella giornata, in quel momento particolare può dare, ricevere, essere.

Tradotto in un linguaggio meno criptico?

Capita che il paziente giunga in Villa Argentina dopo uno scompenso psichico, un tentativo di suicidio, un abuso massiccio di droghe o farmaci cui è seguito magari un ricovero in una clinica psichiatrica. Al suo arrivo il paziente si presenta particolarmente gravato da farmaci con effetto sedativo, l'interesse per la terapia in Villa Argentina è facilmente scarso, la consapevolezza è limitata, lo stato di vigilanza compromesso, la motivazione ad intraprendere un percorso di cambiamento pressoché nulla, l'attitudine ad avere cura di sé, delle proprie cose, ad attivarsi in attività manuali, domestiche e lavorative assai limitata, le facoltà relazionali molto ridotte. Il suo interesse principale può essere l'assunzione del farmaco; la fonte di gratificazione più immediata: il tabacco e il cibo; l'attività preferita: l'isolamento a letto; il desiderio ricorrente: la fuga e l'assunzione di sostanze d'abuso, farmaci compresi; il pensiero: paranoico.

Ad un paziente in queste condizioni bisogna rivolgersi con la sufficiente delicatezza e distanza (la vicinanza fisica ed empatica può essere percepita come minacciosa o non essere tollerata; bella è l'immagine del paziente psicotico come una persona senza pelle, senza confini definiti). Se si rinchioda in camera e in se stesso non è da intendersi come un segno di pigrizia, ma come una necessità del paziente in quel momento, che va rispettata e mantenuta. Contemporaneamente si cercherà di introdurre delle piccole variabili, tollerabili dal paziente, che lo aiutino a superare questa fase. Gli verranno proposte delle semplici e brevi attività, così come dei brevi e non troppo coinvolgenti momenti per stare insieme agli altri pazienti. Un piccolo impegno nella vita domestica e la partecipazione al pranzo e alla cena possono andare bene, per cominciare. La cura di

sé, del proprio corpo e dei propri vestiti, sarà un obiettivo da rimandare un po' nel tempo, perché cambiamenti su una sfera così personale possono essere destabilizzanti se proposti in tempi non opportuni. Ogni piccolo cambiamento nei comportamenti raggiunto dal paziente sarà letto dall'educatore come un riflesso della sua vita interiore.

Ogni piccolo indizio è significativo?

Saper cogliere i piccoli particolari è fondamentale per il lavoro educativo. Attribuire un significato alle piccole modificazioni dei comportamenti del paziente è di grande importanza, perché permette di progettare successivi ed ulteriori passaggi evolutivi. Azzeccare i tempi è un punto centrale, ed uno dei più difficili del nostro lavoro. Non troppo presto, non troppo tardi: giusto. Qualche volta ci si riesce, altre no. Quando si forza la mano e si anticipano i tempi, può capitare che il paziente ci mandi un chiaro segnale di sofferenza con una ricaduta nelle sostanze d'abuso o una regressione. Se si aspetta troppo, non di rado il paziente fa fughe in avanti, prefigurando da solo scenari irrealizzabili per la propria vita futura. Perseguire o anche solo fantasticare obiettivi non realistici gli provocherà facilmente una grave frustrazione, che il paziente mal sopporterà, e che potrà indurre di nuovo l'abuso di sostanze o una regressione nel quadro psichico. Ecco perché, tornando a quanto si diceva prima, è di vitale importanza saper proporre a ciascun paziente la cosa giusta al momento opportuno.

E' dunque un lavoro molto individualizzato?

Sì, l'educatore, come le altre figure professionali dell'équipe, si avvale di un approccio clinico al paziente. Clinico nel senso etimologico del termine, che deriva da *κλίνη*, *cline* – letto, nel letto ci sta un solo individuo: ecco nel considerare il paziente nella sua unicità e il suo specifico bisogno di cura sta l'approccio clinico.

Qual è la caratteristica principale che deve avere un educatore per lavorare con i pazienti doppia diagnosi?

La plasticità, la duttilità. E' indispensabile saper modulare continuamente il proprio agire educativo secondo la persona che hai di fronte. Spesso occorre passare rapidamente dal codice paterno a quello materno e viceversa. Bisogna saper essere

normativi senza rinunciare agli aspetti di accudimento, di ascolto, di accoglienza, di maternage. Tener presente che il paziente è un malato psichiatrico, ma contemporaneamente è dedito all'uso di droghe. Occorre distinguere tra il gravame indotto dalla patologia e dai farmaci e i comportamenti manipolatori tesi ad ottenere dei benefici secondari. Il tutto nella concitazione della vita quotidiana caratterizzata dalla gestione contemporanea dei singoli e del gruppo, dalla distribuzione dei farmaci e dall'attenzione per l'igiene in cucina e in casa, dalla gestione dell'ordinario, degli imprevisti, delle emergenze, dalla conduzione dei colloqui educativi individuali e delle dinamiche di gruppo.

Qual è il punto di forza centrale per lavorare con questi pazienti?

L'équipe. Lavorare con questi pazienti è certamente molto impegnativo. La depressione, la follia, il vuoto affettivo e il senso di morte con cui l'educatore deve avere a che fare quasi quotidianamente stando a contatto con questi pazienti sono difficili da affrontare da soli. Condividere il proprio agire educativo con un'équipe affiatata e ben strutturata sostiene il lavoro dei singoli e ripara dal burn-out.

Già, il burn-out, malattia professionale di chi esercita una professione d'aiuto. Come si difende da questa sindrome chi fa un lavoro educativo?

Sapendo quello che si fa, dando un senso al proprio agire, riconoscendo i piccoli segni, i sintomi del cambiamento di cui si parlava prima, avendo aspettative realistiche su questi pazienti, con la consapevolezza che siamo solo un elemento, limitato nel tempo e nello spazio, del loro percorso terapeutico e della loro condizione umana.

Quali aspettative hai circa il futuro dei pazienti di cui ti occupi?

Dipende dalle loro peculiarità. Per tutti, che riescano ad essere consapevoli della loro malattia e a convivervi, senza far ricorso all'uso di droghe o all'abuso di farmaci o, perlomeno, che ne facciano un uso più limitato rispetto al periodo precedente all'ammissione al nostro Centro terapeutico. Per alcuni, poi, che possano partecipare ad una attività lavorativa, seppur in un ambito protetto e, magari, vivere da soli in un proprio appartamento.

Sono aspettative realistiche?

Per alcuni. Per molti sarebbero raggiungibili, e mantenibili, se dopo Villa Argentina vi fossero altri interventi d'aiuto tesi a mantenere gli obiettivi raggiunti con tanta fatica nell'arco di tempo trascorso da noi. Purtroppo i nostri pazienti, per la loro stessa condizione, sono molto fragili e senza un adeguato sostegno perdono facilmente quanto hanno acquisito in termini di autonomia.

La tossicomania quanto e in che modo influisce su questi pazienti?

Molto. L'abuso di sostanze apre spesso la strada al deterioramento del quadro psichico, allo scompenso, rendendo necessari in alcuni casi dei ricoveri in clinica. Oltre, ovviamente, a compromettere le loro già limitate abilità sociali.

Avete gestito degli scompensi nella vostra struttura?

Sì, con grande fatica e dispendio di energie. Noi non siamo una struttura preposta alla gestione della fase acuta della malattia, ma in alcuni casi si è fatto il possibile per evitare il ricovero in clinica, temendo che questo avrebbe ulteriormente peggiorato la situazione, favorendo nel paziente una regressione ulteriore. In alcuni casi ci si è riusciti, in altri no, ricorrendo infine alle cure in clinica.

Che cosa ha comportato gestire uno scompenso?

Una grande fatica per gli educatori e anche per il gruppo dei pazienti. Un paziente in fase di scompenso è difficilmente gestibile in una casa come la nostra. Perde il contatto con la realtà, è soggetto ad allucinazioni, è difficilmente coinvolgibile nelle attività di vita quotidiana, ha i ritmi circadiani alterati, tende a non dormire, tenendo sveglio l'educatore fino alle tre, quattro di notte, fuma in modo compulsivo ovunque, anche a letto, con i pericoli che si possono immaginare. I farmaci che gli vengono somministrati spesso non hanno l'incidenza che il medico si aspetta e a poco vale aumentare la posologia. In queste circostanze la funzione dell'educatore è quella di effettuare un controllo serrato sui comportamenti del paziente, affinché non si faccia e non faccia del male, mettendo in atto quel tanto di contenimento che riesce nel tentativo di limitare l'ansia debordante del paziente. Ha anche la duplice funzione di proteggere il paziente

dall'aggressività di ritorno del gruppo e il gruppo dall'instabilità emotiva che una situazione del genere crea in persone che hanno a loro volta vissuto momenti del genere.

Ci sono mai stati episodi di violenza?

Agita no, ma latente nell'aria sì. Prima che la situazione degeneri si mettono in atto strategie di contenimento comportamentale. Noi non sediamo con le flebo i pazienti, né li leghiamo al letto, perché siamo in una struttura che non è preposta a questo tipo di intervento. Prima che capiti il peggio l'educatore chiede aiuto ai colleghi o, in mancanza di questi, ai pazienti più capaci, per stare intorno, magari a debita distanza, al paziente in questione. Avere di fronte cinque o sei persone a volte è sufficiente al paziente per fargli avvertire una forma di fermo contenimento e di limite alla sua angoscia. Si procede poi, se necessario, a far intervenire l'ambulanza, magari supportata da una pattuglia della polizia, per una diagnosi medica che valuti l'urgenza di un ricovero in clinica psichiatrica. In genere, in queste condizioni, il paziente acconsente al ricovero in modo volontario, evitando un intervento di forza che è sempre spiacevole. Solo una volta, in questi anni, la polizia ha dovuto ricorrere ai metodi forti per caricare sull'ambulanza un paziente affetto da ebbrezza patologica.

Hai mai avuto paura?

Sì, una volta, ma non nelle situazioni appena descritte. Mi stavo occupando di una paziente schizofrenica in fase di scompenso psicotico. Ho incontrato il suo sguardo e non vi ho trovato alcun aggancio. Non vi era comunicazione alcuna. Era come se fosse, o se fossi, su un altro mondo, separato. Nulla di quanto le passasse per la mente mi era noto. Tutto vi poteva quindi transitare. Ebbi paura dell'abisso oltre quello sguardo, dell'ignoto. Ho ricacciato indietro quei pensieri e ho continuato a lavorare. La notte ero in turno, ho chiuso a chiave la porta della mia camera, come sempre, ma quella volta contento che la procedura lo prevedesse. Di quello sguardo, e delle mie emozioni, ne ho poi parlato in supervisione d'équipe.

Tu non sei un infermiere, ma un educatore. Cosa ne pensi dei farmaci che vengono somministrati in abbondanza a questi pazienti?

Per essere più precisi stiamo parlando di psicofarmaci. Ritengo che senza di essi il nostro lavoro, come quello di altre figure professionali, non sarebbe fattibile. Possiamo dire che lo psicofarmaco fa parte dell'équipe. E' uno degli attori della terapia. Senza il neurolettico, l'antipsicotico, il paziente non sarebbe in condizione di avvantaggiarsi di qualsivoglia intervento educativo, senza i farmaci sedativi, l'instabilità emotiva sarebbe talmente alta da vanificare ogni sforzo dell'educatore. Il farmaco è un grande alleato del paziente e dell'educatore. Spesso costituisce la condizione preliminare per attuare quegli interventi riabilitativi che permetteranno una successiva diminuzione dei farmaci. Con una immagine si può dire che il paziente è soggetto ad una bilancia con due piatti. Tanto meno sarà in condizioni di recepire un intervento educativo, o psicologico, tanto più sarà necessario intervenire con dei farmaci. Mano a mano che, proprio grazie ai farmaci, potrà avvalersi di un lavoro educativo, si potrà ridurre il contributo farmacologico. I due piatti della bilancia, quello farmacologico e quello socioeducativo, non vanno visti in antitesi l'un l'altro, ma complementari per il benessere del paziente. Secondo i tempi e le circostanze l'uno o l'altro avranno più peso. Entrambi dovrebbero accompagnare per sempre il paziente. Purtroppo, una volta scaduto il tempo della terapia, in difetto della presenza degli educatori si ricorrerà ad un aumento degli psicofarmaci, ma non è la stessa cosa.

Cosa apprezzano questi pazienti in particolare durante la terapia in Villa Argentina?

Il senso di sicurezza e protezione (dall'uso di droghe, ma anche dal mondo esterno), il calore umano con il gruppo e in particolare nella relazione con gli operatori, pur con le debite distanze, perché un'eccessiva empatia non è a volte tollerata. Una volta usciti dal Centro si ritrovano sovente nella solitudine relazionale, che tendono a contrastare facendo ricorso all'abuso di psicofarmaci, alcool e droghe.

Perché fai questo lavoro? Ti diverti in questo mestiere?

Il lavoro di educatore per farlo bisogna divertirsi, altrimenti uno si spara. Vi è tutta la fatica del vivere calata nel lavoro. L'educatore professionale lavora prevalentemente nell'area del disagio conclamato: handicap, minori, psichiatria, tossicodipendenza, marginalità sociale, carcere, anziani. Se non si trovano elementi di piacere, di divertimento, si finisce per rovinare la vita a se stessi e alle persone che ci vengono affidate. Ognuno poi trova delle strategie personali per arrivare alla pensione con questo lavoro. Personalmente ho trovato utile fare una miscellanea composta dal lavoro agricolo utilizzato a fini educativi e riabilitativi (prima con i ragazzi handicappati mentali, ora con i pazienti psichiatrici e tossicodipendenti), dalla formazione permanente (ogni anno, o quasi, ho seguito un corso di studi o di formazione, per accrescere la mia professionalità) ed infine l'attività come formatore di altri educatori o operatori sociali, attuata per ora in modo sporadico ed occasionale, ma che dovrebbe in futuro ricoprire uno spazio maggiore. Come indicazione generale possiamo anche tener presente che quando un contesto di lavoro non appassiona più, è solo routine, è meglio cambiare ambito di lavoro e spostarsi verso una nuova casistica, che ponga nuovi problemi e che attivi nuove risorse.

Si fanno errori?

Come in tutti i lavori si compiono errori, e quanti, anche nell'ambito educativo. Il problema è riconoscerli e farne qualcosa di utile per sé e per i pazienti. Lavorare in équipe è una garanzia per limitare e controllare gli errori. L'attenzione all'errore in ambito lavorativo sanitario ed educativo sta ottenendo ultimamente un'attenzione maggiore rispetto al passato. Credo che debba essere un aspetto privilegiato della futura ricerca.

Le parti che seguono vogliono essere una riflessione personale di quelle che sono le risorse e le problematiche, che l'educatore professionale si trova ad affrontare nel lavoro con il paziente in doppia diagnosi.

In particolare, tale riflessione è il risultato del mio sperimentarmi concreto, in qualità di educatrice professionale, nel corso dello stage effettuato presso il Centro Terapeutico "Villa Argentina".

4.2. GLI STRUMENTI

Tra le risorse che l'educatore ha a sua disposizione nel lavoro quotidiano, all'interno di una Comunità, con questo tipo di pazienti, c'è sicuramente la relazione e la sua capacità empatica.

L'incontro con l'altro in ambito educativo porta con sé una valenza particolare, l'educatore professionale non incontra semplicemente una persona come tante, ma quella persona particolare, in quel momento particolare.

Da ciò, l'importanza del "qui e ora", soprattutto per questi pazienti, del considerare il contesto in cui il soggetto si trova, in quel dato momento.

L'agire educativo, libero dai pregiudizi della diagnosi, può andare a scoprire l'altro, la sua storia, la sua sofferenza e da lì partire per costruire una **relazione** significativa, che rappresenta l'unica strada per inserire anche il più piccolo cambiamento.

Il significato della relazione sta anche nella possibilità che dà di agganciare l'altro.

Mi riferisco ai diversi momenti all'interno della vita comunitaria in cui l'educatore si trova a "fare con" il residente, dalle piccole attività quotidiane, ai lavori più strutturati.

Il sostenere, l'aiutare, portano al formarsi di una fiducia reciproca, di un'alleanza, che sono la base per quello che sarà il percorso riabilitativo.

Mi sono trovata più volte, all'interno del Centro, a supportare, guidare, i residenti in svariate attività, e questo ha permesso il formarsi, in alcuni casi, di relazioni significative.

Ricordo, in particolare, una paziente che ho seguito più direttamente rispetto ad altri: mi sono occupata di sostenerla nell'organizzazione del trasloco di tutto quanto era rimasto nel suo appartamento.

La relazione con lei e, soprattutto l'entrare nella sua casa, ha significato entrare nel suo mondo e nel suo passato, nei ricordi. Tutto ciò ha permesso l'instaurarsi di una fiducia, grazie alla quale si è potuto portare avanti il progetto.

Non voglio, però, dire che basta una buona relazione per lavorare con queste persone, infatti, non sono mancati momenti di difficoltà nei quali la paziente, per quello che emotivamente andava a significare quanto stavamo facendo, è stata sfuggente e poco collaborativa.

Questa particolare esperienza è stata significativa perché, oltre ad aver conosciuto la storia di un'altra residente del Centro, ho potuto vivere direttamente il lavoro educativo: il supportarla in certi momenti; il suo bisogno di rassicurazione misto a una parvenza di capacità di essere autonoma; la necessità di avere una guida nell'organizzazione che, al di là dell'organizzazione pratica, vuol dire bisogno di "riorganizzare" se stessa e la propria vita; ma anche contenimento e fermezza nei momenti in cui prevalevano le vecchie modalità di funzionamento (l'abbandono delle responsabilità, la confusività, il disordine mentale).

Tutto quello che è stato fatto con lei non sarebbe stato possibile senza la **capacità empatica**, che mi ha permesso di sentire e capire quelli che, di volta in volta, erano i suoi stati d'animo e i suoi bisogni, e mi indirizzava nell'agire educativo.

Grazie all'empatia ho potuto "leggere" quelli che per lei erano i significati di ogni cosa che facevamo insieme, e questo mi ha permesso di modulare la mia azione, in certi momenti più vicina e presente perché era ciò di cui aveva bisogno, in altri più lontana, quasi ad osservarla con discrezione, nel rispetto dei suoi tempi.

4.3. LE DIFFICOLTA'

Nel lavoro con questa tipologia di utenza, tra le diverse problematiche che vi sono e di cui mi sono già occupata nel corso di questo lavoro, ho potuto riflettere più a lungo su alcuni aspetti che, a mio parere, non sempre sono di facile gestione.

Il rapportarsi con la sofferenza psichica, fortemente presente in questi pazienti, avvicina ad una realtà estremamente distante da quella che noi conosciamo.

In particolare, **l'incontro con la psicosi** suscita sensazioni su cui è importante, a mio parere, soffermarsi.

Nella relazione con un residente schizofrenico mi sono avvicinata al suo mondo di sofferenza psichica ed ho percepito come una sensazione di vuoto, come uno stare in una terra sconosciuta, di cui niente risulta essere lontanamente familiare.

Nello stare con lui, in alcuni momenti, ho avvertito una sensazione di tutto e niente insieme, di profonda instabilità e incertezza; sensazioni che non si riescono quasi a definire, inspiegabili.

Elaborando questo vissuto, durante gli incontri di “supervisione stagiaires”, ho potuto riflettere sull'importanza del **controtransfert**, grazie al quale si può percepire una parte della profonda angoscia che questi pazienti sentono e da ciò ribilanciare gli interventi educativi.

Il sentire, per un momento soltanto, quanto può essere disorientante e privo di senso quello che questi soggetti provano, diventa utile, dal mio punto di vista, per ridimensionare le nostre aspettative, per pensare, in questi momenti, ad interventi di accudimento e protezione. Il bisogno del paziente, infatti, diventa prima di tutto quello di ritrovare un equilibrio psichico, che però non sempre è facile da raggiungere.

All'interno dell'ambiente comunitario non viene gestito il paziente nella fase dell'acuzie, ma vi sono casi, come quello sopraccitato, in cui il soggetto attraversa un periodo nel quale la patologia si manifesta più marcatamente.

In queste occasioni, che si dimostrano abbastanza complicate nella gestione, è importante un intervento di contenimento (anche con l'ausilio di farmaci), per quanto possibile, e di attenta osservazione da parte di tutta l'équipe.

E' importante che venga accolta la sofferenza e che si mettano in atto delle misure di protezione, rispetto ad uno scompenso e al rischio di ricaduta nelle sostanze.

La difficoltà del gestire queste situazioni sta anche nel considerare il gruppo, il resto dei residenti, che spesso vivono il tale paziente e la sua sofferenza come lo “specchio” di quello che sono o sono stati anche loro, con tutte le implicazioni che questo comporta.

Un'altra questione che più volte ritorna nel lavoro con i pazienti a doppia diagnosi, e che gli educatori vivono spesso come problematica, è la capacità di valutare se in un dato momento la parte tossicomane è prevalente su quella psichiatrica o viceversa.

Saper valutare se prevalgono, in una certa situazione, **aspetti tossicomani o aspetti psicopatologici**, è importante al fine di orientare l'intervento educativo.

Come già visto precedentemente, il lavoro con questi soggetti si muove sull'asse contenimento-accudimento: il funzionamento tossicomane richiede un'azione di contenimento a livello normativo, mentre la patologia psichica necessita di un sostegno, un supporto che si avvicinano al maternage, in alcuni casi.

La difficoltà sta nel fatto che, nonostante un paziente sia strutturalmente psicotico, può attraversare una fase che si può definire di “conclamazione tossicomane”, dove non si possono escludere la messa in atto di comportamenti smaccatamente manipolatori, di rilevanza trasgressivi o di incontenibile craving.

In questi casi l'operatore può essere messo “in scacco” perché non coglie tale componente “tossica”, rimanendo un po' prigioniero di una visione eccessivamente psichiatrizzata del soggetto.

La questione si risolve, prima di tutto, adottando una visione individualizzata e che parta, nella valutazione, dal “qui e ora”, da quello che è il momento e il contesto che si sta vivendo.

Personalmente credo che, al di là di quanto appena detto, non bisognerebbe dimenticare che il paziente non è formato da due parti distinte e che in un momento si manifesta una, in un altro l'altra; come più volte ribadito, la “doppia diagnosi” non è la semplice somma del sistema tossicomane e della struttura psicopatologica, ma è un quadro completamente nuovo in cui i due sistemi si influenzano e rinforzano a vicenda.

Perciò qualsiasi comportamento messo in atto dovrebbe essere letto anche, semplicemente, come comportamento specifico di quella data persona, non del “tossicodipendente” o dello “psicotico”, ma caratteristica di quell’individuo.

In ultimo, ritengo interessante riflettere sul **senso di frustrazione e fallimento** che questi pazienti e il lavoro con essi può suscitare.

La complessità del quadro clinico, la gravità della patologia psichiatrica, le logiche tossicomane attraverso le quali essi agiscono e la cronicizzazione sono tutti aspetti con cui l’educatore si trova a dover fare i conti e che possono metterlo in “scacco” a livello di senso del proprio agire educativo.

E’ importante, a mio parere, che l’educatore abbandoni la logica onnipotente perché questa, oltre a nuocere a se stesso, non sarebbe di nessuna utilità nemmeno per il paziente.

Occorre partire dal presupposto che, per esempio, la ricaduta fa parte del percorso riabilitativo; è sicuramente una sconfitta, ma in particolare lo è per il soggetto, che in tal caso andrà ancora di più seguito e protetto.

Bisogna considerare che la tossicodipendenza è una relazione tra la persona e la sostanza, che tra le sue caratteristiche ha una grande forza nell’automantenersi. Il tossicodipendente è un soggetto che si può dire eternamente insoddisfatto, e che anche noi, come educatori, difficilmente possiamo soddisfare.

La situazione in questi pazienti è, poi, complicata dalla patologia psichiatrica, che spesso volte ha già assunto valore di cronicità, e che perciò non sempre lascia ampi spazi di cambiamento.

L’educatore si trova, quindi a misurarsi su un piano di difficile ricostruzione di un benessere psicofisico; di un ripristino di semplici competenze, come la cura di sé; di ricerca di un’equilibrio spesso volte debole. E, in molti casi, per la gravità della condizione psichica e per l’ “incancrenirsi” di strategie di funzionamento, si troverà a pensare nella logica della riduzione del danno.

Ritengo utile sottolineare come, la riduzione del danno non vuol dire né arrendersi, essere sconfitti e vivere un fallimento, né tanto meno lavorare con il cinismo di dire: “tanto quella persona sarà sempre così”.

Occorre uscire dalla logica: “guarito” o “ormai finito”; per ricondurre l'intervento educativo con questi pazienti alla curabilità.

Allora, anche la riduzione del danno non significherà un'alternativa a cui arrendersi, ma una presa in carico e un prendersi cura, che parte da un'osservazione attenta delle risorse e dei deficit e dalla possibilità che quel soggetto ha di accogliere il nostro intervento.

4.4. I SOSTEGNI

Voglio dedicare l'ultima parte di questo capitolo, a quelli che rappresentano gli aiuti che l'educatore ha, per gestire la complessità del suo lavoro con questa tipologia di utenza.

Gli operatori che lavorano con questi pazienti sono esposti ad un carico emotivo e professionale spesso gravoso e frustrante, e al rischio del burn-out.

E' importante avere sempre chiaro quale è il senso del proprio agire, per fare questo occorre che l'educatore abbia una certa disponibilità e capacità di riflettere su ciò che fa, una capacità di **autoservazione, un'attitudine autoriflessiva**.

Queste abilità gli permetteranno anche di riconoscere e distinguere eventuali interferenze ideologiche, soggettive ed emotive nel proprio operare con il paziente, in modo da cogliere le potenzialità evolutive e non soltanto i limiti, e da sviluppare proposte relazionali e terapeutiche.

Un altro punto centrale nella gestione della complessità di questi soggetti è rappresentato dal sostegno dato dall'**équipe**.

L'équipe permette di non sentirsi soli di fronte alla sofferenza, all'angoscia, al vuoto; fornisce un importante aiuto, in quanto l'educatore può condividere il proprio agire con i suoi colleghi e lo scambio reciproco può essere da stimolo e protezione dal burn-out.

Un altro strumento, che risulta fondamentale nel buon funzionamento di un'équipe e nel sostegno all'azione dei singoli operatori, è la **supervisione**.

La supervisione aiuta gli educatori a cogliere meglio il significato delle azioni dei pazienti e a capire cosa suscitano in loro, a fornire strumenti di pensiero che permettano loro di agire con più libertà nei loro confronti.

Essa rappresenta un ambito di riflessione che permette agli operatori di proporre, attraverso la comunità, relazioni terapeutiche che sostengano i pazienti stessi nell'acquisizione di consapevolezza, relazioni che comportino il gestire con creatività le emozioni e le situazioni.

L'équipe dovrebbe, da un lato, dotarsi di una struttura affettiva ed organizzativa solida, tale da contenere i disagi portati dai pazienti, dall'altro saper cogliere con interesse la dimensione surreale che, spesso, essi creano con il loro agire.

E ciò è possibile, anche, attraverso l'analisi delle fantasie, dei comportamenti non sempre perfetti, della cultura che evolve nel cammino storico dell'équipe stessa, con tutte le sue trasformazioni.

In ultimo, voglio aggiungere, come aiuto nell'operare, giorno dopo giorno, con pazienti così impegnativi, l'importanza della formazione fatta all'interno della struttura in cui si lavora.

La **formazione continua** permette di avere uno spazio dove non solo si acquisiscono informazioni e metodologie professionali, ma anche dove si può coniugare quanto vissuto nell'esperienza con quanto la teoria indica, in modo tale che quest'ultima possa fornire delle risposte che si possano realmente adattare al lavoro che quotidianamente viene svolto.

CONCLUSIONI

Questo lavoro ha voluto essere un'analisi del fenomeno “doppia diagnosi” dal punto di vista di una futura educatrice, quindi non pretende certo di essere esaustivo di tutti gli elementi che ruotano intorno al tema della comorbidità psicopatologica nell'area della tossicodipendenza.

La “doppia diagnosi” investe, infatti, anche numerose problematiche a livello organizzativo e amministrativo, rispetto alla gestione dei Servizi psichiatrici e per le tossicodipendenze, e il dibattito in Italia è ancora aperto.

Il mio intento, invece, è stato quello di partire da una riflessione circa il termine “doppia diagnosi”, riflessione che naturalmente è stata impregnata di quello che è il significato della “diagnosi” per un educatore.

Nell'agire educativo la diagnosi rappresenta solo una mappa, non il territorio che si andrà, con difficoltà, a scoprire.

E' stato, perciò, facile “sganciarmi” velocemente da falsi problemi di classificazione che vogliono ricondurre la questione a definire quale è questa sorta di nuova “specie” di tossicodipendenti.

Così la riflessione si è spostata sulle persone, che così vengono etichettate, per incontrare loro, prima ancora della loro diagnosi.

La problematica reale, quindi, che è mia volontà emerga da tale lavoro, è legata alla complessità di questi pazienti e delle risposte trattamentali che li vedono protagonisti.

Sono persone, quali ho potuto incontrare nel corso del mio stage al Centro Terapeutico “Villa Argentina”, che segnalano il disagio acuto di coloro che non accettano il destino in cui si trovano costrette e che manifestano con sintomi il loro bisogno disperato e non propositivo di cambiamento.⁴⁵

L'incontro con loro è stato l'incontro con la sofferenza, con storie di conflitti, di turbamenti, di droga a cui si sono aggrappati, di fallimenti famigliari o lavorativi, di dolore psichico, di solitudine.

⁴⁵ L. Cancrini, citazione in F. Bortolanza, *Rapporto di attività “Villa Argentina”*, 2001.

Nel loro passato ci sono spesso plurimi ricoveri in psichiatria e una deriva sociale che li ha portati ad abitare in una sorta di “terra di mezzo” tra l’essere tossico e l’essere folle. E in quella “terra di mezzo” si situa il lavoro dell’educatore, che in queste situazioni acquista tutta la complessità del suo essere ed è spinto inevitabilmente ad interrogarsi sul senso del “prendersi cura”, sul lutto rispetto alla guarigione, sulla “pesantezza” che può avere l’accettazione della cronicità.

Queste sono le sfide che investono il significato che la “doppia diagnosi” ha per il lavoro dell’educatore professionale, e sono i motivi che mi hanno affascinato e stimolato nel mettere nero su bianco questo lavoro.

Di grande stimolo è stato, poi, vedere che quanto leggevo sull’argomento, trovava un’applicazione pratica nel lavoro con i residenti di “Villa Argentina”.

Scoprire quelle che sono le metodologie operative, che devono partire dagli specifici bisogni che il paziente ha, in quel dato momento e contesto, e rilevare quanto il ruolo dell’educatore professionale è significativo, è stato per me estremamente arricchente.

Le considerazioni conclusive che mi sento di fare sono riferite all’importanza che questa figura professionale può rivestire con questi soggetti.

La relazione educativa è la porta d’ingresso per poter lavorare con loro, per cogliere le loro necessità, per poter anche solo pensare a qualsiasi tipo di cambiamento.

Da lì, l’educatore metterà in atto le strategie di accudimento e contenimento, e, con la condivisione dell’équipe e del paziente stesso, potrà pensare a possibili percorsi.

Posso affermare che questo lavoro mi è stato molto utile, oltre che per l’approfondimento teorico di quella che è la realtà della tossicodipendenza con comorbidità psicopatologica, per l’aver arricchito il mio bagaglio esperienziale, attraverso l’esperienza al Centro “Villa Argentina”, e, soprattutto, per avermi fornito spunti interessanti di riflessione sui quali interrogarmi come educatrice professionale.

BIBLIOGRAFIA

TESTI:

- R.C. Gatti, *Lavorare con i tossicodipendenti*, quinta edizione, Milano, FrancoAngeli, 1996;
- G. Zanusso, M. Giannantonio, *Tossicodipendenza e comunità terapeutica*, Milano, FrancoAngeli, 1996;
- P. Rigliano, *Indipendenze*, Torino, Edizioni Gruppo Abele, 1998;
- L. Pinkus, *Tossicodipendenza e intervento educativo*, Trento, Edizioni Centro Studi Erickson, 1999;
- A. Fioritti, J. Solomon, *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*, Milano, FrancoAngeli, 2002;
- P. Rigliano, L. Rancilio [a cura di], *Tossicomania e sofferenza psichica. Le buone prassi nella "doppia diagnosi"*, Milano, FrancoAngeli, 2003;
- P. Rigliano, *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2004;
- P. Rigliano, *Piaceri drogati*, Milano, Feltrinelli Editore, 2004;
- A. Bonetti, R. Bortino, *Tossicodipendenza e doppia diagnosi: la relazione d'aiuto in Comunità*, Milano, FrancoAngeli, 2005.

ARTICOLI DI RIVISTE:

- M. Clerici, G. Carrà, *Implicazioni cliniche della comorbilità per depressione nei disturbi da uso di sostanze*, Bollettino OMS di Salute Mentale & Neuroscienze, novembre 1997, Vol. 3, numero 4;
- P. Rigliano, P. Miragoli, *Tossicomania e sofferenza mentale. La questione della doppia diagnosi*, Rivista sperimentale di Freniatria, giugno 2000, Vol. CXXIV;
- G.G. Alberti, P. Rigliano, E. Bivi, M.I. Grieco, P. Miragoli, *Il processo di cambiamento psicologico nel setting multipolare. Riflessioni e proposte*,

- Quaderni di Salute & Prevenzione, giugno 2004, numero monografico: “Il lavoro terapeutico nella doppia diagnosi”;
- C.L. Cazzullo, *Lo psichiatra e le tossicodipendenze. Rilievi storici e prospettive*, Quaderni di Salute & Prevenzione, giugno 2004, numero monografico: “Il lavoro terapeutico nella doppia diagnosi”;
 - M. Clerici, G. Carrà, *Psichiatria delle dipendenze. Un problema ancora irrisolto*, Quaderni di Salute & Prevenzione, giugno 2004, numero monografico: “Il lavoro terapeutico nella doppia diagnosi”;
 - R.C. Gatti, *La “Doppia diagnosi” vantaggi o limiti nella prassi operativa?*, Quaderni di Salute & Prevenzione, giugno 2004, numero monografico: “Il lavoro terapeutico nella doppia diagnosi”;
 - G. Mammana, *Doppia diagnosi. I cambiamenti e le integrazioni necessarie nei servizi e nel loro assetto clinico*, Quaderni di Salute & Prevenzione, giugno 2004, numero monografico: “Il lavoro terapeutico nella doppia diagnosi”.

MATERIALE WEB:

- R.C. Gatti, *La “doppia diagnosi” è più o meno di una diagnosi?*, www.droga.net/fuoco/2diagnosi.htm.

MATERIALE CONSULTATO PRESSO IL CENTRO TERAPEUTICO “VILLA ARGENTINA”:

- R. Steiner, *Intervista di F. Balli*, nel libro-testimoniaza “Ritornare a vivere”, 1994;
- Rapporto di attività “Villa Argentina”, 2000;
- Rapporto di attività “Villa Argentina”, 2001;
- L. Bolzani, *Verbale formazione interna Centro “Villa Argentina”*, 2002;
- S. Tagliati, *La presa a carico integrata in un contesto residenziale per pazienti tossicomani con doppia diagnosi. L'esperienza di Villa Argentina*, Lavoro di

Diploma Formazione Supplementare in Psichiatria Sociale, SUPSI, a.a. 2003/2004.

ALTRO MATERIALE:

- V. Marino, *slides utilizzate nell'ambito del Corso universitario "Sociologia della devianza"*, Corso di Laurea in Educazione Professionale, Università degli Studi dell'Insubria, Varese, a.a. 2005/2006.

Ringrazio sentitamente l'équipe del Centro Terapeutico "Villa Argentina", in particolar modo gli educatori professionali Mauro, Ivo, Rezio e Massimiliano che mi hanno stimolato e aiutato in questi ultimi mesi.