



COCAINA PROGETTO OCEANO

GIORNATA CONCLUSIVA DI STUDIO
25 SETTEMBRE 2015
FIRENZE

Coordinamento scientifico: Paola Trotta, Maria Rosaria de Maria

INDICE

- PREFAZIONE
Paola Trotta - Medico, Direttore Dipartimento Dipendenze, Referente del Progetto Oceano;
Maria Rosaria De Maria - Psicologa Psicoterapeuta Ser.T Fi Nord Ovest – ASL 10, Referente del
Progetto Oceano pag. 3
- PREVENZIONE MINORI E GIOVANI ADULTI: LA COCAINA “ATTRAVERSA” LA NORMALITA’
Marisa Artioli - Psicologa Referente Prevenzione Dipartimento Dipendenze Usl centro Firenze
.....pag. 4
- COCAINA TRA TRATTAMENTO E RIABILITAZIONE. I RUOLI DEL COD
Camilla Bertocci - psicologa educatrice Centro Luzzi, Silvia Ferretti - psicologa educatrice Centro
Luzzi, Mattia Capecchi - psicologo educatore Centro Luzzi..... pag. 6
- GRUPPO “COCAINA” CONDOTTO IN COLLABORAZIONE FRA I DUE SERT DEL QUARTIERE 1
E 2 DI FIRENZE
Patrizia Leonardi - medico tossicologo, Silvia Giani - psicologa psicoterapeuta
Unità Funzionale Sert FI/A pag. 11
- IL GRUPPO MOTIVAZIONALE PER COCAINOMANI
Azienda Sanitaria Firenze Dipartimento Dipendenze Ser.T U.F.M. C
Adriana Iozzi - Medico Psichiatra Direttore Ser.T U.F.M. C, Alessandro Orsetti Educatore
Professionale, Debora Vené Educatore Professionale pag. 13
- TRATTAMENTO DI PAZIENTI CON PROBLEMI CORRELATI ALL'USO DI COCAINA PRESSO IL
CENTRO IL CANNOCCHIALE DI SESTO FIORENTINO
Silvio Silvestri - Psicologo, U.F. Ser.T. Zona Fiorentina Nord-Ovest pag. 15
- SPECIFICITÀ DEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE COCAINOMANE IN UNA STRUTTURA
PUBBLICA
1986 – 2008 – 2015 “Poggio Ascianto”
Paolo Costantino - Psicologo/ Psicoterapeuta, Responsabile CT residenziale "Poggio Ascianto"
..... pag. 20
- L'ESPERIENZA DI VALLEROTANA
Umberto Paoletti – responsabile Comunità Vallerotana, Presidente INTER-CEART
..... pag. 22
- PERSEO 2008 esperienze e strumenti – attività 2008 - 2013
Groppi C. - Medico Neurologo, Tossicologo e Psicoterapeuta Ser.T. PT, già responsabile U.F.C. Assistenza
Tossicodipendenti e Alcolisti, ASL 3 , Michelozzi A.L. - Psicologo-Psicoterapeuta Gruppo Incontro PT,
responsabile Sede San Felice Pesticcio F., attuale Presidente Gruppo Incontro PT, Vignoli M. - Psicopedagogista,
già operatore Ceis PT pag. 24
- Adaptation of individual Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) to group treatment delivery for patients
with cocaine abuse or dependence
Marta Milianti - Dipartimento delle Dipendenze - U.O. Medicina delle Farmacotossicodipendenze -
Azienda USL 5 Pisa pag. 34
- PROGETTO CONOSCENZA
Paolo Fioravanti – CSF pag. 42
- VILLA LORENZI
Franca Buti, Stefano Superbi pag. 47

PREFAZIONE

Anche se con un po' di ritardo, siamo liete di pubblicare la raccolta degli atti di questa giornata di studio e di confronto che ha chiuso il progetto Oceano.

Oceano ha fatto parte dell'ampio impegno della Regione Toscana per la formazione e l'aggiornamento degli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale sulla cura del cocainismo, allo scopo di sviluppare azioni terapeutiche dedicate e specifiche.

Come possiamo vedere da questi atti, le cure si sono specializzate e radicate nei servizi e nelle strutture riabilitative e vedono gli operatori impegnati nello sviluppo di modalità e tecniche specifiche.

Indubbiamente, il consumo di cocaina ha raggiunto negli ultimi anni moltissime persone, appartenenti a tutte le componenti sociali ed è trasversale per età, scolarizzazione, occupazioni lavorative e appartenenza di genere.

Inoltre, soltanto negli ultimi due o tre anni, si è assistito ad un cambiamento di atteggiamento culturale, che non vede più la cocaina come una "non droga", ma comincia a percepirla i possibili effetti dannosi e a volte devastanti per la vita delle persone coinvolte.

Questi aspetti, hanno costretto i servizi a lavorare su un terreno molto nuovo rispetto all'utenza storica dei SER.D e delle Comunità.

E', ed è stata, una sfida stimolante che pensiamo i servizi pubblici e del privato sociale abbiano accolto e rilanciato, producendo azioni che stanno garantendo accoglienza ai consumatori di cocaina e ai loro familiari e servizi molto innovati. Servizi che sono in grado di accogliere consumatori di sostanze illegali e legali, ma anche giocatori d'azzardo e fumatori che intendono smettere, allineandosi con le ultime linee guida diagnostiche e terapeutiche che non focalizzano più solo la dipendenza patologica, ma tutti i comportamenti a rischio per la salute, legati a istanze compulsive e di difficile controllo.

Speriamo che gli scritti che seguono possano contribuire al dibattito culturale ed operativo in corso.

Dott.ssa Paola Trotta

Dott.ssa Maria Rosaria De Maria

Referenti Progetto Oceano

PREVENZIONE MINORI E GIOVANI ADULTI: LA COCAINA "ATTRAVERSA" LA NORMALITA'

A cura di
Marisa Artioli Psicologa Referente Prevenzione Dipartimento Dipendenze Usl centro Firenze

IN EUROPA

Danimarca, Svezia, Finlandia, Repubblica Ceca, Grecia 1-2% studenti 15-16 anni

Italia, Germania, Irlanda, Spagna, Regno Unito, 3%
Lettonia, Cipro, Francia, Belgio 4%

Complessivamente 7,5 milioni di giovani dichiarano di avere usato
almeno una volta nella vita su un totale di 12 milioni di europei che dichiarano di usarla.

IN ITALIA

E' nelle regioni settentrionali, eccetto Liguria, Emilia Romagna e in Campania che i giovani studenti mostrano un minor consumo di cocaina durante l'anno.

Per contro rispetto alla media nazionale, le prevalenze sono più
elevate nell'Italia centrale (eccetto la Toscana) e nelle regioni adriatiche meridionali (Abruzzo, Molise e Puglia) con valori compresi fra il 3 e il 3,7%.

NEGLI ULTIMI 9 ANNI

Alle regioni dell'Italia centrale spetta il primato della prevalenza rispetto alla media nazionale, ma sono quelle settentrionali che hanno gradualmente ceduto il passo a quelle meridionali sempre più interessate al consumo.

Modalità di utilizzo

Per il 61% dei 65.000 studenti che hanno utilizzato cocaina durante l'anno il consumo è stato occasionale (non più di 10 volte l'anno)

Il 28% ha avuto un utilizzo più assiduo (20 o più volte l'anno)

Quanto spendono?

CONSUMATORI OCCASIONALI

Il 58% di chi ne ha fatto uso durante l'anno non ha sostenuto nessuna spesa (di questi 7 su 10 sono consumatori occasionali)

Per il 7% la spesa è stata inferiore a 10 euro, mentre 1 su 4 ha speso 50 euro o più.

FREQUENT USERS

Fra i 18.000 frequent users il 28% riferisce di non avere speso soldi

Il 15% ha speso meno di 50 euro

Il 58% ha speso più di 50 euro

COME?

3 su 4 per sniffing

Il 39% fumando

Associata a stimolati, allucinogeni, e soprattutto cannabis (il 39% è un frequent user di cannabis)

Il 25% ha bevuto alcolici tutti i giorni

Il 4% ha usato esclusivamente cocaina

PERCHE'

Aspettativa di sentirsi meno stanchi

Più carichi di energia per ballare

Più sicuri di sé

Più socievoli

Più allegri

Più lucidi mentalmente

Rito dello sniffare considerato "un rito speciale"

La cocaina viene usata spesso in occasioni "speciali"

Molti utilizzatori riferiscono che la cocaina può essere usata tranquillamente in situazioni diverse perché permette il controllo su di sé al contrario dell'ecstasy p.e.

PERCHÉ NON USARLA TROPPO SPESSO

Spesso le conseguenze negative della cocaina rappresentano tra i giovani e meno giovani la ragione per **regolarne l'uso**, ma non necessariamente per **smettere**

Motivi finanziari

Effetti fisici postumi come sanguinamenti dal naso

Paura della dipendenza (la cocaina genera un desiderio di assumerne sempre di più)

“COCAINA TRA TRATTAMENTO E RIABILITAZIONE. I RUOLI DEL COD”

CENTRO LUZZI: UNA VISIONE GENERALE

Nel 1993, anno in cui non esistevano strutture disponibili ad accogliere utenti ancora in fase di detossicazione, ha inizio l'attività del “Centro Osservazione tossicodipendenze - Luzzi” come servizio di detossicazione “protetta” in ambito residenziale e comunitario.

Il Centro Luzzi, ad oggi rinominato Centro di Osservazione- Diagnosi, Disintossicazione e Orientamento “Luzzi/Casa Emilia”, accoglie uomini e donne tossicodipendenti, alcol dipendenti, poliassuntori, prevedendo tempi di permanenza di circa 3 mesi. L'intervento terapeutico punta così ad intensificarsi, in funzione di una miglior osservazione e conoscenza dell'utente, delle sue problematiche, delle sue resistenze al cambiamento. Il Centro Luzzi nel suo essere un COD offre un contenimento protettivo di fronte alla situazione di crisi rappresentata dall'allontanamento dalle sostanze e, ove necessario, dalla somministrazione di una terapia a scalare.

La struttura prevede:

- La possibilità di disintossicarsi all'interno di un ambiente protetto. Il rapporto con l'esterno risulta limitato al fine di favorire il distacco dalla vita precedente e un graduale adeguamento alle regole e ai ritmi della struttura.
- L'elaborazione di una valutazione diagnostica multidisciplinare.
- L'accompagnamento e il sostegno dell'utente in fase di stabilizzazione verso un eventuale progetto concordato con il servizio inviante.

Gli obiettivi generali della struttura sono pertanto la disintossicazione, l'osservazione, l'orientamento e la valutazione clinico-diagnostica:

- L'Osservazione è uno strumento operativo che agisce su vari livelli: sul singolo utente, sul gruppo, sull'agire educativo. L'osservazione partecipata consente all'educatore di cogliere aspetti relazionali, cognitivi, corporei del soggetto e di avere un ruolo attivo all'interno della situazione, mantenendo allo stesso tempo una certa distanza. Inoltre, osservare il gruppo utenti significa anche acquisire informazioni sul suo funzionamento, evidenziarne le dinamiche, le aree di potenzialità e di problematicità. Durante il percorso, all'osservazione partecipata si affianca l'osservazione mirata, volta a rilevare in modo più specifico capacità, competenze, atteggiamenti del singolo utente. L'azione orientativa si realizza fin dalle primissime fasi, a partire dalla costruzione di uno spazio-tempo rassicurante e strutturato, in cui l'individuo si possa ri-orientare in primis recuperando e valorizzando i propri vissuti corporei e sensoriali, per poi articolarsi ed ampliarsi durante tutte le fasi del percorso. Ri-orientarsi quindi presuppone il sentire, l'ascoltare e il prendere consapevolezza dei propri ritmi biologici, della ripresa del proprio corpo, della cura di sé, dello spazio e del senso del tempo. Orientamento in senso ampio, come processo atto inoltre a stimolare nella persona la percezione dell'altro e la motivazione ad individuare e scegliere un percorso successivo, sia esso territoriale o comunitario.

L'Accoglienza all'interno del Centro Luzzi è quindi intesa non solo come una fase iniziale del percorso legata ad un tempo ed uno spazio, ma come dimensione costante dell'agire e del pensare educativo e relazionale. Accoglienza come strumento indispensabile per lo stabilirsi di un'iniziale alleanza terapeutica e per mantenerla feconda e produttiva per tutta la durata del percorso. L'atmosfera supportiva che viene a crearsi è alimentata costantemente dalla Relazione Educativa: l'educatore svolge la funzione di “provocatore di senso”, mirando sia a un recupero del piano di realtà sia all'introduzione di “elementi vitali”, da contrapporre a visioni di sé confuse e mortifere. Ciò presuppone una graduale emancipazione del soggetto dallo stato di dipendenza a favore di una progressiva crescita personale. I Colloqui Individuali tra utenti ed educatori mirano a favorire oltre alla dimensione di gruppo anche uno spazio individuale, che consenta di valorizzare e potenziare le “parti sane” del soggetto e la ripresa della fiducia in sé. Inoltre spesso le produzioni mentali ed emotive dell'utente in disintossicazione risultano confuse e disordinate, richiedendo un contenimento nel qui ed ora, in attesa di una rielaborazione approfondita con la psicologa.

- La Riunione d'équipe settimanale è il punto di convergenza del personale operante. Prevede la partecipazione congiunta degli operatori del Centro e delle figure professionali del SerT (Psicologa, Medico, Assistente Sociale). In questo spazio di elaborazione e di sintesi vengono discussi i programmi dei singoli utenti, a partire da valutazioni sul presente (il quotidiano, la compatibilità con il programma, la condizione fisica e psicofisica, ambito familiare e lavorativo) fino alla costruzione di percorsi successivi alla disintossicazione.

USO DI COCAINA: BREVE ACCENNO AI DATI EUROPEI, ALL'UF SERT NORD-OVEST, FINO AL CENTRO LUZZI

Nel panorama Europeo, dalla relazione dell'*Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze* (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction o EMCDDA) del 2015 emerge che la cocaina è lo stimolante illecito consumato più frequentemente in Europa, con una maggiore incidenza nei paesi meridionali e occidentali (EMCDDA, 2015).

Nel 2014 in Italia è stato rilevato un aumento degli individui in trattamento per cocaina (+2%) e una diminuzione dei soggetti in trattamento per l'uso di oppiacei (-3%) (Dipartimento Politiche Antidroga, 2014). In accordo con questo dato, la cocaina risulta la sostanza illecita più diffusa in Italia dopo la cannabis (Dipartimento Politiche Antidroga, 2015).

Spostandoci all'interno del territorio dell'Azienda Sanitaria di Firenze il numero di soggetti con problematiche legate all'uso di sostanze illegali risulta nel 2014 in lieve aumento, con dati tendenzialmente stabili riferiti alla sostanza primaria di uso/abuso: 69,3% dei soggetti si presenta ai Ser.T per eroina, il 16,8% per cocaina, il 13,4% per l'hashish.

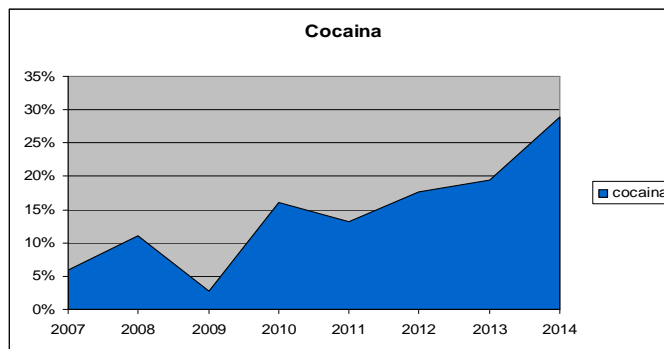
Di particolare interesse è il fatto che se si considerano i "nuovi" utenti in carico nel 2014 la quota di soggetti in trattamento per eroina diminuisce al 41,6% e al contrario aumenta rispetto all'anno precedente la percentuale dei soggetti che usano cannabinoidi (33,4%) e di coloro che usano primariamente cocaina (24,3%) (Azienda Sanitaria di Firenze, 2015).

Andando a vedere la distribuzione degli utenti all'interno delle varie Unità Funzionali e Zone dell'ASF (Azienda Sanitaria di Firenze) notiamo che il territorio della Zona Nord Ovest di Firenze presenta la più alta concentrazione di soggetti dediti all'uso di cocaina come sostanza primaria (24,0%) rispetto alle altre Unità Funzionali del territorio (Tabella 7 p.38, da *Bollettino 2014 e andamento nel periodo 1996-2014*).

Unità Funzionali e Zone	Eroina	Cocaina	THC	Altro	Totale
Zona Firenze	72,4%	16,3%	10,9%	0,5%	100,0%
Zona Nord Ovest	65,2%	24,0%	10,8%	0,0%	100,0%
Zona Sud Est	62,9%	13,2%	22,5%	1,4%	100,0%
Zona Mugello	64,2%	14,0%	21,4%	0,5%	100,0%
Totale	69,3%	16,8%	13,4%	0,5%	100,0%

In linea con queste stime, i dati relativi all'utenza afferente al Centro Luzzi rilevano un progressivo aumento, nel corso degli ultimi anni, delle richieste di presa in carico dei consumatori di cocaina e di alcol e cocaina (tenuto conto della sostanza primaria dichiarata dall'utente).

Anno	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Alcol - eroina	13%	6%	8%	0%	11%	6%	3%	0%
Alcool	9%	11%	22%	19%	24%	18%	25%	21%
Cocaina - alcool	0%	8%	3%	0%	5%	3%	6%	8%
Cocaina	6%	11%	3%	16%	13%	18%	19%	29%
Cocaina-eroina	3%	3%	14%	0%	0%	0%	0%	0%
Eroina	56%	61%	51%	58%	45%	56%	47%	39%



A partire da questi dati è risultato pertanto centrale avviare una riflessione che portasse a “rimodellare” il programma terapeutico in relazione alla tipologia di consumatori, al mutare costante dei fenomeni di consumo/abuso/dipendenze e ai bisogni molteplici e variabili delle persone oggetto di trattamento.

DINAMICHE : CONSUMO DI COCAINA e ALCOL

Si può assistere a graduali passaggi dall’ “assunzione di sostanze più comunemente ritenute innocue (ad esempio, la birra) a quella di droghe cosiddette pesanti (ad esempio la cocaina), passando attraverso l’uso intermedio di bevande ad alta gradazione alcolica, tabacco e cannabis” (Leshner, 1999).

L’uso di cocaina spesso si configura come una modalità di assunzione sperimentale, occasionale e ricreativa, prima di arrivare ad un consumo abituale e alla dipendenza. Questa tipologia di consumatori può presentare la convinzione diffusa che la cocaina possa non creare dipendenza, che sia possibile controllarla. La modalità di assunzione abituale per sniffing rinforza questa convinzione, in quanto il pregiudizio corrente è che un problema di tossicodipendenza investe solo chi fa uso di sostanze per via endovenosa. Si può pertanto creare una sottovalutazione della pericolosità della sostanza assunta e questo può condurre ad un escalation nell’uso e nelle modalità di assunzione (Kandel et al., 1986).

Scrivono Hinnenthal e colleghi: “il problema comincia quando le persone trovano la scorciatoia delle sostanze stupefacenti e dell’alcool, soddisfano il centro del piacere senza sforzi, senza gli altri, senza imparare nient’altro tranne che vale la pena usare di nuovo queste sostanze. La cocaina è imbattibile come quantità del piacere rispetto a tutte le altre sostanze note” (Hinnenthal et al., 2006, p.386)

La ricerca scientifica sottolinea la pericolosità che porta con sé questo psicostimolante, soprattutto quando viene associato all’alcool, anche rispetto al fenomeno del “craving” e dell’astinenza: “la relazione tra cocaina e alcool va oltre la semplice associazione di un quadro di poliabuso, modificando le azioni neurobiologiche, il quadro clinico e l’impostazione del trattamento. In molti pazienti infatti tra le due sostanze si instaura un circuito di automantenimento la cui interruzione può essere vincente ai fini del trattamento” (Hinnenthal, Cibi, 2011 p.76).

Rispetto alla dipendenza da alcool o da eroina, la dipendenza fisica da cocaina può presentare sintomi astinenziali meno intensi e dunque apparentemente più facilmente gestibili, tuttavia risulta una forte dipendenza psicologica. Poche sostanze infatti hanno il potere di suscitare un desiderio compulsivo così forte (Pulvirenti, Koob, 1995). Inoltre, varie ricerche sottolineano come le persone con prevalente uso di cocaina possano presentare una maggiore impulsività, rabbia e tendenza ad esporsi a situazioni di rischio per la propria vita e per quella degli altri (Moeller et al., 2002, 2004; Bornolova M.A. et al., 2005)

A livello farmacologico, rispetto ai consumatori di alcool e oppiacei, si hanno pochi strumenti per trattare il craving e limitare la frequenza e la gravità delle ricadute nella cocaina. A livello terapeutico i consumatori di cocaina si configurano come soggetti difficilmente agganciabili, ambivalenti nella presa in carico, tendono a concedersi lunghi periodi disfunzionali prima di affidarsi ad un percorso: inseriti in un programma terapeutico riportano quindi varie difficoltà nel riconoscere la propria condizione di disagio, vulnerabilità e dipendenza patologica.

Le peculiarità di coloro che sono consumatori e abusatori di cocaina e di cocaina e alcool, sollecitano quindi importanti implicazioni sia per quanto riguarda il trattamento farmacologico sia per il trattamento terapeutico più in generale.

Queste dinamiche, evidenziate ampiamente in letteratura e sollecitate direttamente da questa tipologia di utenza all’interno della realtà del Centro Luzzi, sono state oggetto di discussione e ampia riflessione da parte dell’intera équipe che ha maturato quindi l’esigenza di offrire una risposta più ampia e articolata ai portatori di questo problema.

Superata la fase iniziale del riconoscimento del rapporto problematico con la cocaina, il paziente cocainomane è in linea di tendenza molto più disponibile e capace di contattare il proprio mondo interno e le problematiche esistenziali che si trova ad affrontare. Ciò ha portato l'équipe a rivalutare alcune attività e accentuare il loro ruolo terapeutico.

Attraverso un iniziale periodo di sperimentazione attuato rivisitando e rivalutando le pratiche educative e terapeutiche da sempre utilizzate, si è cercato di avviare alla costruzione di un percorso terapeutico che punti verso un più alto grado di personalizzazione dell'offerta, sulla base delle caratteristiche e delle esigenze specifiche di ogni utente, facendo riferimento anche alla sostanza di abuso (centrali in questo processo la Scrittura Creativa e l'Acquerello Steineriano).

MODIFICAZIONI, IMPLICAZIONI, CONCLUSIONI

Tutte le attività svolte all'interno del Centro Luzzi sono state pensate e strutturate in chiave educativa e terapeutica, affinché possano offrire un costante accompagnamento e sostegno all'utente per l'intera giornata. Ogni attività è quindi intesa sia come strumento occupazionale, attraverso cui il soggetto può inizialmente "fare e concentrarsi sul compito", sia come strumento di sostegno alla persona, dato dalla continuità, dalla costanza, e dall'interrelazione con gli educatori e gli altri utenti, che mira a favorire l'uscita dalle proprie dinamiche interne e il mettersi in relazione con la realtà circostante.

Le attività sono costantemente monitorate e registrate dagli operatori in modo da diventare conoscenza di tutto il gruppo di lavoro e comprendono sia momenti rivolti al singolo individuo sia attività rivolte al gruppo utenti: orto; giardinaggio; cucina, palestra, acquerello steineriano; scrittura creativa; corso pc; pallavolo; visite culturali; passeggiate, riunioni educative e colloqui.

Recentemente è stata data una più ampia rilettura all'attività della scrittura creativa e dell'acquerello steineriano. Questi due dispositivi sono stati proposti tutte le settimane dagli operatori in turno, all'interno di un'ottica di intervento che mira a promuovere il ripristino di una continuità e la riconnessione del vissuto al "sentire". Acquerello e scrittura creativa mirano a favorire l'espressione dei vissuti del proprio mondo interno, e attraverso le recenti modifiche apportate si è cercato di rendere queste attività espressive ancor più strumento atto a favorire una iniziale consapevolezza anche rispetto al progredire del programma al Luzzi. Inoltre, all'interno di questi specifici settino, il lavoro dell'educatore sull'ascolto e sul "sentire" del paziente si presenta come ulteriore strumento per calibrare l'intervento terapeutico e per le considerazioni diagnostiche.

La scrittura creativa, in gruppo e con la partecipazione degli educatori in turno, mira a facilitare l'espressione e la presentazione di sé agli altri e allo stesso tempo può costituire momento di riflessione rispetto alle proprie difficoltà. Seguire le tracce proposte (appositamente pensate e strutturate dall'équipe in maniera progressiva rispetto al percorso) può andare a promuovere momenti di apertura verso la presa di consapevolezza interiore: mostrare nero su bianco parti buone e meno buone di sé può pian piano costituire una via atta a favorire un processo di reintegrazione degli elementi cognitivi ed emotivi della storia del soggetto, e può costituire uno strumento per l'esplorazione degli spazi vuoti mai conosciuti e pensati. Inoltre, la condivisione con il gruppo, mediata dagli educatori, mira a stimolare la discussione su temi come la ricaduta, l'astinenza, il craving e infine la messa a fuoco del proprio progetto individuale una volta che si arriva in prossimità della fine del programma.

L'acquerello steineriano amplia e allo stesso tempo riprende l'esperienza della scrittura, in quanto si configura come momento di contatto con le parti di sé più silenziose, all'interno di un'atmosfera supportiva, nel tentare di disegnare, di dare un'immagine, un colore, a ciò che spesso non si riesce a mettere in parole. L'acquerello come modalità di sintonizzazione con le parti di sé più resistenti, nel cercare di ricontattare, "legare", raffigurare e trasformare ciò che tenderebbe a restare inespresso e stagnante. Allo stesso tempo l'acquerello va a delinarsi come strumento che mira a favorire la sintonizzazione reciproca, in un'ottica di condivisione che va da ciò che può essere raffigurato e dunque trovare un'immagine visibile, verso ciò che può essere detto e condiviso all'interno del gruppo per il tramite della parola.

Questi due momenti, promossi da specifici setting, promossi dal settino, possono favorire la sperimentazione di modelli diversi di socializzazione, presupposto per la costruzione di nuove basi relazionali e comportamentali.

Le varie stimolazioni entrano in connessione si integrano con i diversi interventi proposti dal Centro: il gruppo terapeutico condotto dalla psicologa responsabile, le attività con gli educatori ed i colloqui educativi, l'incontro settimanale con il medico referente, il continuo interscambio con l'assistente sociale, favoriscono la creazione di uno spazio di elaborazione "affettivo-relazionale" in cui è possibile viverci e vedersi diversamente e consentono di iniziare anche un percorso di contatto con le proprie emozioni, di apertura nella relazione con l'altro e di comprensione del proprio rapporto con la sostanza.

Questa esperienza sta evidenziando la necessità di trovare un complesso equilibrio, fra il "doversi fermare" e la possibilità di "accogliere", in forma "terapeutica", le aperture e i movimenti di un'utenza più giovane e

capace di attivare i canali di lavoro riabilitativo. Il “doversi fermare” si riferisce al valutare caso per caso, situazione per situazione, l'opportunità di addentrarsi in interventi che richiedono tempistiche più ampie e capacità elaborative che l'utente, ancora in via di stabilizzazione e maturazione, a volte non possiede.

Il lavoro di aggiornamento che è stato affrontato nell'ultimo periodo è stato direzionato in tal senso, e ha portato a stimolare nuovi punti di riflessione all'interno del gruppo di lavoro. Nella pratica quotidiana, con l'utenza, tutto ciò si è tradotto in modificazioni di alcuni dispositivi ed un ascolto “maggiormente focalizzato”, rivolto sia al gruppo utenti sia al singolo individuo con la sua personale storia e la sostanza che si è “scelto”.

L'opportunità di potersi fermare, riflettere, sperimentare e valutare promuove un ampliamento, dello spazio mentale del gruppo equipe e allo stesso tempo rievoca gli obiettivi del percorso che ogni utente è portato ad intraprendere all'interno del centro Luzzi. Potremmo pensare a questo periodo di rimodellamento e sperimentazione come una sorta di “evoluzione in parallelo” che va ad interessare sia le capacità trasformative dei pazienti, sia le modificazioni delle pratiche cliniche a carico dell'equipe, in continua evoluzione e caratterizzate sia da fasi di transizione che da riferimenti teorici ed istituzionali senz'altro più consolidati (Sava, La Rosa, 2006). Dove può portare questo “lavoro in parallelo” svolto dagli operatori e insieme e sul campo anche direttamente dall'utente?

Stando ai primi dati, questa rilettura e ampliamento, dato sia alle attività nel concreto, sia alla complessa presa in considerazione del fenomeno specifico di abuso di cocaina e alcol, sembra consentire una maggiore aderenza degli utenti ai progetti concordati con i Ser.T di riferimento, una diminuzione degli abbandoni del programma e un maggior numero di progetti terapeutici successivi.

Potrebbe essere interessante nel medio e lungo periodo sviluppare maggiormente questi risultati, valutando le modificazioni che le due attività espressive, rese più mirate e puntuali, potranno portare sia come crescita al gruppo di lavoro, sia come risultati clinici a carico del paziente.

Tutto questo non mira a esaurire le risposte ai vari interrogativi sollecitati da questa tipologia di utenza, ma piuttosto “risveglia” riflessioni attraverso cui poter osservare sia il lavoro del singolo individuo in carico, sia i tentativi d'intervento messi a punto dall'equipe terapeutica.

BIBLIOGRAFIA

Azienda Sanitaria di Firenze, Dipartimento delle Dipendenze (2015). *Le dipendenze nel territorio dell'ASF. Bollettino 2014 e andamento nel periodo 1996-2014*.

Bornolova M. A., Daughters S. B., Hernandez G. D., Richards J. B., Leiguez C. W.: Differences in impulsivity and risk-taking propensity between primary users of crack cocaine and primary users of heroin in a residential substance-use program, *Exp Clin Psychopharmacol*, 2005 Nov; 13 (4): 311-8.

Dipartimento Politiche Antidroga (2014). *Relazione annuale al Parlamento*. Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2013 e primo semestre 2014. <http://www.politicheantidroga.it/media/646882/relazione%20annuale%20al%20parlamento%202014.pdf>

Dipartimento Politiche Antidroga (2015). *Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia*. <http://www.politicheantidroga.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2015.aspx>

EMCDDA (2015). *Relazione europea sulla droga*. EMCDDA, Lisbon. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_IT_TDAT15001ITN.pdf

Hinnenthal I, Cibin M. (2011). *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina*. Torino: Seed, 2011.

Hinnenthal I, Manera E, Gallo S, Cibin M. (2006). *Trattamento residenziale: un approccio emotivo e cognitivo-comportamentale*. In: *Cocaina, Manuale di aggiornamento tecnico scientifico*, Progetto START del dipartimento nazionale per le politiche antidroga, Vago di Lagno (VR), La Grafica, p. 385-398.

Kandel DB, Davies M, Karus D, Yamaguchi K. The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. *Arch Gen Psychiatry*. 43(8): 74654, 1986.

Leshner AI. Science-based views of drug addiction and its treatment. *JAMA*. 282: 1314-6, 1999.

Moeller F. G., Dougherty D. M., Barratt E. S., Oderine V., Mathias C. W., Harper R. A., Swann A. C.: Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug Alcohol Depend* 2002, Sep 1; 68 (1): 105-11.

Moeller F. G., Barratt E. S., Fischer C. J., Dougherty D. M., Reilly E. L., Mathias C. W., Swann A. C.: P300 event-related potential amplitude and impulsivity in cocaine-dependent subjects. *Neuropsychobiology*, 2004; 50 (2): 167-73.

Pulvirenti L, Koob F. (1995). *La rivoluzione della droga*. Milano: Mursia, 1995.

Sava V, La Rosa E. (2006). *Lo spazio dei limiti*. Milano: Franco Angeli, 2006.

GRUPPO “COCAINA” CONDOTTO IN COLLABORAZIONE FRA I DUE SERT DEL QUARTIERE 1 E 2 DI FIRENZE

Dr. Patrizia Leonardi, medico tossicologo, dr. Silvia Giani, psicologa psicoterapeuta
Unità Funzionale Sert FI/A

Premessa

Il gruppo, in fase sperimentale, ha avuto inizio nell'anno corrente. Il gruppo offre alle persone in trattamento per dipendenza primaria da cocaina, un sostegno che va ad integrare il percorso individuale in corso nel servizio.

Gli incontri si svolgono a cadenza quindicinale. L'obiettivo è quello di favorire il cambiamento di abitudini, stile di vita e riferimenti cognitivi attraverso una condivisione ed un lavoro attivo insieme agli altri partecipanti ed ai conduttori.

Abbiamo selezionato le persone attraverso dei colloqui ed un inquadramento diagnostico, dove un requisito importante è l'astinenza dalla sostanza. Prima di ogni sessione effettuiamo il test rapido delle urine per verificare appunto che non ci siano persone attive.

Ad ogni incontro viene dato ampio spazio ai vissuti portati dai partecipanti e diamo molta importanza alla condivisione ed al reciproco sostegno. Abbiamo visto già dei cambiamenti avvenire grazie alla frequenza del gruppo, che funziona molto bene sul livello della reciproca motivazione e del sostegno positivo al cambiamento. Il contesto del gruppo tende a smuovere il livello emotivo che di solito è più “tenuto a bada” a livello individuale. Questo permette, in piccolo, di operare quella reintegrazione fra mentale e cognitivo che spesso nella dipendenza si perde, sviluppando una sorta di anedonia e uno scarso contatto con il sentire. In gruppo è inoltre più facile la riflessione sui comportamenti a rischio, su come superare i momenti di craving, come costruire nuovi interessi ed abitudini, come divertirsi non facendo uso etc, che se avvengono fra pari risultano ancora più efficaci.

Il processo di gruppo

I pazienti inseriti nel gruppo sono seguiti dall'equipe di riferimento per il percorso cocaina: dr. Silvia Giani (psicologa e psicoterapeuta) e dr. Patrizia Leonardi (medico). Ai pazienti viene fatto un inquadramento psicodiagnostico per orientarsi rispetto al loro profilo caratteriale e alle particolarità del loro funzionamento attuale. Viene loro comunicato che prima di accedere ad ogni incontro faranno un test rapido sulle urine per verificare che non siano positivi alle sostanze.

Al primo incontro abbiamo dato alcune regole fondamentali (riservatezza, puntualità, autenticità e impegno, parlare sempre di sé e non degli altri) e abbiamo elaborato un accordo condiviso.

Negli intervalli fra un incontro e l'altro i pazienti hanno sempre un colloquio individuale che permette una elaborazione ulteriore rispetto a quanto emerge nel gruppo, e permette inoltre un monitoraggio da parte nostra.

Per quanto possibile vengono coinvolti anche i familiari nel programma che svolgono un ruolo di responsabilità nel controllo dei soldi. Chiaramente i familiari non partecipano agli incontri di gruppo ma a colloqui periodici con gli operatori. Ai familiari viene spiegato quanto sia fondamentale che il paziente partecipi al gruppo, in modo che siano alleati e facilitino il paziente in questo.

Possiamo qui di seguito provare a descrivere il processo di cambiamento che abbiamo osservato nel gruppo e i livelli coinvolti in questo:

Livello corporeo: i sintomi corporei collegati al craving, le sensazioni corporee del qui ed ora nel gruppo, come sto, se sono comodo o scomodo e dove lo sento nel corpo, passare quindi da una dinamica del trattare il corpo come un oggetto a quella di sperimentare il qui ed ora dell'esperienza nel gruppo.

Livello emotivo: quali emozioni sono legate all'esperienza del gruppo, del parlare di me e dell'ascoltare gli altri. Le emozioni coinvolte nell'esperienza del craving, dell'uso, del dopo (sensi di colpa ad esempio). Il rivelare se stessi scatena sempre una grande emotività sia in chi parla sia negli altri che ascoltano e si rispecchiano. Come gestire la noia, lo stress, il vuoto e tutte le emozioni scomode che ci portavano all'suo.

Livello cognitivo: l'apprendimento di nuovi schemi mentali di riferimento, il riflettere in gruppo sullo stile di vita e sui cambiamenti da mettere in atto per evitare le ricadute. Come intervenire sugli automatismi che portano all'uso creando nuovi pattern comportamentali.

Importanti argomenti di discussione e riflessione sono stati: come gestire il tempo libero, come ricominciare a divertirsi in modo sano, come affrontare i momenti di crisi e crearsi delle strategie, come cambiare stile di vita in sostanza.

Le singole esperienze di “fronteggiamento” efficace delle situazioni a rischio sono utili a tutto il gruppo, forniscono a tutti una possibilità di rafforzare la fiducia che “insieme ci si può fare”.

Il gruppo stesso funziona come “deterrente” all’uso, crea un “personaggio interno” da cui attingere energia nuova e che può essere d’aiuto anche nei momenti di crisi. Si crea piano piano una “controcultura” in cui i partecipanti si cominciano ad identificare, ovvero il valore del “non uso” su cui spostano gradualmente il loro investimento narcisistico.

Durante gli incontri abbiamo utilizzato alcuni strumenti che hanno facilitato il contatto e l’espressione di sé. Abbiamo ad esempio usato le cartoline per presentarsi. Abbiamo anche proposto dei piccoli giochi relazionali che permettono di entrare più facilmente in contatto con le emozioni bypassando le difese mentali. Abbiamo notato che il gruppo permette e stimola una rivelazione di sé maggiore e anche un senso di condivisione che fa sentire le persone meno sole con il loro problema. Alcuni pazienti hanno rivelato se stessi in un modo diverso, più autentico. Sentire le storie degli altri permette un rispecchiamento, un apprendimento reciproco che risulta importante nel recupero e nel cambiamento delle persone che usano cocaina .

Fin dall’inizio si è formato un clima di fiducia ed ascolto, di apertura e condivisione. Molte delle storie avevano punti in comune e questo ha permesso uno scambio significativo per ogni paziente che usciva dall’incontro arricchito e più motivato. Nel gruppo abbiamo inserito una persona che faceva molta fatica a non usare e che ancora usava occasionalmente. Abbiamo deciso di includerla ugualmente. Il gruppo ha fatto in questo caso da cassa di risonanza, dicendo a questa persona la realtà che stava negando a se stessa, ovvero che non aveva intenzione di mollare la sostanza. Il gruppo serve anche a questo, perché sentirsi dire dai tuoi pari come ti vedono è diverso che sentirselo dire da un professionista.

Abbiamo lavorato utilizzando degli schemi sui comportamenti a rischio e sulla prevenzione delle ricadute. Dagli schemi singoli è venuto fuori un lavoro di gruppo, una sorta di brainstorming su ciò che è importante per tutti fare per cambiare stile di vita ed evitare le ricadute (luoghi ed abitudini da cambiare, come affrontare i momenti di craving, amicizie e come impiegare il tempo libero) .

Abbiamo avuto una paziente che era da tempo molto resistente a qualsiasi approccio di gruppo e che non faceva passi in avanti nel trattamento. E’ quindi arrivata con molte difese, ma in breve ha cambiato idea e il gruppo le ha permesso di entrare in una fase di maggiore autenticità, ha avuto una ricaduta in seguito alla quale si è davvero resa conto che aveva bisogno di un programma di comunità ed è stata inserita a Villa Soranzo.

Molto intenso è stato l’incontro a cui erano presenti alcune persone dei gruppi NA. La UFM dei Sert Arcoiaio e Borgo Pinti ha uno scambio da molti anni con i gruppi di auto aiuto fra cui NA, che regolarmente raccomandiamo ai nostri pazienti come parte importante del programma di recupero.

Ascoltare le loro testimonianze ha avuto un grande effetto sui partecipanti, li ha portati a riflettere sui tanti cambiamenti che si possono fare insieme ad un gruppo in cui non c’è più da temere un giudizio e si può essere se stessi con i propri difetti, contraddizioni, problemi. Alcuni partecipanti si sono assicurati rispetto a fantasie che avevano sui gruppi e che creavano delle resistenze.

Conclusioni

In conclusione ci pare importante mettere in evidenza che un percorso di gruppo completa e consolida il trattamento individuale. Le persone affette da dipendenza sono spesso ridotte alla solitudine e all’isolamento, dove il comportamento di dipendenza diventa l’unica possibilità in una vita ridotta spesso alla sola compulsione e a tutte le nefaste conseguenze che questo comporta.

Trovarsi in un gruppo aiuta a fare tanti passaggi che da soli sono molto più difficili. I pazienti si allenano alla relazione e uno scambio con gli altri, cosa che hanno smesso da tempo di fare. Si stempera quell’esser solo centrati su stessi, si possono aiutare gli altri e così facendo aiutare anche se stessi, si apre tutto un mondo che era congelato e che riduceva l’altro ad uno strumento per ottenere qualcosa.

Ormai da tempo sia la psicologia che la sociologia ci stanno dicendo che la società è diventata un agglomerato di individualità che poco si incontrano, spesso soffrendo in silenzio la loro solitudine.

Ecco allora che gli approcci di gruppo sono diventati sempre più importanti per curare un “male dell’anima” che ha bisogno degli altri per essere alleviato.

Il gruppo sta adesso per ricominciare, abbiamo alcune persone che hanno già frequentato e molti nuovi arrivati.

IL GRUPPO MOTIVAZIONALE PER COCAINOMANI

Azienda Sanitaria Firenze Dipartimento Dipendenze
Ser.T U.F.M. C

Adriana Iozzi - Medico Psichiatra Direttore Ser.T U.F.M. C, Alessandro Orsetti - Educatore Professionale,
Debora Vené - Educatore Professionale

Il "Gruppo Motivazionale per Cocainomani" si è sviluppato all'interno di un più ampio progetto dell'U.F.M. Ser.T. C che prevede un trattamento specifico per abusatori di cocaina attraverso un percorso multidisciplinare. Considerata l'utilità di questa esperienza gruppale, sia rispetto alla utenza individuata che all'efficacia, il gruppo è stato pensato come una risorsa disponibile anche per gli altri Ser.T. del Dipartimento Dipendenze. Le persone che vi partecipano, giovani e adulti che abusano primariamente/prevalentemente di cocaina, possono quindi afferire anche dalle altre zone di Firenze.

La scelta del "gruppo" con una tipologia caratterizzata da una utenza omogenea è legata alle peculiarità che contraddistinguono, secondo gli studi, coloro che ne fanno uso: si tratta di persone che "non si riconoscono" nelle caratteristiche/definizioni di tossicodipendenti, motivo per il quale anche il Ser.T. non viene da loro percepito come luogo di possibile ascolto e cura adatto alle loro problematiche.

Inoltre, la compatibilità di questa sostanza con uno stile di vita "normale" e la sottovalutazione delle conseguenze legate all'uso della cocaina, che maschera il "deterioramento" tipico di chi usa sostanze, fa sì che sia rinviato l'accesso ai servizi; l'incontro con il Servizio si concretizza solo per l'invio della Prefettura o di Istituzioni legali, oppure su pressione dei familiari, quando ormai la situazione è deteriorata sotto un profilo economico o fisico/psichico.

Gli studi inoltre correlano l'uso della cocaina alla ricerca del piacere e alla "qualità" performante della sostanza (legata cioè alle prestazioni) e questo oltre a favorirne la diffusione fa sì che cerchi di smettere solo quando le problematiche correlate sono in stato piuttosto avanzato: anche per questo il cocainomane si sente molto diverso dall'eroinomane.

In generale "Il percorso di gruppo costituisce una delle principali metodiche utilizzate per il trattamento della dipendenza dalle droghe" (Cfr. Rawson ed altri 1989; Washton 1989; McAuliffe ed Albert 1992; Vannicelli 1985; Washton 1997; Khantzian 1999): i trattamenti di gruppo costituiscono, infatti, "un potente ed efficace strumento di modificazione dei comportamenti di abuso di cocaina utilizzabili durante tutto il ciclo di cura: dal ricovero alla fase intensiva, dai programmi di after-care e nell'ambito dei programmi di trattamento ambulatoriale e in quelli residenziali e semiresidenziali.

L'idea di proporre il "gruppo" per cocainomani è stato visto come una opportunità di riflessione sul proprio stile di vita, attraverso il confronto tra pari e il supporto degli operatori: chi usa cocaina è più portato all'agire, e spesso si presenta come un soggetto che ha difficoltà a mentalizzare la propria condotta di vita.

Per le caratteristiche di personalità dei consumatori di cocaina riteniamo che essi siano compatibili con la regolare partecipazione al gruppo e con le esigenze di socializzazione; sono socievoli, portati alla comunicazione, tendono a interagire facilmente in quanto cercano spesso di porsi al centro dell'attenzione. Generalmente legano tra loro: naturalmente ognuno di questi aspetti può contenere un disvalore (egocentrici, spesso poco empatici e riflessivi, insicuri, con scarse capacità introspettive, in difficoltà nelle fasi di ascolto). Nonostante ciò è possibile/utile lavorare in gruppo con i cocainomani.

L'altro aspetto caratterizzante questo gruppo è l'Approccio Motivazionale "*metodo direttivo centrato sul cliente, per aumentare la motivazione intrinseca al cambiamento attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza*".

Ormai conosciuto, condiviso e utilizzato sia nel trattamento delle dipendenze che nel rafforzamento dei comportamenti utili per la promozione della salute è invece poco usato nelle situazioni gruppali. Nella letteratura si trovano pochi riferimenti ad esperienze improntate a questo approccio.

La nostra esperienza ritiene che possa essere utile per questo genere di utenza, a partire da una riflessione sul proprio stadio di cambiamento (modello transteorico di Prochaska e Di Clemente) e sulla motivazione attraverso le tecniche del colloquio motivazionale di Miller e Rollnick.

I riferimenti teorici dai quali attinge il Colloquio Motivazionale (CM) hanno origine dall'approccio rogersiano che si caratterizza principalmente per l'ascolto empatico e acritico della persona, dagli studi successivi come il counselling, che sempre più hanno posto l'accento sull'atteggiamento dell'operatore che insieme alla persona esplora possibili alternative al comportamento del paziente, ma sempre a partire dallo stadio reale nel quale questi si trova rispetto al problema. Notevole influenza hanno avuto anche l'approccio cognitivo comportamentale, ma sempre l'obiettivo è quello di partire e arrivare dove la persona vuole e non di conformarla a schemi predefiniti di funzionamento. Alcuni termini come fase nel ciclo del cambiamento (precontemplazione, contemplazione, determinazione, azione, mantenimento), intervento dell'operatore in

base alla fase del paziente, ambivalenza all'intervento orientato al cambiamento, resistenza, frattura interiore, dissonanza fanno parte del C.M. e quindi del nostro gruppo.

Il nostro agire nel gruppo si è sempre rifatto al proverbio giapponese che dice *“Nessun uomo può riuscire a trovare il modo migliore per fare una cosa senza iniziare ad avere davvero voglia di farla”*.

Il primo gruppo è partito nel 2009 e complessivamente si è replicato, ogni anno, per circa 7/8 volte. Il numero degli utenti è variato dai 6 ai 9 per gruppo con punte massime anche di 12-14.

Si è verificato inoltre, che su richiesta personale o su indicazione del servizio, alcuni partecipanti abbiano avuto la possibilità di ripetere il ciclo motivazionale. L'età degli utenti va dai 25 ai 50 anni, anche se la maggior parte si colloca intorno ai 30/40 anni, con una scarsa o quasi nulla presenza femminile.

Proprio per le sue caratteristiche riteniamo che il gruppo motivazionale per cocainomani con i suoi aspetti di gruppo volto all'auto-aiuto, possa offrire un'occasione per riflettere sulla propria storia di dipendenza e capire se c'è il desiderio a o meno di affrontarla. In questo senso, pensiamo possa essere utile permettere l'accesso al gruppo anche a persone che non sono in trattamento, ma che desiderano un primo approccio conoscitivo e riflessivo sul proprio uso di cocaina.

Pertanto riteniamo interessante e di grande utilità poter sperimentare all'esterno del Servizio Ser.T, un gruppo, che con le caratteristiche sopra descritte, si possa interfacciare con le richieste di chi, non riconoscendosi come fruitore del Ser.T, e quindi non identificandosi come un consumatore e/o dipendente da cocaina, ma comunque interessato alla riflessione sul tema, possa trovare uno spazio accettabile e compatibile con la sua situazione.

Tale opportunità potrebbe stimolare un percorso di consapevolezza rispetto al proprio stile di vita ed eventualmente facilitare, se ritenuto opportuno, l'accesso ad un Ser.T o comunque a delle proposte ulteriori utili a ad approfondire progetti di salute.

Altro aspetto rilevante che nel tempo abbiamo valorizzato e incrementato è la collaborazione con i Narcotici Anonimi di cui riconosciamo l'importanza e la validità della loro esperienza. Il nostro desiderio sarà quello di una maggiore integrazione con i NA.

TRATTAMENTO DI PAZIENTI CON PROBLEMI CORRELATI ALL'USO DI COCAINA PRESSO IL CENTRO IL CANNOCCHIALE DI SESTO FIORENTINO

Silvio Silvestri, Psicologo, U.F. Ser.T. Zona Fiorentina Nord-Ovest

Abstract:

Il Centro Il Cannocchiale è una struttura terapeutico riabilitativa semiresidenziale della UFM Ser.t. Nord-Ovest di Firenze. È attivo dal 1985 e ha finora accolto circa 200 utenti con problemi di dipendenza da varie sostanze. Nei primi 15 anni di attività la quota di utenti con problemi da uso di cocaina è stata minima (2,5%), negli ultimi 15 anni di attività le persone con problemi riconducibili alla cocaina sono state quasi il 20%. Vengono analizzate le caratteristiche del trattamento in assetto semiresidenziale, le caratteristiche delle persone dipendenti da cocaina, in generale e nel sottoinsieme che ha frequentato il Centro, e le possibili proposte terapeutiche che queste possono trovare in una struttura che opera in regime semiresidenziale.

Caratteristiche generali

La diffusione della cocaina è significativamente incrementata in Italia dalla fine degli anni 90 fino almeno al 2005, momento di un picco dopo il quale, secondo alcuni dati, sarebbe iniziata una certa diminuzione del numero di consumatori (Dipartimento Politiche Antidroga, 2014) **Fig.1**, e parallelamente si è impennata la domanda di trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze per poi stabilizzarsi (ARS Toscana, 2104) **Fig 2**.

Figura 1

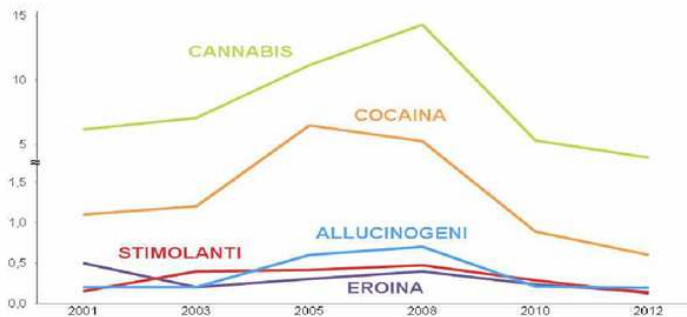
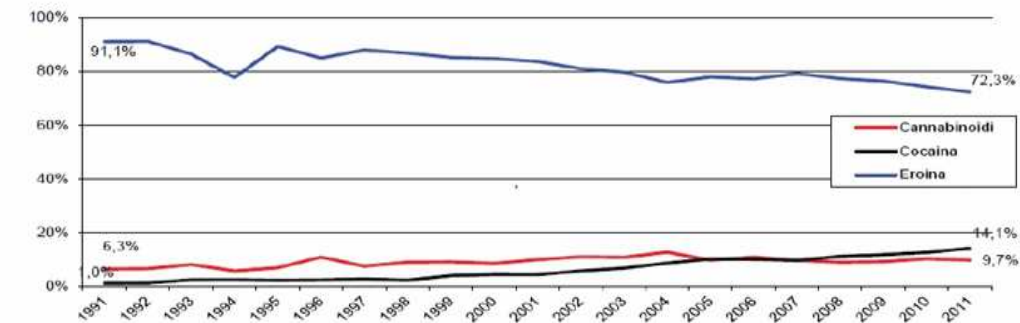


Figura 2

Andamento temporale delle percentuali d'uso primario delle sostanze psicotrope - Toscana 1991-2011



Fonte: Elaborazione ARS su dati Regione Toscana.

Nonostante una maggiore prevalenza di morbilità psicopatologica nei consumatori di cocaina rispetto a quelli di altre sostanze (Rousanville, 2004; Schuckit, 2006), il suo uso è meno facilmente riconosciuto come problematico e gode di una certa accettazione sociale. Questo fatto è probabilmente ascrivibile all'ampiezza della diffusione del fenomeno, alla sua presenza significativa nelle classi socialmente avvantaggiate, all'effetto ricercato che in molti casi, almeno inizialmente, si caratterizza come ludico o orientato ad incrementare le prestazioni lavorative, sessuali e sociali.

Ma l'uso della cocaina che appare "socialmente accettabile" mostra un volto decisamente più problematico, anche rispetto ad altre sostanze, quando l'assunzione si intensifica e diventa via via meno governata. Emergono infatti a questo punto il discontrollo degli impulsi, lo sviluppo di un'ideazione a sfondo persecutorio, l'incremento dell'aggressività e frequentemente si assiste al passaggio da un uso "sociale" di gruppo ad un uso più problematico e solitario.

L'associazione con l'alcol è notoriamente frequente e problematica per la possibilità di potenziare gli effetti ricercati nella cocaina e contribuire alla gestione di quelli indesiderati, può avere un ruolo a volte sostitutivo, ma spesso di innesco del craving e non di rado si sviluppa un'ulteriore dipendenza da esso.

Anche l'associazione con l'eroina compare con una certa frequenza, ma di solito è più transitoria, con passaggi definitivi o meno dall'una all'altra sostanza. Negli accessi recenti presso i Ser.t. si ritrovano persone che sono passate da un uso iniziale di cocaina agli oppiacei, secondo un percorso invertito rispetto ad una ventina di anni fa.

I consumatori di cocaina, rispetto ai consumatori di altre sostanze che accedono ai servizi o intervistati all'esterno, tendenzialmente presentano un primo contatto più tardivo con le sostanze legali, maggiori livelli occupazionali, un'età media più bassa, un minore coinvolgimento in problematiche legali, una maggiore prevalenza di disturbi psichiatrici, una generale sovrastima delle proprie capacità, una minore presenza di problematiche antisociali e familiari.

Come ricordava la review del 2007 dell'European Monitoring Centre di Lisbona, rispetto alle persone che usano oppiacei, i consumatori di cocaina si presentano meno facilmente ai servizi in modo spontaneo, non si giovano di trattamenti prevalentemente farmacologici, sembrano rispondere meglio a trattamenti combinati psicoterapeutici e farmacologici. Si sottolineava inoltre che restava aperta la domanda sulla opportunità di costituire percorsi terapeutici specifici per le persone con problemi di dipendenza da cocaina, ovvero potessero essere proposti i trattamenti tradizionalmente utilizzati per la dipendenza da sostanze in genere (EMCDDA, 2007).

Tra le persone con dipendenza anche grave da cocaina si riscontra che alcuni individui riescono a raggiungere e mantenere periodi anche significativi di astinenza dalla droga e lo studio di questi casi comincia a mettere in evidenza fattori facilitanti importanti come il senso di autoefficacia, l'impegno per l'astinenza, il sostegno sociale, la minore incidenza della depressione (McKay, et al, 2013).

Accessi

Presso i Ser.t. di Firenze l'incremento del numero di utenti con uso primario di cocaina è cresciuto dal 3,5% del 1998 al 16,8 % nel 2014 (Dipartimento delle Dipendenze di Firenze, 2015) Presso il Centro Il Cannocchiale si è rilevato un accesso di utenti con problemi di cocaina che percentualmente rispecchia grosso modo l'andamento degli accessi ai Ser.t. di Firenze. Forse con una piccola maggiore prevalenza presso il Cannocchiale rispetto a tutto il Dipartimento. In **Fig.3** vediamo la ripartizione di tutti gli utenti del Cannocchiale per sostanza primaria. Gli utenti con dipendenza o abuso di cocaina sono il 13%, ma nella **Fig.4** vediamo lo stesso dato ripartendo tutti i soggetti in due sottogruppi rappresentati dagli utenti dei primi 15 anni di attività della storia del Centro e quelli degli ultimi 15. Emerge chiaramente l'aumento di prevalenza recente degli utenti con problemi di cocaina che negli ultimi 15 anni sono circa il 20%.

Se facciamo riferimento all'età media (**Fig. 5**) vediamo che si aggira sui 32 anni, leggermente superiore nel gruppo degli utenti degli ultimi 15 anni e ancora un po' superiore nel sottogruppo degli utenti con problemi di cocaina, ma senza differenze molto importanti.

Figura 3

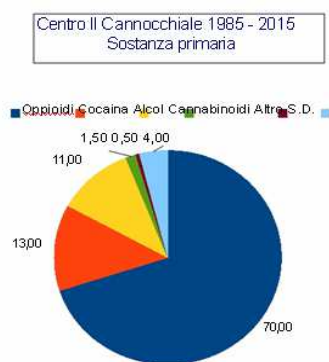


Figura 4

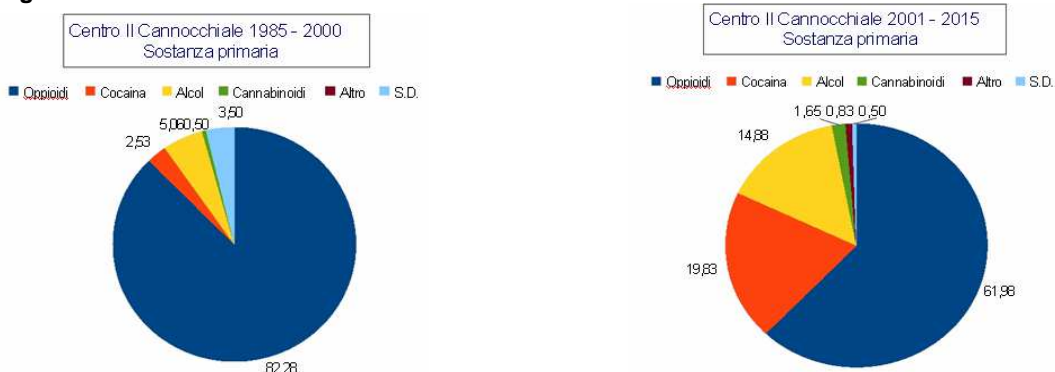
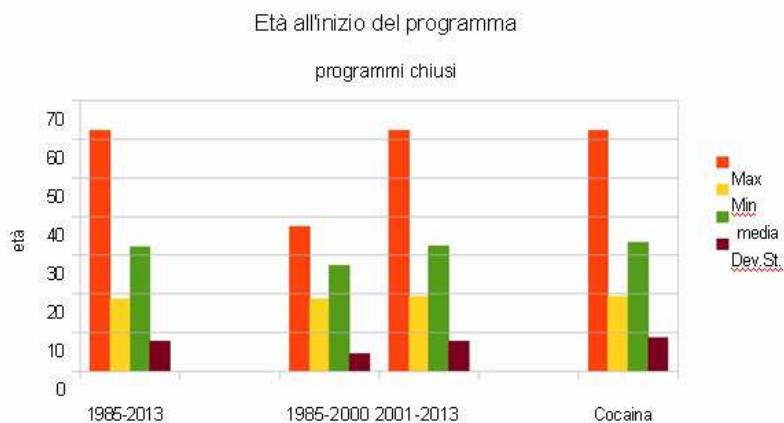


Figura 5



Specificità dei Centri Diurni

Il setting di trattamento semiresidenziale si caratterizza per una intensità dell'impegno richiesto che può variare molto da una struttura ad un'altra. Rispetto alle comunità residenziali è solitamente ritenuto di più facile accessibilità in quanto non comporta il completo distacco dall'ambiente sociale di riferimento e anche nella fase conclusiva del programma non implica un repentino cambiamento per rientrare nell'ambiente di origine. Offre inoltre maggiore opportunità di lavorare con la famiglia osservando le interazioni e coinvolgendola più sistematicamente nel lavoro terapeutico.

A queste facilitazioni si contrappongono una minore protezione dal rischio di ricadute, un impegno spesso più intenso e più lungo di quello che l'utente in genere si attende, la necessità di fronteggiare le problematiche presenti nell'ambiente familiare e, in caso di programmi che prevedono l'impegno per tutto l'arco della giornata (come è per il *Centro Il Cannocchiale*), l'impossibilità di proseguire un'attività lavorativa per chi ne fosse provvisto o il rinvio della sua ricerca per chi non ne dispone.

Queste caratteristiche rendono l'accessibilità a questi programmi più difficile per chi ha necessità di mantenere un'attività lavorativa con cui si sostiene; controindicata per chi ha condizioni familiari particolarmente difficili (altamente conflittuali o in cui sono presenti altri familiari con analoghi problemi di dipendenza), più difficoltoso per chi presenta un forte craving per la sostanza.

E' quindi favorito chi dispone di una famiglia non troppo problematica, disponibile a partecipare al processo di cura, consapevole delle necessità di trattamento, in grado di provvedere alle principali esigenze economiche di sostentamento e chi è arrivato ad un iniziale allontanamento dall'uso della sostanza. Quando quest'ultimo passaggio non è avvenuto si può ricorrere ad un preliminare trattamento in una struttura residenziale di disintossicazione.

Il programma del Centro Il Cannocchiale

Il programma del *Centro Il Cannocchiale* è attivo dal 1985, ha accolto complessivamente circa 200 utenti, il 13% dei quali, come già detto, con problemi di dipendenza o abuso di cocaina (diagnosi HTH nel 75% dei casi). Ha una durata di 12-18 mesi. L'attività si svolge per 6 giorni alla settimana e prevede una prima fase di frequenza mattutina per 4 ore e una successiva fase serale dalle 16:30 alle 22 per 6 giorni alla settimana, contemporanea all'inserimento dell'utente in un ambiente di lavoro in orario antimeridiano attraverso un IST.

Due operatori della cooperativa appaltatrice, la CAT, sono costantemente presenti e conducono le attività al centro. Due educatori del Ser.t. si occupano delle famiglie, uno psicologo del Ser.t. segue individualmente gli utenti, coordina il gruppo di lavoro e ha la responsabilità clinica degli interventi. Gli invii avvengono principalmente da parte dei Ser.t del Dipartimento delle Dipendenze di Firenze e solo occasionalmente da ASL limitrofe.

Gli utenti sono impegnati presso il Centro in attività di gruppo di tipo educativo, culturale, sportivo, nella conduzione dell'appartamento, la preparazione dei pasti, la coltivazione dell'orto.

La fase mattutina si caratterizza per attività meno intense, l'impegno per l'inquadramento delle caratteristiche della persona, attività volte a favorire l'inserimento, l'accoglienza, il consolidamento della motivazione al trattamento, eventualmente per formulare con l'utente e gli operatori inviati un piano di trattamento alternativo se non appare indicata la prosecuzione del percorso nel Centro.

Nel corso degli anni il programma si è evoluto modificandosi, ma mantenendo l'impianto di base che è caratterizzato dalla contemporaneità dei piani del trattamento individuale, di gruppo, familiare, riabilitativo e terapeutico. Le attività si sono arricchite e differenziate pur mantenendone nel tempo alcune tradizionali come la fotografia e la produzione di video.

In particolare, con l'apertura la mattina, si è creata una fase di accesso a soglia più bassa e si è ampliato l'accesso al trattamento ad utenti con patologie di dipendenza non esclusivamente da oppiacei come era

nell'esperienza iniziale.

Il focus del lavoro in struttura sono le relazioni e gli obiettivi riabilitativi individuali.

Le modifiche al programma non sono state progettate per adattarlo a specifiche tipologie di dipendenza, ma piuttosto ai bisogni emergenti in generale nell'utenza inviata dai Ser.t. In particolare un abbassamento della soglia d'accesso, la possibilità di proseguire le terapie sostitutive in parte o per tutto il percorso e per una crescente attenzione allo sviluppo di precondizioni cognitive ed emotive indispensabili per l'accedere al trattamento.

La riflessione sulla specificità della problematica connessa all'uso della cocaina e sulle necessità di adattamento del programma si è posta con l'incremento dell'utenza con problemi di cocaina, a partire dal 2005.

Precedentemente questa necessità è stata meno sentita principalmente perché gli utenti accolti si differenziavano meno (sul piano sociale, comportamentale e motivazionale) da quelli tradizionalmente trattati per dipendenza da eroina. Si trattava per lo più di persone con precedente dipendenza da eroina, mentre le persone con problematiche primarie da cocaina più difficilmente riconoscevano la necessità di un trattamento impegnativo per risolvere i problemi in cui si imbattevano e hanno cominciato ad accedere solo alcuni anni dopo.

In tempi più recenti sono incrementati gli accessi di utenti con problemi di dipendenza da cocaina e sono emerse in questo sottogruppo caratteristiche più specifiche corrispondenti a quelle generalmente descritte in letteratura. Inoltre, con la diffusione del fenomeno, è anche diventata più evidente la necessità di interventi maggiormente impegnativi per le problematiche più gravi.

Una nota importante riguarda l'attenzione all'uso di alcol che si è sviluppata con l'evoluzione del programma. Se inizialmente veniva posta attenzione al consumo di alcol solo in presenza di segni evidenti di criticità, o quando l'invio riguardava specificamente una dipendenza primaria o secondaria dall'alcol, la consuetudine nel trattamento della dipendenza da cocaina ha contribuito non poco, per la maggiore evidenza dell'interazione, concomitanza e consequenzialità nell'uso di queste due sostanze, a sviluppare un'attenzione più sistematica all'uso dell'alcol in tutto il corso del programma per tutti gli utenti che lo frequentano.

Sintesi delle esperienze cliniche

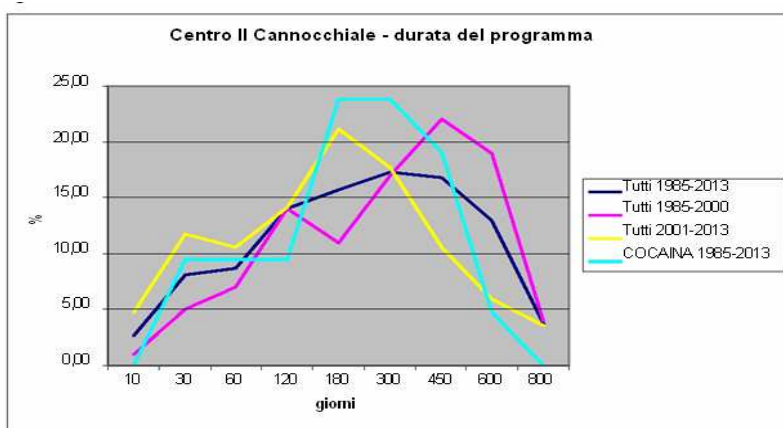
Premesse le difficoltà di valutazioni catamnestiche negli utenti dimessi e non più in carico ai servizi, non potendo esibire statistiche su raccolte di dati completi, ma solo osservazioni su un numero limitato di casi (tutti gli utenti trattati per cocaina sono 26), si possono riportare schematicamente alcune considerazioni.

La permanenza in programma (**fig. 6**) degli utenti trattati per cocaina si caratterizza per un tasso di abbandono precoce lievemente inferiore a quello di tutti gli altri utenti e per una conclusione, concordata o meno, più precoce, con una durata media di poco inferiore e assenza di percorsi che superano significativamente la durata mediamente attesa di 12-18 mesi.

Rispetto all'andamento clinico degli utenti con dipendenza da eroina, in cui l'iniziale distacco dalla sostanza è meglio controllato dai farmaci, abbiamo osservato una maggiore difficoltà iniziale nella gestione del craving, a volte drammatico e pervasivo, le ricadute si presentano nel corso del programma con una periodicità più distribuita nel tempo a fronte di una concentrazione nella fase iniziale e a distanza significativa dalla fine del programma per gli utenti con dipendenza da oppiacei.

Negli utenti con dipendenza/abuso di cocaina e una precedente/concomitante dipendenza da eroina: nessuna particolare differenza emerge in termini di motivazione al trattamento, permanenza in programma, coinvolgimento familiare.

Negli utenti con dipendenza primaria da cocaina si evidenzia minore motivazione al trattamento, alla durata dell'impegno, minore disponibilità per impegni di lavoro, maggiori ricadute a medio termine, maggiore disponibilità dei familiari.



Conclusioni

Si ritiene che possono trarre beneficio da un programma semiresidenziale terapeutico riabilitativo come quello illustrato, le persone che in generale si caratterizzano per una comparsa del disturbo non recente, manifestando di conseguenza una certa maturazione della motivazione e l'esigenza di un percorso riabilitativo sul piano psico-sociale. Persone che abbiano raggiunto un iniziale allontanamento dalla sostanza o capacità di gestire periodi di astinenza dalla stessa. Persone che presentino un certo grado di compromissione delle relazioni sociali, lavorative, affettive e necessità di affrontare questi temi. Persone che beneficino della presenza di un supporto familiare. Persone che abbiano residenza nell'area fiorentina e possibilità di spostarsi nella stessa. Persone che non presentino la concomitanza di gravi disturbi psicopatologici.

L'esperienza fin qui condotta con persone dipendenti dalla cocaina, considerando un'osservazione più consistente nell'arco degli ultimi 10 anni, fa ritenere possibile il trattamento nello stesso setting finora utilizzato per le altre dipendenze da sostanze con minimi adattamenti specifici, con risultati sovrapponibili a quelli dell'insieme di tutti gli utenti.

Questa considerazione non è ovviamente una risposta esaustiva alla domanda posta nella Review richiamata all'inizio (se "occorrono servizi specifici per la cocaina o meno"), ma si riferisce alla possibilità di trattamento semiresidenziale in una struttura come quella descritta. L'estrapolazione a fasi e tipologie diverse di programmi non sarebbe prudente e dovrebbe basarsi su osservazioni specifiche.

Bibliografia

ARS Toscana (2014). Dal consumo integrato alla marginalità sociale: lo stato delle dipendenze patologiche in Toscana. *Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana*, 77, maggio 2014.

Dipartimento delle Dipendenze di Firenze (2015). *Bollettino 2014*.

Dipartimento Politiche Antidroga (2014). *Relazione al Parlamento 2014*.

EMCDDA (2007). *Treatment of problem cocaine use: a review of literature*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

McKay J.R. et al. (2013). Factors in sustained recovery from cocaine dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment* 45 163-172.

Pavarin, R. M. (2006). Substance use and related problems: a study on the abuse of recreational and not recreational drugs in Northern Italy. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 42, 477-484.

Root Fortini L, Silvestri S. (1998). Programma di terapia riabilitativa per tossicodipendenti in una struttura intermedia. *Atti: III Conferenza Europea degli Operatori delle Tossicodipendenze*. Bologna.

Rounsaville, B. J. (2004). Treatment of cocaine dependence and depression. *Biological Psychiatry*, 56, 803-809.

Schuckit, M.A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101, (Suppl. 1), 76-88.

SPECIFICITA' DEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE COCAINOMANE IN UNA STRUTTURA PUBBLICA
1986 – 2008 – 2015
“Poggio Asciutto”

Paolo Costantino - Psicologo/Psicoterapeuta, Responsabile CT residenziale "Poggio Asciutto"

Una struttura riabilitativa istituita nel 1986 per il trattamento dei pazienti dipendenti da oppiacei, costruisce e migliora la propria operatività nel corso del tempo lasciando, tuttavia, fermi i fondamenti che l'hanno ispirata.

Nel caso di Poggio Asciutto, la *Psicologia Clinica* e i *trattamenti terapeutico riabilitativi individualizzati*. L'individualizzazione, il “taglio su misura” del trattamento ha permesso nel corso del tempo, a far data dal 2008 fino al 2015, di accogliere pazienti dipendenti da psicostimolanti (cocaina) consentendone la riabilitazione in un contesto punteggiato da sequenze operative pensate per un'altra tipologia di pazienti. Obbligando, non occasionalmente ma per periodi molto lunghi, gli operatori a fronteggiare comportamenti orientati, condizionati, compromessi da sostanze molto differenti.

Le osservazioni cliniche comportamentali in struttura sono riferibili a pazienti con dipendenza primaria da cocaina, uso cronico continuativo con episodiche abbuffate.

Le modalità d'uso e l'antitodo ricercato segnalano una differente struttura di personalità da considerare nell'impostazione del trattamento terapeutico riabilitativo

Endovenoso:

Piacere estremo

Nasale:

Euforia

Sensazione di benessere

(spesso indotto dalla suggestione indipendentemente dalla reale purezza della sostanza)

Antitodo:

Eroina

Antitodo:

Alcol

Differenze da considerare

Eroinomani

- Aspetto fisico: trascuratezza
- Condizione sanitaria: patologie infettivologiche frequenti
- Condizione sociale: prevalentemente disoccupati

Cocainomani

Aspetto fisico: curato
Condizione sanitaria: rare patologie infettivologiche
Condizione sociale: prevalentemente con lavoro stabile

Altra differenza importante da considerare è quella relativa alla terapia farmacologica: nell'eroinomane i trattamenti sono prevalentemente a scalare e di breve durata mentre nel cocainomane la farmacoterapia va mantenuta per un lungo periodo allo scopo di stabilizzare il paziente, permettendone l'adattamento, la riduzione o l'affrancamento dai sintomi di seguito evidenziati.

Oscillazioni amplificate tono dell'umore

Difficoltà neuropsicologiche

Irrequietezza motoria

Anedonia

Labilità affettiva

Craving in assenza di stimoli esterni

Acting out

Sofferenza per l'isolamento causata anche dalla loro modesta capacità relazionale

Altre caratteristiche osservate:

Resistenza nell'esecuzione dei compiti proposti
Presenza di rituali ossessivi
Personalità caratterizzate dal predominio di operazioni difensive primitive
Raramente, perdita dell'esame di realtà

Tali aspetti, non superabili attraverso metodologie non individualizzate, segnalano la difficoltà di impostazione e compliance di un programma terapeutico riabilitativo residenziale di lungo periodo. Il livello difensivo prevalente è basso e spesso compromesso da un disturbo paranoide di personalità.

Di seguito le caratteristiche dell'assetto difensivo prevalente:

<p>1 ACTING</p>	<p>Livello caratterizzato da un funzionamento difensivo che affronta le fonti di stress interne o esterne per mezzo dell'azione o del ritiro. Le azioni vengono intraprese senza considerazione per le conseguenze.</p>	<p>Acting Out Aggressione passive Help-Rejecting Complaining (Lamentarsi ma rifiutare l'aiuto offerto) Ritiro nell'apatia</p>
<p>2 DISTORSIONE MAGGIORE DELL'IMMAGINE</p>	<p>Livello caratterizzato da grossolana distorsione e attribuzione evidentemente errata dell'immagine di sé o degli altri per mantenere un senso coerente del Sé ed evitare la frammentazione.</p>	<p>Identificazione proiettiva Scissione dell'immagine del sé o degli altri</p>
<p>3 DINIEGO</p>	<p>Livello caratterizzato dall'esclusione dalla coscienza di agenti stressanti, impulsi, idee, affetti o responsabilità spiacevoli o inaccettabili, con o senza erronea attribuzione di essi a cause esterne.</p>	<p>Diniego/Negazione Proiezione Razionalizzazione (sebbene non sia una difesa di diniego, questo livello comprende anche la fantasia schizoide)</p>

Estrema difficoltà relazionale quando è presente il **Disturbo Paranoide di Personalità**
La relazione di aiuto è costantemente compromessa
Il rapporto con gli altri pazienti è di evitamento oppure di scontro

In assenza di comprovati e persistenti deliri di persecuzione l'ideazione paranoide si caratterizza per sfiducia pervasiva, ingiustificata sospettosità nei confronti degli altri;
Attribuzione di significati minacciosi nascosti negli eventi innocui;
Dubbi sulla lealtà e affidabilità degli altri;
Riluttanza a confidarsi con gli altri

Il *rancore* si mantiene anche dopo la chiusura del trattamento, anche con esito soddisfacente, e può essere rivolto genericamente alla CT oppure a qualche operatore.

L'ESPERIENZA DI VALLEROTANA

Umberto Paoletti

Ringrazio gli organizzatori per avermi invitato a questo convegno perchè ho ascoltato interessanti interventi. Mi sembra, tra le altre cose, interessante segnalare, a me ha particolarmente colpito, il riferimento che è stato fatto sulla tendenza dei giovani a festeggiare il 18° compleanno con la cocaina. Questa tendenza ci dice che il comportamento legato all'uso di sostanze è molto legato alla "moda" e quindi è un fatto anche culturale come Giacomo Leopardi ha sapientemente descritto nel "dialogo tra la moda e la morte" delle sue Operette Morali.

Il mio contributo, non facendo riferimento alla letteratura scientifica ma all'esperienza diretta presso il CTR Vallerotana, non può che avere carattere limitato. Esclusa, quindi, qualsiasi pretesa di tracciare un modello trattamentale credo possa essere utile sviluppare alcune riflessioni sui problemi che la gestione della dipendenza da cocaina ha posto nella nostra struttura.

Il CTR Vallerotana è una struttura nata per volontà di una associazione di genitori per affrontare i problemi dei figli con dipendenza prevalente da eroina. Torno un attimo alle origini per sottolineare che negli anni ottanta il sistema di cura era molto orientato al trattamento residenziale e le comunità terapeutiche erano molto radicate sul territorio. E' però altrettanto vero che le comunità si muovevano in maniera del tutto autonoma tanto che ogni comunità aveva il suo particolare rapporto convenzionale con il sistema sanitario. Nel corso degli anni 90 il sistema è cresciuto con la strutturazione del servizio pubblico per le dipendenze e dobbiamo aspettare il 2002, nella nostra regione, con la delibera n.1165 per avere un quadro normativo che definisce i requisiti strutturali e funzionali a cui ogni comunità deve attenersi. Ho fatto questo breve riferimento per dire che questo progressivo e necessario intervento normativo, sia nazionale che regionale, ha prodotto negli anni il risultato, e non voglio qui commentare se ciò sia bene o sia male, di trasformare gli Enti Ausiliari in strutture di secondo livello. Cioè strutture destinate ad accogliere per trattamenti residenziali quei soggetti filtrati dai S.ert. Le persone che chiedono aiuto afferiscono, in maniera diretta, sempre meno alle comunità e anche quando ciò accade vengono, dalle stesse comunità, reindirizzate al S.ert per la valutazione diagnostica e la definizione del percorso terapeutico.

Dico questo per evidenziare che il sistema ha fatto sì che gli invii in comunità avvengano soltanto dal servizio pubblico, al quale afferiscono direttamente le richieste di aiuto. In conseguenza di ciò abbiamo come CTR Vallerotana, negli anni, visto ridursi moltissimo la richiesta di primo aiuto per intervenire soltanto quando la richiesta è stata valutata e indirizzata, dal S.ert, verso un trattamento residenziale.

E' sicuramente per questa ragione che non ci sono, in questi anni, pervenute richieste di intervento su soggetti dipendenti esclusivamente da cocaina. Ma in quest'ultimo anno abbiamo avuto richieste di aiuto non provenienti dai S.ert ma direttamente dalle persone interessate e come si vede dai casi esposti soltanto una di queste è definibile cocainomane, le altre sono persone storicamente dipendenti da eroina nelle quali l'uso della cocaina è recente ed ha prodotto una forte paura di perdere non tanto le relazioni affettive e sociali ma la vita stessa. Quindi abbiamo vecchi eroinomani che avendo, per vari motivi, incontrato e abbracciato la cocaina hanno, in un periodo variabile tra i 6 e i 12 mesi, raggiunto un livello di insopportabilità che ha determinato la richiesta di aiuto. In uno dei tre casi la richiesta è stata chiara, "voglio togliere la cocaina ma sono convinto di poter continuare la mia vita con Metadone/eroina."

Ovviamente in passato avevamo avuto persone che avevano usato cocaina (poliassuntori) ma la richiesta di aiuto era comunque inizialmente centrata sui problemi legati alla gestione dell'astinenza da eroina. Nei casi di cui oggi ci interessa parlare, la richiesta si è caratterizzata per una urgenza di entrare in programma residenziale ma senza richiesta aggiuntiva di una terapia farmacologica a quella già da tempo programmata (metadone). In un caso c'è stato da parte del S.ert un prudente aumento iniziale di metadone ma in pochi giorni lo stesso ragazzo ha fatto richiesta di veloce diminuzione.

Paradossalmente possiamo dire che la devastante esperienza della cocaina ha rappresentato occasione di richiesta di aiuto. **E questo aiuto di semplice accoglienza sembra sia stato sufficiente a reggere il distacco dalla cocaina. Evidentemente la comunità ha rappresentato quella "base sicura" vissuta come rassicurante e protettiva, utile a sopportare l'urto del forte e repentino cambiamento di vita. Ricordiamo che queste persone avevano passato gli ultimi mesi (6-12) della loro vita in una compulsiva ricerca di soldi e di sostanza.**

Proviamo a schematizzare:

- queste persone sono venute in comunità a seguito del loro logorante uso di cocaina;
- hanno abbandonato la cocaina (almeno in questa fase) senza richiesta di farmaci aggiuntivi;
- chi da subito, chi dopo due mesi, hanno deciso di escludere dal proprio stile di vita anche l'uso di eroina;
- tutte hanno accettato l'uso del metadone come sostanza astinenziale e quindi un progetto personalizzato di scalaggio.

Di queste persone una soltanto dopo aver concluso lo scalaggio di metadone, in un momento di forte tensione, ha abbandonato la comunità e vi ha fatto ritorno dopo alcuni giorni. Durante la sua "vacanza" ha ovviamente fatto uso di cocaina. Dopo un colloquio di valutazione, durante il quale ha verbalizzato oltre alla sua richiesta di rientrare in programma, una lettura critica del proprio comportamento non ha avuto bisogno di farmaci, nel senso che non li ha richiesti, nemmeno il metadone che aveva tolto e che ovviamente non avrebbe avuto senso riprenderlo.

Francesco anni 50

Anni 50, convive con una compagna e i due figli di lei. Ha sempre lavorato come artigiano ma ha, nell'ultimo anno, lasciato il lavoro a seguito di un infortunio.

Ha iniziato da giovanissimo ad usare sostanze ma è arrivato a bucarsi soltanto dopo vari anni, da allora non ha più smesso se non per brevi periodi. Sono circa 20 anni che prende continuamente metadone. Di sé dice: "se non avessi incontrato la cocaina avrei potuto essere un tossico a vita facendomi una o due volte a settimana". Non riesce a spiegare come ha iniziato ad usare cocaina, le continue offerte a basso costo, gli amici che la usavano....., fatto sta che nell'aprile del 2015 ha iniziato ad usarla e in pochissimo tempo è completamente saltato il suo, pur discutibile, equilibrio. La compagna, che per molti anni aveva pur tollerato l'uso del metadone e dell'eroina, non ha retto la nuova situazione che la cocaina produceva. In poche settimane la cocaina era diventata l'unico interesse aprendo un conflitto insanabile in famiglia. Francesco, che non ha mai fatto esperienza di comunità, chiama chiedendo aiuto. Al colloquio si presenta molto remissivo e supplica di aiutarlo ad uscire da una situazione che non riesce più a gestire e nemmeno a sopportare. Raccolta la sua richiesta di aiuto viene inviato al SerT per la necessaria autorizzazione. Essendo già in trattamento metadonico gli viene fatto un nuovo piano a scalare partendo da una quantità maggiore di quella assunta fino ad allora in aggiunta ad uno psicofarmaco. Francesco è tendenzialmente contrario ad assumere psicofarmaci e di fatto, entrando in comunità, si riserva la possibilità di prenderlo soltanto in caso ne senta la necessità. Da subito chiede di diminuire il metadone che ritiene essere troppo elevato rispetto alla quantità che abitualmente prendeva per poi proseguire uno scalaggio più lento una volta raggiunto un dosaggio minore.

Antonio anni 46

E' sposato con una tossicodipendente ed ha un figlio di 10 anni. Ha sempre vissuto con lavori precari. Ha iniziato in giovane età e non ha più smesso, se non per brevi periodi. Prende metadone da oltre 20 anni. Ha una precedente esperienza di comunità. Negli ultimi mesi sia lui che la compagna hanno iniziato ad usare cocaina ed è saltato il pur precario equilibrio che avevano. Lui si decide a chiedere aiuto perchè sente il rischio di morire. Entra in comunità con la richiesta di interrompere l'uso di cocaina ma senza la convinzione di dover rinunciare al metadone/eroina. E' preoccupato per aver lasciato il figlio con la moglie, che continua ad usare cocaina, ma si dice convinto che almeno uno dei genitori si salvi. Antonio non ha trovato particolari difficoltà a distaccarsi dalla cocaina, ricordiamo che ne ha fatto uso per circa un anno uscendo anche la notte per procurarsela, non ha chiesto nessun aiuto farmacologico ed mantenuto il programma di scalaggio di metadone concordato con il medico del S.erT. Dopo due mesi di comunità inizia a verbalizzare la sua intenzione di uscire anche dall'uso di Metadone/eroina per assumere il ruolo responsabile di genitore. Lo preoccupa il comportamento che la moglie continua ad avere, anche se la loro relazione può considerarsi conclusa, per le ripercussioni sulla crescita del figlio ed è consapevole di criticare il comportamento della moglie che sta facendo esattamente quello che anche lui faceva.

Giuseppe anni 37

Ha una compagna ed un figlio di anni 3. Recentemente la compagna lo ha lasciato, a seguito dei suoi comportamenti legati all'uso di sostanze ed è tornata a vivere con la madre. Francesco confida di poter ricomporre la situazione familiare riuscendo a liberarsi del problema cocaina. Riferisce di aver fumato, in giovane età, spinelli ma in maniera non significativa, nel 96/97 ha iniziato ad usare cocaina in maniera prima occasionale poi con continuità spendendo tutti i soldi del proprio lavoro. Negli ultimi mesi ha fatto debiti coperti dai genitori in casa dei quali è tornato a vivere. Al primo colloquio, viene accompagnato dai genitori, riferisce che vuole liberarsi della cocaina ma che non vuole fare un percorso residenziale, al SerT dove si era rivolto gli era stata aperta la porta per San Patrignano. Ritiene che un percorso ambulatoriale possa andare bene. Ha trovato un nuovo lavoro che dovrebbe iniziare molto presto e che ritiene essenziale per contribuire economicamente ai bisogni del figlio. Riferisce che negli ultimi giorni non ha usato cocaina ma ha solo preso delle benzodiazepine la sera. Chiede di poterci incontrare ancora tra gg 10 circa per avere il tempo di ambientarsi con il nuovo lavoro. All'appuntamento successivo riferisce che è inutile che vada a lavorare perchè ha subito chiesto degli acconti che ha speso in cocaina e quindi chiede un percorso residenziale.

Francesca anni 39

Da molti anni lavora e vive da sola con periodiche convivenze e mantenendo contatti con la famiglia di origine anche se in situazione di perenne conflitto. Dopo molti anni di uso di eroina ha iniziato con la cocaina con la conseguenza di devastare la propria vita anche lavorativa, perdendo un solido lavoro stabile. In rottura con la famiglia ha finito per vivere in stato di abbandono dormendo in macchina. Si decide di chiedere aiuto al SerT dove viene indirizzata a San Patrignano. I familiari si rivolgono alla comunità per impostare un programma di recupero. Francesca accetta di entrare e al suo ingresso ha una terapia a scalare di metadone che completa in poche settimane. Terminato il metadone decide di andarsene per chiedere dopo pochi giorni di rientrare. Ovviamente nei giorni trascorsi fuori è tornata ad usare cocaina. Con l'uscita dalla comunità la famiglia è stata molto attiva nel tentativo di ricondurre Francesca a continuare il percorso residenziale.

PERSEO 2008

esperienze e strumenti – attività 2008 - 2013

Groppi C. - Medico Neurologo, Tossicologo e Psicoterapeuta Ser.T. PT, già responsabile U.F.C. Assistenza Tossicodipendenti e Alcolisti, ASL 3 ,

Michelozzi A.L. - Psicologo-Psicoterapeuta Gruppo Incontro PT, responsabile Sede San Felice

Pesticcio F. - Pedagogista-Educatore, attuale Presidente Gruppo Incontro PT

Vignoli M. - Psicopedagogista, già operatore Ceis PT

PERSEO 2008 è nato come progetto sperimentale di cura rivolto a soggetti cocainomani o consumatori di sostanze psicostimolanti o affetti da dipendenze comportamentali senza sostanze.

Un programma terapeutico denominato PERSEO era già stato sperimentato nel 1999/2000, rivolto esclusivamente ad abusatori di cocaina; gli aspetti allora innovativi consistevano in un tentativo di integrazione tra servizio pubblico per le tossicodipendenze di Pistoia e privato sociale, nell'approccio quasi esclusivamente gruppale, nell'assenza di inserimento dei pazienti in programmi residenziali di comunità.

Le potenzialità terapeutiche mostrate dal primo PERSEO ed anche le sue criticità, dopo una fase di valutazione sia di esito che di fattibilità, scaturirono l'idea di PERSEO 2008 in cui l'integrazione si sviluppava tra il servizio pubblico (Ser.T. di Pistoia) e due Enti Ausiliari locali (Gruppo Incontro e Ceis), il target si ampliava ai comportamenti psicostimolanti e nel quale l'aspetto metodologico e di approccio terapeutico erano fortemente implementati rispetto al PERSEO originario.

Nella fase di start-up PERSEO 2008 ottenne finanziamenti dalla Regione Toscana e dal Ministero della Salute-Dipartimento Centrale Antidroga. Tali finanziamenti permisero la sua attuazione dal 2008 al 2011; PERSEO 2008 è poi proseguito, negli anni 2012-2013, grazie ad un tentativo di "messa a regime" di questo programma terapeutico specifico per cocainomani, secondo i dettami della DGRT 1165/02.

L'ultimo gruppo terapeutico di PERSEO 2008 si è svolto nel 2013, dopodiché questa esperienza si è chiusa.

Qui di seguito si narrano alcuni tra i principali aspetti del programma, da un punto di vista prettamente esperienziale, rimandando ad una successiva pubblicazione la trattazione di PERSEO 2008 dal punto di vista metodologico e scientifico.

PERCHE' UN PROGETTO SPECIFICO?

I pazienti cocainomani faticano ad accedere ai Ser.T. (in particolare quelle persone adeguatamente inserite socialmente, con lavoro stabile, senza problemi legali) in quanto:

- nei Ser.T. l'accesso alle prestazioni avviene quasi sempre in orari e con modalità non confacenti a chi svolge un'attività lavorativa, molteplici inoltre le problematiche legate a privacy ed anonimato
- i percorsi residenziali di comunità "tradizionali" non sono idonei per questa tipologia di utenza
- desiderio di sperimentare interventi più articolati, che considerino prevalentemente la personalità del cocainomane, invece che esclusivamente basati sul sintomo/problema

TARGET:

CRITERI DI INCLUSIONE INIZIALI

- Consumo problematico, abuso, dipendenza da cocaina con buona motivazione al trattamento
- Persone di età adulta (30-45 anni) che consumano cocaina o attuano comportamenti da iperstimolazione spesso caratterizzati da compulsività: gioco d'azzardo, shopping addiction, sex e sport addiction
- Assenza di Disturbi di personalità in forma grave (Borderline, Antisociale,...) e/o Psicotici associati, le cosiddette "doppie diagnosi".

CRITERI DI INCLUSIONE IN PROGRESS

- Ex eroinomani o pazienti in terapia sostitutiva con oppiacei che hanno virato/aggiunto consumo di cocaina e comportamenti da iperstimolazione
- Giovani che utilizzano in prevalenza sostanze psicostimolanti spesso mescolate/alternate a sostanze psicorilassanti
- Persone con forti problematiche di impulsività, instabilità emotiva, scarsa percezione dei rischi, con tendenze paranoiche o con tratti spiccatamente antisociali (doppie diagnosi?)

FINALITA'

- Sperimentazione e sviluppo di un modello articolato ed integrato, non tradizionale, di presa in carico per soggetti consumatori, abusatori e dipendenti da cocaina
- Raggiungimento e consolidamento dell'astinenza da cocaina

OBIETTIVI SPECIFICI

- Far apprendere modalità di autoregolazione secondo il modello cognitivo-comportamentale
- Ridurre comportamenti compulsivi ed impulsivi
- Relazionarsi in maniera efficace con la struttura di personalità che fa da sfondo all'uso/abuso di cocaina, stimolando una presa di contatto emotiva che permetta una modulazione del "dolore" ed un'integrazione psico-somatica
- Attivare nuove esperienze emotive che diano luogo a trasmutazioni personali interne ed esterne

IL PROGRAMMA TERAPEUTICO

PERSEO 2008 è stato un trattamento specialistico ad alta integrazione socio-sanitaria, della durata 8-9 mesi, connotato dalla fusione/coesistenza di diversi approcci metodologici.

Era scandito in **tre moduli** ad intensità di cura variabile: **ambulatoriale** (bassa intensità), **serale** (media intensità), **residenziale** (alta intensità) suddivisi in **fasi** che si attuavano con interventi e impostazioni organizzative diversi.

Un programma così articolato aveva lo scopo di sperimentare interventi terapeutici non tradizionali, in particolare integrando approcci psicodinamici ed esperienziali con quelli cognitivo-comportamentali, al fine di contattare in maniera più efficace la struttura di personalità che solitamente fa da sfondo all'uso/abuso di cocaina oltre che un lavoro mirato all'astinenza.

LE FASI DEL PERCORSO PERSEO 2008

LE FASI DEL PERCORSO PERSEO 2008

- FASE I : AMBULATORIALE/COSTITUZIONE DEL GRUPPO (2-3 MESI)
- FASE II : RESIDENZIALE DI STOP (1-2 settimane)
- FASE III : SERALE DI PRIMO CONSOLIDAMENTO (2-3 mesi)
- FASE IV : RESIDENZIALE DI APPROFONDIMENTO EMOTIVO (1/2 settimane o week-end)
- FASE V : SERALE DI SEPARAZIONE DAL PROGRAMMA (1-2 mesi)
- FASE VI : AMBULATORIALE DI FOLLOW UP (6 e 12 mesi) + EVENTUALE RESIDENZIALE DI RINFORZO

FASE I: AMBULATORIALE (Ser.T, Ceis, Incontro)

Conoscenza, valutazione, approfondimento psico-diagnostico, condivisione del progetto, contratto terapeutico

Valutazione psichiatrica e tossicologica, assessment psicosociali

Monitoraggio urine

Eventuale prescrizione terapia farmacologica sintomatica

Somministrazione di test psicodiagnostica

Colloqui motivazionali individuali e preparazione all'ingresso in gruppo mediante l'istituzione di un cosiddetto "gruppo attesa" che rimaneva aperto a nuovi ingressi accettati fino all'avvio vero e proprio del programma

I familiari: anonimato, coinvolgimento parziale.

FASE I: COSTITUZIONE DEL GRUPPO (Ceis) (durata: 2/3 mesi)

Accogliere il paziente per facilitare la compliance terapeutica

Introdurre a un approccio comportamentale e cognitivo: analisi funzionale, definizione degli obiettivi, individuazione situazioni, trigger

Preparare il paziente alla fase residenziale di "stop"

Introdurre strumenti di sostegno non tradizionali, ad esempio contatore, SMS, crediti, improvvisazioni

INTRODUZIONE AL TRATTAMENTO RESIDENZIALE (Incontro)

Approccio metodologico integrato

Abbiamo scelto una modalità di intervento che coinvolge attivamente la parte non verbale, immaginativa e corporea oltre a quella verbale. L'uso di questo approccio ci sembra adatto per questo tipo di pazienti che, essendo imprigionati nell'angusto spazio dell'agire coatto e fortemente legati ad identificazioni rigide di sé e dell'oggetto, hanno bisogno di essere aiutati ad uscire dalla propria "cecità emotiva ed immaginativa" al fine di aprirsi al nuovo e al non conosciuto.

Le *decostruzioni* e *ricostruzioni* attivate da questi approcci danno vita a nuovi riassetamenti e trasmutazioni emotive a vari livelli.

Abbiamo organizzato maratone di gruppo intensive adatte a questa tipologia di utenza.

APPROCCIO METODOLOGICO INTEGRATO DURATA: 1-2 SETTIMANE

Gruppo psicodinamico

Gruppo di rilettura delle dinamiche personali e di gruppo sul "qui ed ora"
Ha funzione contenitiva e assicura continuità

Gruppo Bio-energetico

Gruppo psicodramma

Gruppo arte-terapia

I gruppi, con approcci diversi, hanno lo scopo di aprire più finestre emotive ed immaginative (riduzione del cognitivo)
Tecniche attive

Tecniche di rilassamento, meditative, corporee

Interventi mirati al recupero di funzionalità psicofisiche, alla gratificazione del corpo, alla modulazione delle fluttuazioni emotive e oscillazioni dell'umore

INTRODUZIONE AL TRATTAMENTO RESIDENZIALE (Incontro)

Gruppo psicodinamico

Gruppo a cadenza giornaliera, gli argomenti di discussione possono riguardare sia la situazione interna al gruppo, sia le problematiche individuali, intrapsichiche o relazionali della vita quotidiana (residenziale) di ogni individuo. Gli incontri di gruppo non hanno carattere tematico, ma viene incentivata la libera espressione di ciò che di volta in volta è sentito come più significativo, urgente o che spontaneamente si determina.

Questo gruppo assume la funzione di "contenitore" e "metabolizzatore" degli elementi dispersi, delle angosce, delle difese, delle proiezioni dei partecipanti.

Inoltre la funzione è quella di chiudere le "gestalt" e assicurare una continuità.

INTRODUZIONE AL TRATTAMENTO RESIDENZIALE (Incontro)

Modalità di conduzione

Nel corso delle diverse sedute i conduttori lavorano in uno spazio che può andare da una terapia di sostegno ad una terapia psicodinamica finalizzata alla necessità di dare senso a quanto si muove nel gruppo sia a livello emotivo (gruppo in assunto di base, clima di fondo, posizionamenti) che relazionale (obiettivo di lavoro).

E' in questo modo che nei diversi partecipanti si cerca di riattivare quelle funzioni mentali e quei processi di simbolizzazione-mentalizzazione che erano difensivamente inibiti.

Si cerca di innescare un processo trasformativo.

L'attenzione è orientata ad una narrazione confluyente sul "qui ed ora" del passato, del presente e del futuro.

INTRODUZIONE AL TRATTAMENTO RESIDENZIALE

Funzione degli operatori

- Organizzativa: viene costruito, insieme al gruppo, un ambiente di cura continuativo e facilitante. Viene data maggiore attenzione ai vari setting terapeutici, ai tempi, agli spazi e meno alla normativa comunitaria.
- Integrativa e di continuità delle esperienze: come una "mente integrativa" che tiene insieme le evoluzioni-regressioni del gruppo e dei singoli, le reazioni emotive agli altri interventi, i movimenti e gli agiti durante la quotidianità.
- Di ponte: viene preparato, accompagnato, il passaggio alla fase serale esterna e viene consegnato il "testimone" agli altri operatori.

INTRODUZIONE AL TRATTAMENTO RESIDENZIALE (Incontro)

Gruppi psicoterapeutici esperienziali: Bioenergetico, Psicodramma, Arte-terapia

Sono *gruppi attivi*, dove si privilegia il movimento, il fare, il corpo, l'aspetto simbolico e immaginativo rispetto al piano cognitivo e verbale. Sono gruppi strutturati, si definisce al paziente cosa si sta facendo e quali sono gli obiettivi che si intendono raggiungere. Esiste un tempo di durata definito, uno spazio ben delimitato, un contesto adeguato, dei limiti chiari.

Emergono, vengono evocati, stati emotivo-corporei, immagini, fantasie, pensieri non familiari che possono essere inseriti in una "nuova gestalt" e aprire a diverse trame narrative.

Si cerca di aprire un'area intermedia dove si può giocare, essere spontanei, creare e dove è possibile un'integrazione psicodinamica.

INTRODUZIONE AL TRATTAMENTO RESIDENZIALE (Incontro)

Modalità di conduzione

Scopo dei terapeuti è quello di favorire l'apertura di più finestre emotive, corporee, immaginative, cercando di limitare la dimensione cognitiva (razionale).

Si utilizzano tecniche attive che mettono in gioco, in un contesto protetto, la persona.

Vengono destrutturate forme di pensiero, costrutti verbali e strategie difensive codificate per permettere di entrare in contatto con parti di sé sconosciute, fragili, autentiche.

Il terapeuta deve stare attento al processo (step a livello emozionale, di movimento, di compito), a quello che sta accadendo ed alla tenuta emotiva dei partecipanti. Deve rileggere ciò che succede e chiudere le gestalt aperte.

INTRODUZIONE AL TRATTAMENTO RESIDENZIALE (Incontro)

Attività di gratificazione, di rilassamento motorie

Sono attività di gruppo che mirano a resettare le consuete strategie di gratificazione (comportamenti psicostimolanti, ripetitivi, confusivi, evacuativi orientati alla ricerca di una sostanza-oggetto esterno) e ad introdurre strumenti per il recupero di funzionalità psicofisiche inibite o trascurate.

La persona viene autorizzata a sperimentare approcci che gratificano il corpo, facilitano la distensione, permettono un contatto corporeo.

Vengono introdotte tecniche di rilassamento, tecniche meditative, massoterapia, joga e attività ginnico-sportive.

Permettono una modulazione delle fluttuazioni emotive e delle oscillazioni dell'umore.

Durante e alla fine dell'esperienza il conduttore stimola l'auto-osservazione dei partecipanti e propone una propria rilettura.

INTRODUZIONE AL TRATTAMENTO RESIDENZIALE (Incontro)

Il setting

- *Il tempo* è strutturato "rispecchiando" il modo di essere tipico del cocainomane, inizialmente con spazi "vuoti" ridotti che vengono gradualmente ampliati e autogestiti (soprattutto nella seconda residenzialità).
- *Lo spazio* è strutturato in modo da creare le condizioni per un ambiente che autorizzi la distensione. Uno "spazio transizionale" dove si può distruggere, giocare, rilassarsi, creare.
- Vi sono vari setting *con diversi vertici osservativi ed operativi*.
- *Coinvolgimento attivo dei pazienti* nell'organizzazione e negli aspetti normativi. Non riproposizione del modello di C.T.

FASE II: RESIDENZIALE DI STOP (Incontro)

Durata: 1/2 settimane

- **RIDIMENSIONAMENTO DELLE DIFESE NARCISISTE, ONNIPOTENTI, OSSESSIVE**
 - **GESTIONE DEGLI IMPULSI**
- **RIDUZIONE DELL'ANGOSCIA E MODULAZIONE DELLA FRUSTRAZIONE**
- **RESETTING DELLE CONSUETE STRATEGIE DI GRATIFICAZIONE**

↓
come ?

Agganciare ed incuriosire, ritenzione in trattamento

Sviluppare un "contenitore" capace di accogliere e metabolizzare le evacuazioni (agiti, angosce, proiezioni, attacchi violenti...)

Aiutare a prendere contatto corporeo ed emozionale

Avviare un processo trasformativi che dia "raffigurabilità" alle esperienze emotive

IL PROCESSO TERAPEUTICO

Fase di stop

- Alta intensità della cura e sostegno rilevante (soprattutto nei momenti di sfiducia, quando compaiono ansie persecutorie, mancanze o appaiono meccanismi svalutanti che possono determinare l'abbandono del percorso). Funzione di lo-Ausiliario.
- Asimmetria terapeutica (accoglimento dei transfert negativi, delle identificazioni proiettive, assunzione della leadership...)
- Forte "rispecchiamento" e "ancoraggio".

FASE III DI CONSOLIDAMENTO (Ceis) (Durata 2-3 mesi)

Sviluppo di abilità cognitive ed emotive necessarie ad aumentare il senso di sicurezza di Sé nelle situazioni esterne.

Vengono utilizzati in prevalenza metodi di tipo cognitivo-comportamentale:

- combattere il desiderio
- sostegno alla motivazione
- rifiuto/determinazione
- decisioni apparentemente irrilevanti
- piano di difesa multifunzionale
- problem-solving

Incontri a cadenza settimanale di gruppo con forte attenzione alla prevenzione delle ricadute.

Durante questo modulo sono previste uscite serali o nei week-end per attività terapeutiche alternative (parchi, mostre, cene, feste a sorpresa) e per consolidare-sostenere il gruppo.

FASE IV: RESIDENZIALE DI APPROFONDIMENTO EMOTIVO

(Incontro)

(Durata 1/2 settimane o week-end)

- APPROFONDIMENTO DEI VISSUTI EMOTIVO-RELAZIONALI
- SOSTEGNO ALLA CAPACITA' DI ESPRIMERE SENTIMENTI, BISOGNI, DESIDERI IN MODO PIU' APPROPRIATO (riduzione del "falso sé" quando disfunzionale)
- ACCETTAZIONE DEI PROPRI LIMITI (E VISSUTI DEPRESSIVI)
- RICERCA DI PIACERE ALTERNATIVO



come ?

Potenziare la funzione immaginativo-simbolica che possa dare raffigurabilità e senso alle esperienze .

Ristoricizzare e rinarrare la propria storia tossicomana, affettiva, di sviluppo, relazionale.

Sostenere esperienze di sé più autentiche che preludono a nuove identità, a possibili lutti, ad eventuali progetti successivi.

IL PROCESSO TERAPEUTICO **Fase di approfondimento emotivo**

- Permane un'alta intensità della cura ma con ridotto sostegno (debole funzione di lo- ausiliario); accoglimento dei vissuti depressivi.
- Maggior collaborazione terapeutica, retrocessione sullo sfondo dell'operatore pur mantenendo la direzione della cura.
- Partecipazione alle dinamiche di gruppo e attenzione nel garantire un funzionamento come gruppo di lavoro (importanza Trainer)
- Il paziente ha la possibilità di continuare un filone su di sé avviato in precedenza con ognuno dei terapeuti oppure può aprirlo di nuovo per vederne risorse e limiti.
- Vi è l'opportunità di ri-annodare una trama narrativa della propria storia che può spaziare dal "presente" verso il "passato" o verso il "futuro".

FASE V: SERALE DI RINFORZO E DI PREPARAZIONE ALLA SEPARAZIONE (Ceis)

(Durata: 1/2 mesi)

Modificare il rapporto con il contesto ambientale, rafforzare gli strumenti necessari ad affrontare "coazioni a ripetere" problematiche, sostenere nuovi progressi

- consolidare le tecniche acquisite
- prevenire le ricadute
- elaborare i lutti e la separazione dal gruppo
- eventuale preparazione a progetti successivi nel caso di pazienti ancora non dimissibili

Gruppi serali a cadenza settimanale e poi quindicinale.

FASE VI: AMBULATORIALE (Ser.T.)

Follow-up

Sono previsti dei follow-up a 6 e 12 mesi.

- Si effettua una visita medica, colloqui psicologici per ciascuna verifica, esami tossicologici, altri tests.
- Si propone un eventuale fase residenziale di rinforzo per pazienti che non sono ancora dimissibili. Ingresso in un altro gruppo oppure formula week-end.
- Si propone ad altri pazienti l'uscita dal programma ed una presa in carico diretta del SER.T. con altri progetti.

Strumenti particolari e trasversali a tutte le fasi

Strumenti per agganciare, sostenere, spiazzare, incentivare, ancorare i pazienti in trattamento. Sono strumenti pensati per suscitare nuove esperienze di sé oltre a creare un "alone" di mistero e curiosità.

Si suddividono in:

modalità non tradizionali di sostegno:

- Mail, SMS, telefonate
- Trainer
- Incontri allargati con altri operatori o con i partecipanti ai gruppi precedenti

Strumenti particolari trasversali a tutte le fasi

Premi e incentivi

- contatore: numero giorni astinenza dall'ultima ricaduta alla cocaina (e altre sostanze). Funzione di aggancio, modeling e rinforzo,
- punteggio e crediti: valutazione dell'andamento, dell'adesione al programma, del raggiungimento di obiettivi. Metodo basato sul rinforzo e sull'incentivo invece che sulla punizione,
- premio finale: a seconda dell'obiettivo – livello raggiunto viene dato un premio da utilizzare all'esterno (pacchetto centro benessere, biglietti per spettacoli teatrali...)

Strumenti particolari trasversali a tutte le fasi

Elementi simbolici come forme di ancoraggio

- Diario di bordo: organizzazione dei vissuti emotivi durante la quotidianità,
- Talismano: dagli elaborati individuali di arte-terapia e da ciò che si evidenzia negli altri contesti-gruppi emerge una immagine "simbolo" (un condensato del modo di essere, di sentire, di agire,...) sotto forma di tessera
- Diploma: al termine del programma, a chi conclude positivamente, viene consegnato un diploma sotto forma di pergamena con una restituzione (profilo) personale e/o del percorso. Riferimento al "mito Perseo".

Strumenti particolari trasversali a tutte le fasi

Sorprese, drammatizzazioni, gioco

Creazione di situazioni improvvise e inaspettate che evocano stati emotivi perturbabili ma accattivanti: giochi di gruppo, danza, feste, attività impreviste.

Il gioco, la capacità di giocare in maniera creativa, l'immaginazione, permettono al soggetto di esprimere l'intero potenziale della propria personalità e riempire lo spazio tra sé e l'ambiente.

Si attivano esperienze di sé autentiche che, solitamente, "decostruiscono" quelle identificazioni rigide tipiche del cocainomane (Super-io efficiente, spavaldo, adattato...) e mettono in moto trasformazioni emotive.

LE EQUIPES

- **EQUIPE INTEGRATA DI COORDINAMENTO:** ideatore del programma PERSEO 2008 e responsabile della sua attuazione nel periodo 2008-2013 è stato l'allora Responsabile del SER.T. di Pistoia, medico specialista e psicoterapeuta, il quale, nel suo ruolo di coordinatore generale, era affiancato da un responsabile per il CEIS ed un responsabile per il GRUPPO INCONTRO, a suo tempo individuati come referenti delle diverse fasi operative.

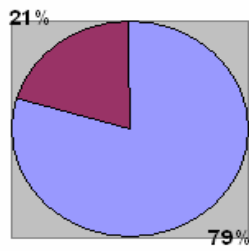
Tale equipe si riuniva una volta al mese per verificare l'andamento generale del programma, temi clinici e organizzativi generali (nuovi ingressi, uscite dal programma, variazioni impreviste, monitoraggio costi economici..)

- **EQUIPE MULTIPROFESSIONALE DI FASE:** medico del SER.T., psicologi, psicoterapeuti, educatori, assistenti di base afferenti al Gruppo Incontro o al Ceis. Vi erano 2 operatori referenti che seguivano le fasi serali (Ceis) e 2 operatori referenti che seguivano le fasi residenziali (Incontro).

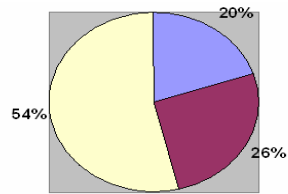
Si riuniva prima dell'inizio e al termine di ogni fase, durante la residenzialità e il serale, per discutere sui casi, sul gruppo e su temi organizzativi interni.

VALUTAZIONE DI ESITO

Dal 2008 si sono conclusi 4 gruppi. Ciascun gruppo era costituito da un numero di utenti variabile (da un minimo di 5 a un massimo di 10), per un totale di 39 pazienti trattati.

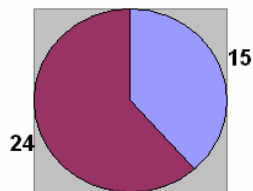


■ uomini 31 ■ donne 8

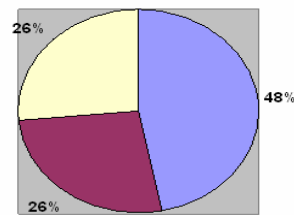


■ 8 tra i 40 e i 50 anni ■ 10 tra i 20 e i 30 anni
■ 21 tra i 30 e i 40 anni

Titolo di studio e situazione lavorativa

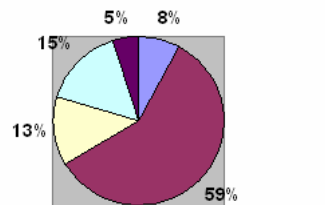


■ diploma/laurea ■ media inferiore



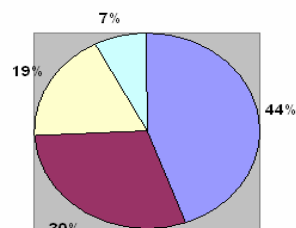
■ autonomi/ liberi professionisti
■ dipendenti
■ disoccupati

Modalità assunzione



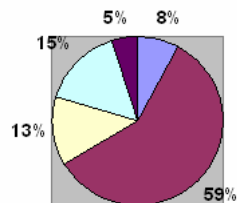
■ e. v. 3 ■ sniffing 23
■ crack 5 ■ sniffing + crack 6
■ e. v. + crack 2

Policonsumo



■ alcol 12 ■ thc 8 ■ eroina 5 ■ gap 2

Via di assunzione



■ e. v. 3 ■ sniffing 23
■ crack 5 ■ sniffing + crack 6
■ e. v. + crack 2

Follow-up

Utenti che non hanno concluso il programma: Tot. 21

- 1 in condizione DRUG FREE da più di 6 mesi
- 8 netta RIDUZIONE DEL CONSUMO di cocaina
- 4 ancora DIPENDENTI/CONSUMO PROBLEMATICO
- 1 entrato in COMUNITA'
- 2 in CARCERE
- 1 DECEDUTO
- 4 NESSUNA NOTIZIA

Utenti che hanno concluso il programma: Tot. 18

- 16 in condizioni DRUG FREE a 12 mesi
- 2 RICADUTE

Esiti

	Programma concluso (n. 18)	Programma non concluso (n. 21)
Sesso	Programma concluso (n.18)	17 uomini 4 donne
Età	Tra 20 e 30: 4 Tra 30 e 40: 10 Tra 40 e 50: 4	Tra 20 e 30: 4 Tra 30 e 40: 13 Tra 40 e 50: 4
Titolo di studio	Laurea/diploma superiore: 7 Medie inferiori: 11	Laurea/ diploma superiore: 8 Medie inferiori: 13
Lavoro	Liberi professionisti/autonomi: 10 Dipendenti: 4 Disoccupati: 2 Cond. Non lavorativa: 2	Liberi professionisti/autonomi: 6 Dipendenti: 5 Disoccupati: 7 Cond. Non lavorativa: 3

Esiti

	Programma concluso (n. 18)	Programma non concluso (n. 21)
Modalità di consumo	Solo cocaina: 6 Policonsumo: 12 - Alcol 8 - Thc 2 - Bdz 1 - Oppiacei 1	Solo cocaina: 4 Policonsumo: 17 - Alcol 4 - Thc 6 - Bdz 1 - Oppiacei 4 - Gioco d'azzardo 2
Vita di consumo	Endovena 1 Sniffing 11 Crack 2 Sniffing + Crack 2 Endovena + Crack 0	Endovena 2 Sniffing 12 Crack 3 Sniffing + Crack 4 Endovena + Crack 2

RIFLESSIONI CONCLUSIVE E CRITICITA'

Rispetto agli esiti positivi

- Il 46% dei soggetti ha positivamente concluso il programma ed effetti positivi si sono registrati in ulteriori 10 soggetti (26%) che pure non hanno concluso il programma (8 hanno significativamente ridotto il consumo, 1 ha poi scelto un programma residenziale in CT, 1 ha comunque raggiunto il drug-free da 6 mesi).
- Non si sono evidenziate differenze significative tra chi ha concluso/non concluso il programma

in termini di sesso, età titolo di studio, modalità di assunzione. Una differenza la cui significatività è da verificare è invece rappresentata dalla condizione lavorativa: maggiore presenza di programma concluso tra soggetti occupati rispetto ai disoccupati.

- Dai follow-up a 12 mesi si evince che il Programma Perseo 2008 è risultato efficace per pazienti in fase di *consumo problematico, abuso o dipendenza da cocaina* (anche ove associati a comportamenti psicostimolanti), con maggiore livello iniziale di motivazione al cambiamento e minore grado di negazione.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE E CRITICITA'

Rispetto agli esiti negativi o parzialmente positivi

- per altre tipologie come *giovani* (che utilizzano sostanze stimolanti in maniera prevalente o mescolate a sostanze psicorilassanti e che presentano precoce abbandono scolastico, inoccupati e assetto familiare fragile), oppure *ex-eroinomani* (che hanno virato verso la cocaina o comportamenti psicostimolanti) il programma ha dato una risposta parzialmente definibili di "stop per breve periodo".
- per pazienti problematici rispetto ad impulsività, instabilità, onnipotenza narcisista, con craving che non si attenua o con una storia di dipendenza prolungata, nei quali sussiste negazione del problema e scarsa percezione dei rischi, il programma ha comunque rappresentato una forma di aggancio e contenimento per accedere ad altri programmi (ambulatoriale, Ser.T. o residenziale in C.T.).

RIFLESSIONI CONCLUSIVE E CRITICITA'

Osservazioni rispetto al programma

- Difficoltà di integrazione continuativa sia a livello di fase che tra le fasi, macchinosità eccessiva e grande quantità di figure coinvolte con ricadute in termini di costi. La buona contaminazione reciproca, le identità di appartenenza (Ser.T., Ceis, Incontro) sono evaporate nel "gruppo equipe".
- I pazienti più gravi dal punto di vista della espressività sintomatologia del disturbo psichico di base (con sottesi disturbi di personalità o con problematiche antisociali evidenti) non hanno mostrato una sufficiente tenuta oppure hanno messo in atto trasgressioni-agiti che fuoriuscivano dal contratto terapeutico che di norma definisce la compliance. Abbiamo osservato che, per pazienti borderline/istrionici, il trattamento può funzionare da "argine contenitivo" ma sempre in relazione alle capacità di tolleranza del gruppo di pazienti e degli operatori.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE E CRITICITA'

Possibili implementazioni

- Snellimento del programma mediante esclusione di proposte-attività che non hanno avuto rispondenza e, semmai, sono state utilizzate per gratificazioni fini a se stesse (ad esempio le attività di massoterapia stimolavano il corpo producendo quasi esclusivamente effetti erotizzanti; altre attività corporee invece di resettare le consuete strategie di gratificazione le rinforzavano).
- Netta riduzione delle fasi residenziali, privilegiando la formula week-end, sia per adattarsi maggiormente alle esigenze lavorative o familiari dei pazienti, sia per evitare la "delega della cessazione del consumo" al luogo protetto.
- Incremento di attività con significato simbolico-metacognitivo.
- Studio del potenziale di replicabilità/riproducibilità del programma PERSEO 2008 specifico per cocainomani in altre realtà territoriali.
- Applicazione dell'approccio metodologico che connota il programma PERSEO 2008 anche alle dipendenze comportamentali emergenti.

Adaptation of individual Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) to group treatment delivery for patients with cocaine abuse or dependence

Dr.ssa Marta Milianti
Dipartimento delle Dipendenze
U.O. Medicina delle Farmacotossicodipendenze
Azienda USL 5 Pisa

Treating cocaine addiction with a cognitive-behavioral approach: K.Carroll's technique

Il trattamento cognitivo comportamentale (CBT) è un intervento a breve termine finalizzato ad aiutare i pazienti dipendenti da cocaina a raggiungere e mantenere l'astensione da questa o altre sostanze.

Alla base vi è il presupposto che i processi di apprendimento giochino un ruolo fondamentale nello sviluppo e nel mantenimento dell'abuso/dipendenza da cocaina. Questi stessi processi di apprendimento possono essere utilizzati per aiutare i pazienti a ridurre l'uso della sostanza.

La CBT aiuta i pazienti a:

RICONOSCERE le situazioni a rischio durante le quali è più probabile usare cocaina.

EVITARE queste situazioni quando possibile.

FAR FRONTE in modo più efficace ad una serie di problemi e comportamenti problematici associati all'uso della sostanza.

- La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è un intervento a breve termine, adattabile alla maggior parte dei programmi clinici
- è stata ampiamente valutata in numerosi trials clinici e ha un solido supporto empirico come trattamento per abuso/dipendenza da cocaina, in particolare relativamente alla durata dei suoi effetti e alla efficacia in pazienti a maggior gravità
- è strutturata, orientata e focalizzata sui problemi imminenti che il paziente si trova ad affrontare nel momento in cui inizia un trattamento finalizzato a ridurre/cessare l'utilizzo di cocaina
- è un approccio individualizzato, molto flessibile e può essere adattato ad un ampio range di pazienti, così come a setting diversi (inpatient, outpatient) e formati diversi (group, individual)
- è compatibile con molti altri trattamenti (es. farmacologici).

Treating cocaine addiction with a cognitive-behavioral approach: K.Carroll's technique

Componenti CBT

- Analisi Funzionale
- Skills Training

Principi di base CBT

- Modellamento
- Condizionamento Operante
- Condizionamento Classico

Domini di rilievo

- Sociale
- Ambientale
- Emotivo
- Cognitivo
- Fisico

Elementi critici del Trattamento Cognitivo Comportamentale

- Incoraggiare la motivazione nei confronti dell'astinenza
- Insegnare modalità per affrontare i problemi e le difficoltà
- Modificare le situazioni che agiscono come rinforzo
- Incoraggiare la gestione delle emozioni più dolorose
- Potenziare le relazioni e sviluppare supporti sociali

Parametri

- Formato (*individual/group sessions*)
- Durata (*12-16 sessions*)
- Setting (*outpatient/inpatient*)
- Pazienti (*CBT not suitable: no stabilizes psychosis or BD; no stable living arrangements; no stable clinical condition; other concurrent SUD except. THC or alcohol dependence*)
- Compatibilità con altri trattamenti (*pharmacotherapy; family and couples therapy; self-help groups es. CA-AA*)
- Struttura delle sedute (*20/20/20 rule*)
- Contenuti

“Gli 8 Argomenti”

Le tematiche trattate nel ciclo di sedute hanno riprodotto gli “8 argomenti” del modello individuale di Carroll (1998) riadattandole al contesto grupppale.

Gli argomenti sono stati affrontati, in una o più sedute, secondo la sequenza prevista o in un ordine predefinito in base a peculiari esigenze del gruppo (per permettere la pratica delle competenze acquisite) o di specifiche necessità rilevate dai terapeuti nel corso delle sedute.

La trattazione di ciascun argomento è stata supportata dall'utilizzo, sia nel corso delle esercitazioni svolte in seduta che per gli *homeworks* assegnati, di schede in forma cartacea che facilitano la comprensione e lo svolgimento dell'esercitazione.

- Primo argomento: riconoscere e combattere il craving, identificare le concause e i fattori scatenanti il consumo di cocaina, apprendere tecniche di controllo del craving tramite esercitazioni pratiche in seduta e assegnazione di *homeworks*.
- Secondo argomento: sostenere la motivazione del paziente, identificare i pensieri che il paziente associa all'uso di cocaina sostenendo il suo impegno all'interruzione dell'uso di droga. In questa fase è importante orientare l'eventuale ambivalenza dei vari componenti del gruppo in modo da non creare tensioni interne e/o dinamiche interferenti con il perseguimento degli obiettivi.
- Terzo argomento: apprendere e mettere in pratica strategie di rifiuto della cocaina tramite *role play* ed esercitazioni in seduta.
- Quarto argomento: riconoscere ed esaminare le cosiddette “decisioni apparentemente irrilevanti” (Marlatt & Gordon, 1985) e la loro relazione con situazioni che comportano un alto rischio, con identificazione di esempi concreti ed esercitazione sui processi decisionali finalizzati alla riduzione fino all'evitamento del rischio.

- Quinto argomento: In questa fase i terapeuti operano con il gruppo al fine di far sviluppare ad ogni paziente un piano di difesa multifunzionale per far fronte alle difficoltà nel raggiungere o mantenere l'astensione dal consumo. Tale piano, ampio e personalizzato, deve basarsi su elementi operativi e concreti e ordinati in precise sequenze temporali.
- Sesto argomento: con la tecnica del *problem solving* i terapeuti conducono i partecipanti al gruppo ad identificare l'approccio più promettente per la soluzione di problemi attuali. Le soluzioni individuate sono quindi messe in pratica valutando la loro efficacia con esercitazioni interne ed esterne.
- Settimo argomento: gestione del caso. Riesame e applicazione del *problem solving* a problematiche psicosociali così da perfezionare un concreto piano di sostegno teso alla soluzione di eventuali problemi psicosociali.
- Ottavo argomento: I terapeuti forniscono indicazioni sulle modalità di trasmissione dell'HIV e di agenti patogeni responsabili delle principali patologie a trasmissione sessuale.

Adaptation of individual CBT to the group treatment format

Scopo di questo studio è stato quello di adattare il trattamento cognitivo comportamentale individuale al gruppo, al fine di fornire un intervento psicoterapico di gruppo valido ed efficace ai pazienti con abuso/dipendenza da cocaina in cerca di trattamento.

L'intervento CBT è ideale per essere integrato in programmi terapeutici erogati in un setting ambulatoriale e, con misure appropriate, in programmi che prevedono un setting residenziale.

Alcuni autori hanno già evidenziato l'utilità di un trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo per pazienti con abuso/dipendenza da cocaina (Tzilos et al., 2009, Sanchez et al., 2011).

- L'intervento è composto da 12 sedute della durata di 90 minuti, per consentire a tutti i partecipanti di condividere la propria esperienza e partecipare ai role playing. Le sedute sono state effettuate con frequenza bisettimanale a gruppi di 4-9 pazienti.
- L'intervento inizia dopo due incontri individuali preparatori, finalizzati a valutare la motivazione del paziente e la presenza di capacità cognitive adeguate per l'apprendimento delle competenze (Carroll, 1998; Morgan-Lopez & Fals-Stewart, 2007).
- I pazienti che hanno necessitato di ricovero per stabilizzare sintomi psichiatrici concomitanti sono stati indirizzati al *residential treatment* per un periodo di 8 giorni. Le prime due sedute sono state effettuate durante il ricovero e la terza il giorno della dimissione. In seguito sono state effettuate sedute bisettimanali in regime di day-hospital.

Struttura delle sedute

Le sedute sono guidate da un terapeuta e da un osservatore che può supportare il terapeuta in caso di dinamiche interpersonali disfunzionali e tensioni tra i partecipanti al gruppo o tra partecipanti e terapeuta.

Prima seduta Caratteristiche generali dell'intervento CBT

Basi neurobiologiche dell'addiction

Principali manifestazioni cliniche

Complicazioni acute e croniche correlate all'uso di cocaina

Questa seduta è supportata da materiale audiovisivo specifico. L'uso di un linguaggio tecnico e la trattazione di argomenti di interesse medico-scientifico contribuisce ad aumentare l'interesse dei componenti del gruppo.

Struttura delle sedute

Sedute 2 -11° "30/30/30 Rule":

Primi 30 min. review del craving giornaliero e dell'uso autoriferito di cocaina (analisi funzionale).

Questa fase è caratterizzata dal controllo di homeworks assegnati ed ha come "protagonisti" i pazienti; il terapeuta svolge il ruolo di facilitatore, guidando la discussione con domande o riflessioni.

Successivi 30 min. Introduzione e discussione di un nuovo argomento/competenza

Ultimi 30 min. pazienti e terapeuta concordano homeworks, rivedono il piano della settimana e anticipano eventuali situazioni ad alto rischio di usare cocaina.

12°seduta

'Final review' Il terapeuta fornisce al gruppo il proprio feedback, con particolare riferimento agli aspetti positivi e ai progressi osservati nei pazienti. Ai pazienti viene chiesto di esprimere il loro livello di gradimento del trattamento e le eventuali preoccupazioni circa una possibile ripresa dell'uso di cocaina.

Pazienti

I partecipanti allo studio sono stati reclutati tra Settembre 2009 and Marzo 2012 in un setting ambulatoriale (U.F.C. SerT Zona Valdera, Azienda USL 5 Pisa) e in un setting residenziale (Casa di Cura "Ville di Nozzano"), nell'ambito del progetto "Assistenza protetta intensiva per persone dipendenti da cocaina (Decreto RT 6681 del 21/12/07 e Delibera GRT n. 292 del 24/04/2011), al quale hanno partecipato 16 SerT insistenti sul territorio toscano, tramite l'invio di pazienti affetti da patologia correlata all'uso di cocaina.

- SerT Aulla
- SerT Massa
- SerT Colle Val D'Elsa
- SerT Lucca
- SerT Montevarchi
- SerT Piombino
- SerT Pistoia
- SerT Viareggio
- SerT Pontedera
- SerT Volterra
- SerT Pisa

- SerT Firenze 4 Puccinotti
- SerT Firenze Q1 Borgopinti
- SerT Firenze UFM 1 Nord -ovest
- SerT Firenze UFM 1 Sud -est
- SerT Firenze UFM 2 Piazza del Carmine

Criteria di inclusione:

- Diagnosi di abuso/dipendenza da cocaina (DSM IV TR)
- Età 18-65 anni.

Pazienti con disturbi psichiatrici in remissione e in condizioni cliniche stabili sono stati arruolati, così come pazienti in trattamento per dipendenza da eroina o con dipendenza da nicotina o altre sostanze (alcol, THC).

Criteria di esclusione:

- Disturbo bipolare o psicosi in fase acuta
- Disturbo mentale organico
- Comportamento o ideazione suicidaria in atto
- Libertà vigilata o sospensione condizionale della pena

Outcomes

- Ritenzione in trattamento (*i.e. percentage of attendance at planned sessions*).
- Consumo di cocaina rilevato mediante analitica tossicologica (urinary benzoylecgonine > 300 ng/ml detected with *EMIT - Allen & Stiles, 1981*. Urine samples were collected twice a week-before the start of each session-).
- Craving per cocaina autoriferito (*VAS scale, Smelson et al. 1999; 2002*).

Risultati

- 82 partecipanti allo studio (71 maschi e 11 femmine) con età media di 37.4 anni (SD 7.2, range 22-52).
- 26 abuso di cocaina
56 dipendenza da cocaina
65.9% altro SUD.
I pazienti con abuso/dipendenza da alcol o altre sostanze sono stati preferenzialmente indirizzati al setting residenziale (69.0% vs. 58.3%), tuttavia questa differenza non è risultata statisticamente significativa ($\chi^2=0.853$, $df=1$, $p=0.356$).
- Percentuale di urine positive al baseline 58.5%
- 69.5% disturbi psichiatrici (disturbo bipolare 47.6 %).
Nessuna differenza significativa tra i due setting relativa alla presenza di pazienti con patologie psichiatriche concomitanti (77.6% vs. 70.8%, $\chi^2=0.420$, $df=1$, $p=0.517$).

Risultati. Characteristics of the study sample by setting (n=82)

	Outpatient		residential	
	Mean	SD	Mean	SD
Age	34.6	7.1	38,5	7.0
Gender	N	%	N	%
Female	3	12.5	8	13.8
Male	21	87.5	50	86.2
marital status	N	%	N	%
unmarried	19	79.2	32	55.2
married or living with partner	5	20.8	17	29.3
divorced/separated			9	15.5
Educational level	N	%	N	%
Primary school			3	5.2
Secondary or vocational school	14	58.3	41	70.7
High school or graduate	10	41.7	14	24.1
Working status	N	%	N	%
Employed	13	54.1	37	63.8
Unemployed	11	45.9	20	34.5
Retired			1	1.7

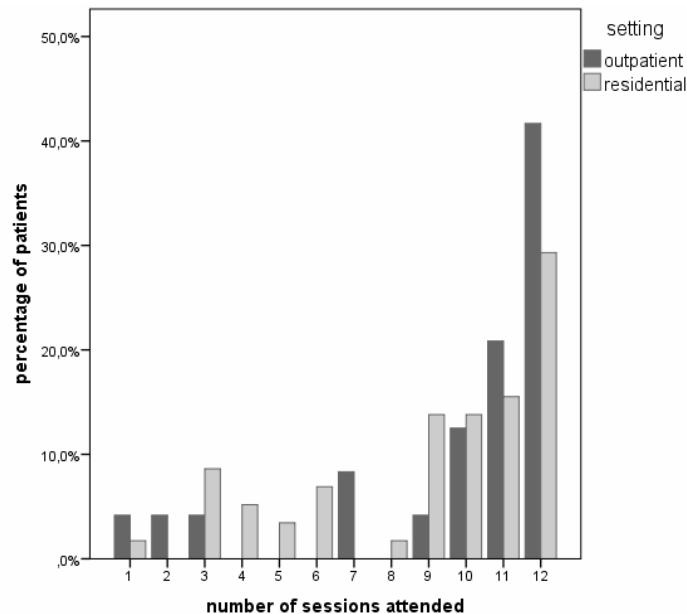
Risultati: Outcomes Compliance with CBT

Complessivamente, il 32.9% dei pazienti ha completato le 12 sedute previste dallo studio.

Rispetto al setting residenziale (58 pazienti/ 11 drop out, dei quali 10 tra la 6^a e la 11^a seduta) la ritenzione in trattamento è stata maggiore per il setting ambulatoriale (24 pazienti/ 3 drop out), ove il 62.5% dei pazienti ha partecipato ad almeno 11 sedute.

La compliance al trattamento è risultata maggiore tra i pazienti che risultavano negativi per benzoilecgonina al baseline.

Percentage of patients attending the study session by setting



Risultati: Outcomes

Analitica tossicologica negativa

Alla fine del trattamento, il 41% dei partecipanti presentava analitica tossicologica negativa per metaboliti della cocaina, in assenza di differenze statisticamente significative tra i due settings.

Pazienti con analitica negativa al baseline avevano maggiore probabilità di mantenere tale negatività fino alla fine del trattamento.

Craving

Complessivamente, il craving era mediamente basso al baseline (mean=30.1), con ampia variabilità tra i pazienti (SD=31.0).

In media il craving ha presentato un decremento di circa 3 punti/settimana nei pazienti del setting ambulatoriale, mentre è rimasto sostanzialmente stabile nei pazienti del setting residenziale.

Il "daily trend" del craving differisce significativamente tra i due settings, suggerendo che il trattamento CBT sia stato più efficace nel setting ambulatoriale piuttosto che in quello residenziale ($Z=5.34$, $p<0.001$).

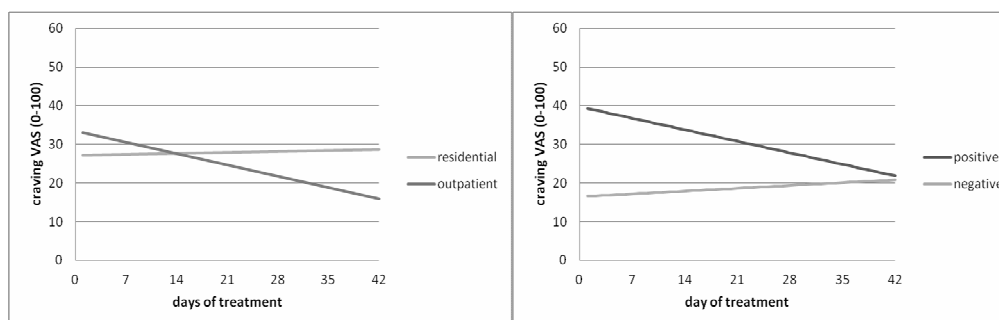
Inoltre è stata riscontrata una riduzione del craving nei pazienti con analitica positiva al baseline, ma non in quelli con analitica negativa (0.528 points vs. +0.103 points, $Z=-6.39$, $p<0.001$).

Outcomes by settings, positivity for cocaine metabolite at baseline and comorbidity (n=82)

	N	Number of sessions attended (mean±SD)	t-test	Percentage with negative urine analysis*	χ^2 test
Setting			0.887, p=0.378		2.256, p=0.133
Outpatient	24	9.7±3.3		54.2	
Residential	58	9.0±3.2		36.2	
Cocaine					
Positive	44	8.6±3.2	3.975, p<0.001	31.8	5.688, p=0.017
Negative	34	10.9±1.7		58.8	
Comorbidity			0.177, p=0.860		0.032, p=0.859
Stabilized comorbid psychiatric disorders	57	9.3±3.4		42.1	
No psychiatric disorder	25	9.2±3.0		40.0	
Bipolar disorder			1.586, p=0.117		0.139, p=0.710
Yes	39	9.8±3.0		43.6	
No	43	8.7±3.4		39.5	
Opioid use			3.526, p=0.034		7.762, p=0.021
Yes	6	9.3±3.4		0	
In remission	26	7.9±3.5		30.8	
No	50	9.9±2.9		52.0	
Alcohol use			0.586, p=0.559		0.0019, p=0.981
Yes	24	9.6±3.1		41.7	
No	58	9.1±3.3		41.4	

*) row percentages

Daily craving over the 6 weeks of CBT treatment by setting and positivity for cocaine metabolite at baseline. (results from mixed-effects linear regression)



La compliance al trattamento e la percentuale di analisi negative non mostrano differenze significative tra i due settings, in relazione alla presenza o meno di patologie psichiatriche stabilizzate concomitanti, uso di alcol.

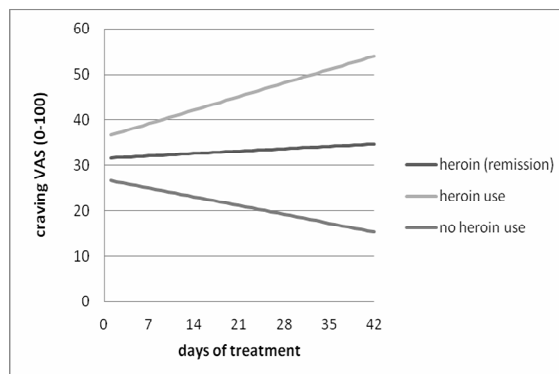
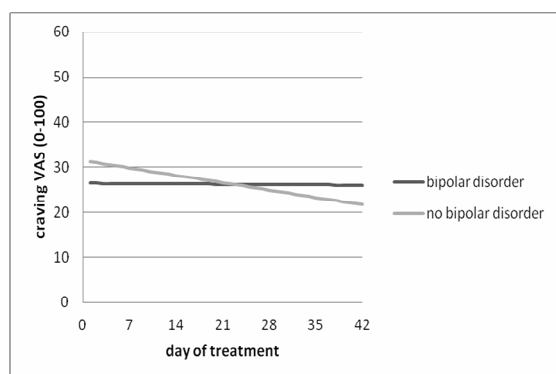
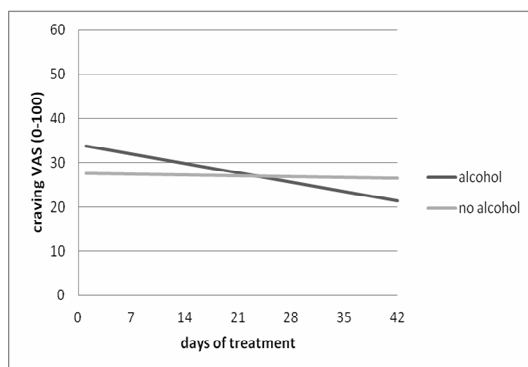
Tuttavia, pazienti con dipendenza da oppioidi (sia in remissione che in fase attiva) presentano una percentuale significativamente più bassa di analisi negative alla benzoilecgonina ($\chi^2=7.762$, $df=2$, $p=0.021$) e una minore compliance al trattamento rispetto ai pazienti che non usano oppioidi.

Mentre in generale i sottogruppi di studio mostrano una tendenza alla riduzione o alla stabilità del craving nel tempo, è stato osservato un notevole incremento del craving nei pazienti dipendenti da oppioidi in fase attiva durante il trattamento.

Nonostante questo risultato sia in linea con gli scarsi outcomes osservati in questi pazienti, esso va considerato con cautela a causa del piccolo numero di soggetti in questo sottogruppo (n=6).

Il confronto delle curve relative all'andamento del craving tra pazienti con/senza uso di alcol e con/senza comorbidità psichiatrica non ha rivelato differenze statisticamente significative.

Fig.3 Daily craving over the 6 weeks of CBT treatment in the study subgroups.



Discussione

L'intervento CBT di gruppo è caratterizzato da alcune differenze rispetto alla forma individuale:

Maggiore durata di ciascuna seduta (90 min vs. 60 min).

Minore durata complessiva del trattamento (6 weeks vs. 12 weeks) con sedute bisettimanali.

Presenza di un osservatore che può supportare il terapeuta.

La scelta di una terapia di gruppo è stata fatta per la breve durata, il costo minore se confrontato all'approccio individuale, la possibilità di erogare il trattamento in settings diversi e di regolare la frequenza delle sedute.

Discussione

- Outcomes migliori per i pazienti trattati nel setting ambulatoriale (compliance with CBT – cocaine craving). Motivation/early discontinuation (8.3% vs. 19%)
- Nessuna differenza statisticamente significativa tra i due settings relativamente alle analisi tossicologiche (positività alla benzoilecgonina).
- Significativa riduzione del trend temporale del craving nel setting ambulatoriale (invariato nel setting residenziale).

Discussione

La comorbidità cocaina/alcol non ha necessariamente un impatto significativo sugli outcomes del trattamento.

Pazienti con dipendenza da oppioidi (in remissione o meno) presentano outcomes peggiori (relativamente alla compliance al trattamento e ai risultati tossicologici)

Il Disturbo Bipolare rappresenta la più comune comorbidità psichiatrica (47,5%), suggerendo una specifica relazione tra BD e uso di psicostimolanti.

Il Disturbo Antisociale di Personalità può rappresentare un criterio di esclusione per il trattamento CBT di gruppo.

La partecipazione alla maggior parte delle sedute CBT, l'uso moderato di cocaina al baseline ed un buon funzionamento cognitivo rappresentano fattori predittivi positivi dell'efficacia del trattamento cognitivo comportamentale.

Limiti dello studio

Questo studio presenta alcuni limiti correlati alla piccola dimensione del campione (82 soggetti) ed alla mancanza di un follow up strutturato dopo la fine del trattamento CBT di gruppo; pertanto, al momento, non sono disponibili informazioni circa l'efficacia dello stesso nel mantenere l'astensione dall'uso di cocaina dopo le 12 sedute.

Inoltre non sono stati formalmente definiti i criteri di valutazione della motivazione al trattamento e le modalità di assegnazione e valutazione di homeworks.

Conclusioni

Questi risultati indicano che l'intervento cognitivo comportamentale di gruppo potrebbe rappresentare una opzione di trattamento promettente per i pazienti affetti da cocaina addiction.

CBT potrebbe essere erogato in regime ambulatoriale come trattamento di prima scelta per quei pazienti altamente motivati a cessare l'uso della cocaina, o come parte di una strategia di trattamento combinato (es. CBT associato a farmacoterapia) in pazienti con comorbidità tossicologica e/o psichiatrica, al fine di migliorare l'esito del trattamento farmacologico.

PROGETTO CONOSCENZA - LE RADICI E LE ALI

Paolo Fioravanti

Il progetto nasce dalla collaborazione fra CEIS di Firenze e Dipartimento Dipendenze di Firenze (oppure U.F. Ser.T N.O.), già avviata durante il progetto Oceano, che si è occupato dell'approfondimento della conoscenza del fenomeno cocaina e del miglioramento della coordinazione degli interventi nell'area Fiorentina. "LE RADICI E LE ALI" vuole essere un incremento e diversificazione dell'offerta terapeutica territoriale già esistente, rivolta ai giovani consumatori e/o abusatori di alcool e cocaina. Accanto, quindi, al lavoro dei Ser.t e di Villa Lorenzi, e possibile prosecuzione, come con quest' ultima, del percorso iniziato al Luzzi/Casa Emilia.

1. La natura del problema

L'uso di sostanze tra adolescenti e giovani adulti, come è dimostrato dai dati della realtà quotidiana e dalla letteratura scientifica, è in rapido aumento, in particolare l'uso di cocaina e di alcool. Il problema, che riconduce a molteplici cause, è stato sottovalutato in passato, come è dimostrato dal fatto che la stragrande maggioranza degli interventi istituzionali pubblici e privati, rivolti e pensati per i giovani, riguardano la tematica della prevenzione dell'abuso di sostanze e la promozione del benessere, piuttosto che la cura. Da queste considerazioni, è emerso il bisogno di promuovere altri interventi per dare risposte adeguate ai giovani che sono venuti già a contatto con le sostanze ed abbiano instaurato un comportamento di uso abituale. In particolare abbiamo rivolto l'attenzione a coloro i quali tra i giovani fanno uso di cocaina e alcool.

2. I destinatari

Il progetto si rivolge ai giovani nell'età compresa tra i 18 e i 30 anni e alle loro famiglie, nel caso sia possibile coinvolgerle, in carico ai Sert, ospiti del Centro Luzzi/Casa Emilia o che fanno richiesta di aiuto al Centro di Solidarietà, provenienti da Firenze e dall'area fiorentina, con uso saltuario o problematico di cocaina e sostanze psicostimolanti, cannabis e alcol principalmente.

3. Durata del Progetto

Il progetto parte a livello sperimentale con una durata prevista di un anno, rinnovabile, previa verifica dell'andamento e dei risultati raggiunti in base agli obiettivi di partenza.

4. Obiettivo del progetto

L'obiettivo finale è la proposta di uno stile di vita diverso da quello che ha portato i giovani all'uso problematico di sostanze. Questo significa che l'astinenza è uno dei processi che il progetto propone d'avviare e che la cessazione dell'uso non deve essere condizione preliminare per la prosecuzione del percorso educativo/terapeutico.

5. Struttura del progetto

Il **metodo che si intende seguire è di tipo psico-educativo**. L'intervento è sostanzialmente educativo, ma si attua in una cornice che tiene conto degli aspetti psicologici delle persone. Il **progetto sarà integrato**, perché farà ricorso a diversi approcci a seconda delle necessità, con percorsi personalizzati individuali o/e di gruppo.

In quest'ottica **diventa fondamentale e strategico**, soprattutto in considerazione della tipologia di pazienti, prevedere nel progetto **attività orientate ad accendere nuove passioni ed interessi** di tipo *ricreativo, sportivo e culturale*, sopite, spente o mai accese per il ricorso all'uso delle sostanze.

6. Articolazione del progetto

Il progetto prevede **tre fasi distinte e collegate** tra di loro.

6.1 La prima fase di osservazione e di valutazione da attuarsi, a seconda dei percorsi, all'interno dei Servizi delle Tossicodipendenze invianti, ovvero nel Centro Luzzi, oppure all'interno del Centro di Solidarietà di Firenze nel servizio appositamente dedicato.

Questa fase non dovrà avere una durata superiore ai 90 giorni, con la possibilità, durante l'osservazione, di accesso ad un **gruppo propedeutico** al percorso psico/educativo successivo.

Al termine del periodo di osservazione dovrà essere redatto dalle equipe coinvolte nel progetto, **un piano di lavoro personalizzato per ogni paziente** indicando il percorso e le attività ad esso collegate.

Per le persone che, dopo aver effettuato il periodo di osservazione presso il servizio del Ceis, risulteranno compromesse con la sostanza e in fase di craving si prevede la possibilità di un periodo di astinenza e disintossicazione nella struttura residenziale del Centro Luzzi.

6.2 La seconda fase prevede un invio ai gruppi tematici ed alle attività educative presso il Centro di Solidarietà di Firenze, all'interno del Progetto Conoscenza Giovani

il progetto si articolerà secondo due modalità:

- incontri settimanali del **gruppo tematico** della durata di due ore. Ogni gruppo potrebbe essere composto da sei-otto persone al massimo;
- incontri programmati settimanali per **l'attività sportiva e culturale-ricreativa**.

L'attività di gruppo sarà integrata, quando necessario, da colloqui individuali.

6.3 La terza fase prevede il rientro dei pazienti ai servizi sul territorio di appartenenza per il periodo di follow-up.

Durante le fasi previste dal progetto, si terranno dei momenti di **verifica dell'andamento del percorso dei singoli pazienti** tra le tre equipe coinvolte nel progetto: quella del Sert inviante; del Centro Luzzi e del Centro di Solidarietà di Firenze.

Se vi fosse il bisogno e/o la disponibilità delle famiglia a fare un percorso di sostegno o di orientamento, si prevede la possibilità di invio dei genitori ai gruppi offerti dal Servizio di Attività Parallela di Via dei Pucci.

7. Composizione dello staff dell'equipe del CSF

Un coordinatore, educatore, responsabile del progetto, addetto ai colloqui di accoglienza alla conduzione dei gruppi e dei colloqui individuali, con l'incarico di tenere il rapporto con i servizi inviati;

una psicologa che somministra gli eventuali test motivazionali e psicologici in ingresso, co-conduttrice dei gruppi e dei colloqui individuali';

il responsabile dell'attività motoria del CSF;

un educatore con l'incarico di supporto all'attività sportiva e alle uscite di tipo culturale-ricreativo

8. Finanziamento previsto del progetto

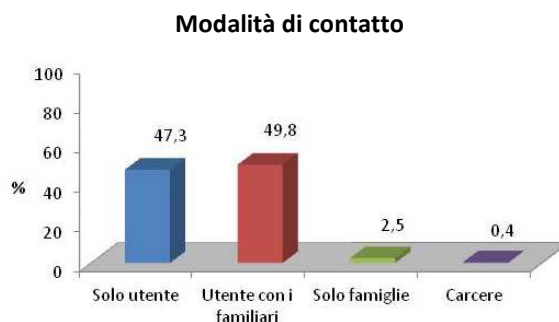
30.000 euro

Analisi dei flussi e dei risultati del Programma Conoscenza, trattamento per assuntori di cocaina promosso dal Centro di Solidarietà di Firenze, dal 3 aprile 2003 al 31 dicembre 2014

Contatti

Fra il 3 aprile 2003 e il 31 dicembre 2014, 305 assuntori di cocaina si sono rivolti al Centro di Solidarietà di Firenze per colloqui informativi.

Essi sono avvenuti secondo le seguenti modalità:



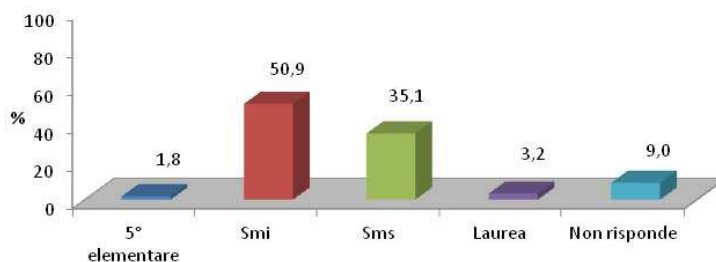
Informazioni preliminari

Età media

L'età media dei 305 soggetti che hanno preso, o per i quali è stato preso, contatto è di 33,5 anni.

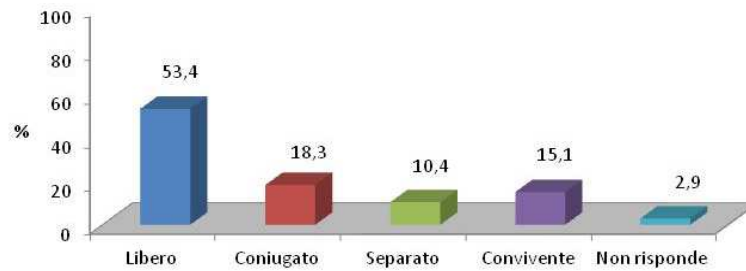
Titolo di studio

Per quanto riguarda il titolo di studio il 50,9% era in possesso della licenza di scuola media inferiore; il 35,1% del diploma di scuola superiore; il 3,2% della laurea; l'1,8% della 5a elementare; il 9% non risponde.



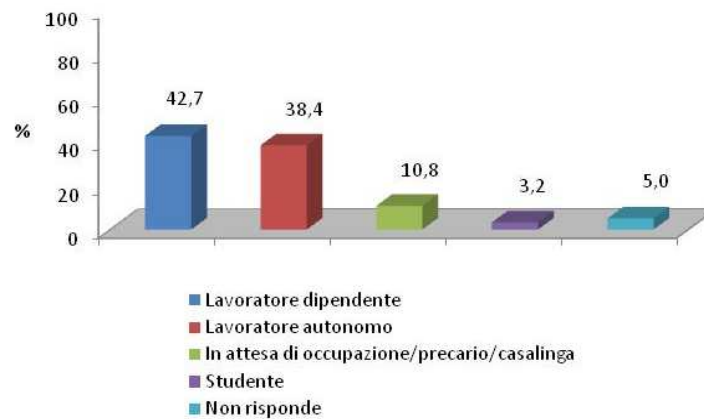
Stato civile

Per quanto riguarda lo stato civile il 53,4% risultava libero; il 18,3% coniugato; il 15% convivente; il 10,4% separato; il 2,9 % non risponde.



Stato sociale

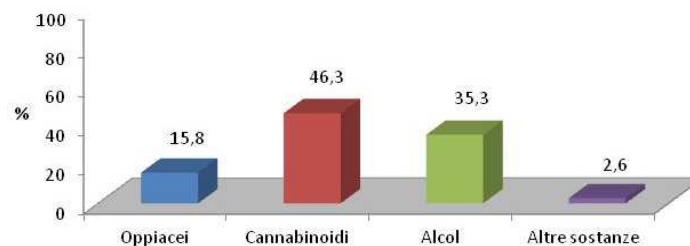
Per lo stato sociale di provenienza il 42,7% si è dichiarato lavoratore dipendente; il 38,4% lavoratore autonomo; il 10,8% in attesa di occupazione; lo 3,2% studente; il 5% non risponde.



Sostanze di abuso

Su un totale di 305 soggetti, il 31,2% di essi ha riferito di utilizzare solo cocaina, mentre il 68,8% ha riferito di utilizzare più di sostanza.

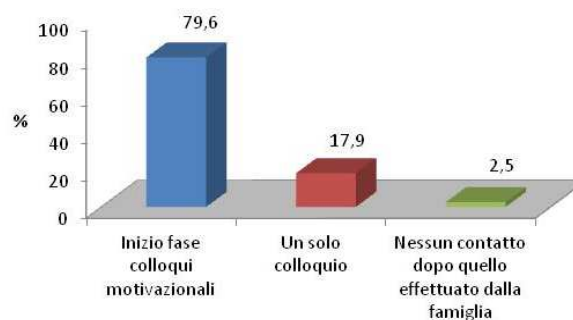
Di questi, hanno riferito di utilizzare come sostanza di abuso associata alla cocaina: il 46,3% cannabinoidi; il 35,3% l'alcol; il 15,8% oppiacei; il 2,6% altro.



Ingressi nel Programma

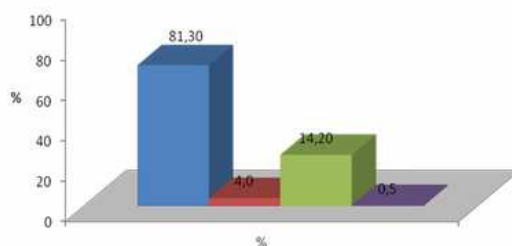
Esiti della fase di contatto

La fase di contatto, costituita di uno o più colloqui informativi, ha portato i seguenti esiti: il 79,6% ha iniziato la fase dei colloqui motivazionali; il 17,9% ha effettuato un solo colloquio; per il 2,5% non vi è stato nessun contatto dopo quello effettuato dalla famiglia.



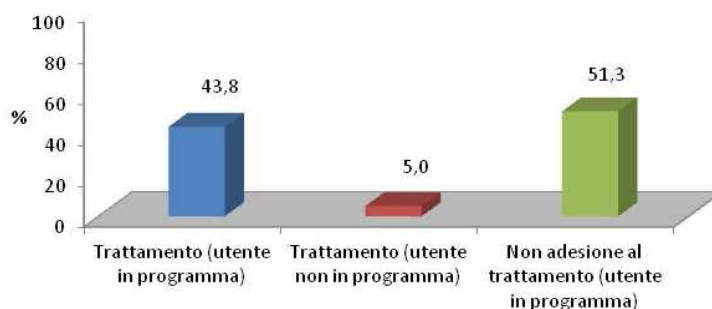
Esiti della fase dei colloqui motivazionali

Per le 305 persone che hanno chiesto aiuto al programma, la fase dei colloqui motivazionali ha avuto i seguenti esiti: il 81,30% ha fatto ingresso in trattamento; il 14,20% non ha intrapreso il trattamento; il 4,00% è stato inviato ad altro servizio.



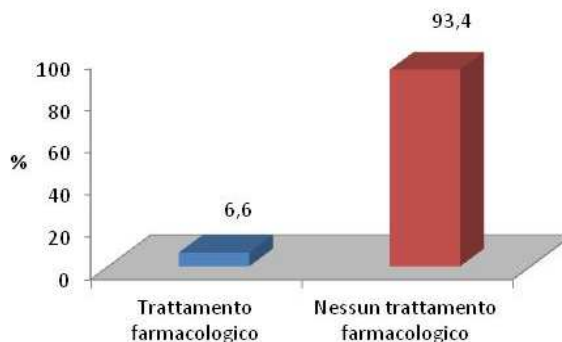
Familiari

Le famiglie coinvolte nel programma sono state 160 pari al 43,8%, di cui 7, pari al 7%, nonostante i loro cari avessero scelto di non intraprendere in prima persona il trattamento. Il 51,3% dei familiari non ha aderito al percorso di gruppo loro riservato.



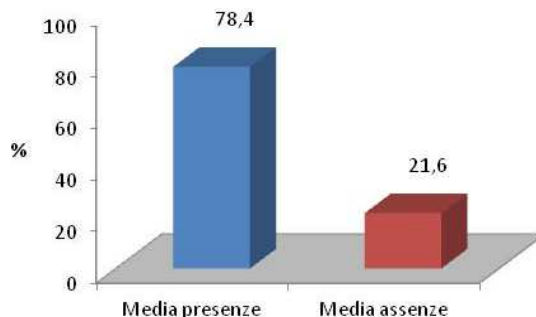
Intervento farmacologico

Sugli utenti che hanno aderito al Programma, per 15 è stato necessario un sostegno mediante terapia farmacologica pari al 6%; per il 93,4% non è stato necessario il sostegno farmacologico:



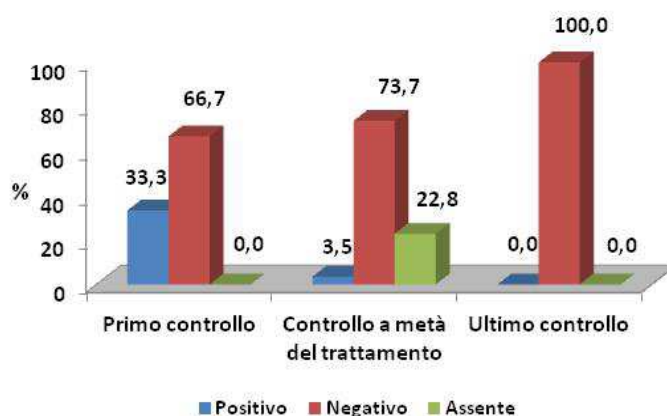
Frequenza al trattamento

Nel grafico seguente sono rappresentate le percentuali della frequenza media agli incontri, di gruppo o individuali, pari al 78,4%, indipendentemente dall'esito del trattamento, per coloro che hanno seguito il Programma Conoscenza, con una soglia minima di 3 mesi.



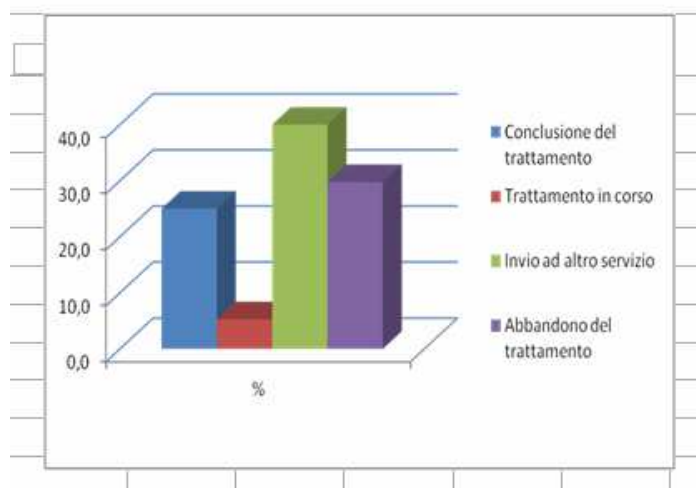
Andamento dei controlli urinari

Durante il trattamento si effettuano controlli urinari due volte la settimana. In figura sono riportate le percentuali del tasso di positività/negatività al test sulla cocaina per le 60 persone che hanno concluso il trattamento. Sono i valori rilevati all'inizio, a metà ed al termine del Programma.



Esiti del Programma

Dal 3 aprile 2003 al 31 dicembre 2014 gli esiti del trattamento delle 248 persone che hanno effettuato il Programma Conoscenza sono stati i seguenti:



- **60 (25%)** = conclusione con successo;
- **13 (5,25%)** = trattamento in corso;
- **100 (40%)** = inviati presso un altro servizio;
- **74 (29,75%)** = abbandono del programma;

La **durata media** del Programma, per le **60** persone che il 31 dicembre 2014 lo avevano concluso, è stata di 14 mesi.

VILLA LORENZI
Franca Buti, Stefano Superbi

Il programma centrato sul così detto Gruppo Ande è nato nel 2000 su indicazione del Dott. Vittorio Lampronti, attento osservatore dei cambiamenti sociali e particolarmente disponibile ad accogliere il disagio della persona. La scelta di questo nome sottolinea le Ande come maggiore zona di produzione della cocaina e come zona geografica con vette altissime di stimolo a guardare sempre in alto.

In accordo con i Ser.t che inviavano i loro utenti fu ideato un percorso diverso dedicato ai consumatori di cocaina, occasione per il cambiamento dello stile di vita, oltre ovviamente opportunità per la soppressione dell'uso della sostanza. Il Programma "Ande" offre uno spazio relazionale in cui la persona si sente protetta dall'esterno, che favorisce il consumo, e permette comunque di mantenere uno spazio d'azione autonomo concordato con gli operatori. Si caratterizza per un numero relativamente ristretto di regole di comportamento ed un minor bisogno di controllo della famiglia, che però dovrà coinvolgersi per ristabilire un sistema relazionale sano e funzionale.

L'utente si muove all'interno di un percorso guidato di crescita personale con una gradualità che comprende tre strategie: interrompere i circuiti tossicomani con l'allontanamento dall'uso della sostanza, analizzare i fattori coinvolti nel comportamento precedente, costruire delle alternative personali, relazionali e sociali.

Modalità di trattamento e modelli di applicazione terapeutica e comportamentale.

- Il programma si svolge nella struttura di Villa Lorenzi, tutte le attività si svolgono nelle ore serali (19-23) per dare l'opportunità ai partecipanti di mantenere l'attività lavorativa.

Modalità di accesso: gli utenti accedono dietro segnalazione degli operatori del Ser.t, vengono effettuati dei colloqui conoscitivi con la persona coinvolta e con la famiglia, se presente, durante i quali si delinea il "**Contratto Terapeutico**".

Lavoro nei gruppi: gli utenti partecipano una volta alla settimana al gruppo pedagogico-terapeutico semi aperto.

Progetto di vita: per favorire e rinforzare l'inserimento sociale vengono proposte delle attività mirate a stimolare nuovi interessi e appassionarsi ad alcuni aspetti della vita: culturali, sociali, politici e sportivi. Inoltre viene verificata e sostenuta l'occupazione svolta di tipo lavorativo o scolastico.

Colloqui individuali: gli utenti fanno regolarmente dei colloqui di sostegno del percorso e di verifica del progetto di vita, sia con gli operatori di Villa Lorenzi che con gli operatori di riferimento del Ser.t.

Lavoro con le famiglie: i familiari vengono responsabilizzati a partecipare al progetto, con la frequenza di un gruppo settimanale, guidato da conduttori esperti. Il punto focale del lavoro è sul funzionamento del sistema delle relazioni familiari, che permette di sostenere il familiare nel suo percorso di crescita.

Trattamento ricadute: le violazioni alle regole concordate comportano la revisione del "**Contratto terapeutico**" e la necessità di definire un nuovo accordo.

Durata del programma: il trattamento non può essere breve e dura circa 2/3 anni. Vanno considerati i problemi personali di ogni utente, cercando di costruire un intervento mirato alla persona. I dropout se avvengono almeno dopo un anno di percorso, portano generalmente ad un miglioramento dello stile di vita e in alcuni casi senza ricadute nella sostanza.

Conclusione del programma: il Programma Ande si conclude con un incontro di "valutazione finale", che avviene su richiesta scritta e motivata dall'utente, dietro approvazione dell'equipe di operatori di Villa Lorenzi e del Ser.t.

Numero e tipologia degli utenti: Gli utenti che sono stati inseriti in questo percorso sono 79 in totale, di cui solo 13 femmine e gli altri 66 maschi.

Del totale 25 sono usciti dal programma nel primo anno, 30 hanno terminato in accordo con gli operatori ed altri 25 hanno concluso il percorso quando si sentivano pronti.

L'età si è suddivisa in due fasce: 38 utenti nella fascia dai 20 ai 30 anni, e 38 nella fascia tra i 30 e i 40, con pochissime eccezioni (3 in totale) più giovani o più grandi.

La maggior parte (52 persone) avevano conseguito la licenza media, 20 si erano diplomate e 6 laureate.

In totale ci sono stati 6 studenti e tutti gli altri avevano un lavoro.

Percorso terapeutico

- Principi sui quali si basa il programma: dietro alla dipendenza o all'abuso grave di cocaina, c'è un processo di ricerca di un livello di rappresentazione di Sé grandioso e senza limiti, dovuto a processi di valorizzazione, di mancanza di strategie, potere e dignità che la persona sente. E' importante strutturare 3 strategie: 1) bloccare i circuiti tossicomani 2) analizzare tutti i livelli, fattori e costrutti coinvolti 3) costruire delle alternative personali, relazionali e sociali. Quindi analizzare le vecchie difese maniacali e bloccarle per costruirne delle nuove.
- Stabilizzare: il primo passo è il controllo dell'uso della sostanza cercando di stabilizzare il soggetto, consentendo la costruzione di un processo terapeutico, successivamente si analizzano le modalità e le implicazioni del sistema di abuso. Utile la costruzione di un "contratto" che metta dei limiti e delle regole, nel quale sono specificati gli obiettivi da raggiungere. Questo aiuta la persona a limitare i danni e gli fa comprendere che può esercitare un controllo anche se parziale, inizialmente. Oltre al controllo delle urine, è importante individuare le situazioni, comportamenti ed emozioni che

lo portano inconsapevolmente all'escalation dell'assunzione, questo aiuta a riconoscere i segnali di rischio e fermarsi prima.

- **Comprendere:** Obiettivo primario è capire la motivazione del desiderio, quali siano i fattori scatenanti e i rinforzi dati dall'uso. Così è cruciale il riconoscimento del "bisogno" della cocaina, prenderne in esame i vantaggi apparenti per ribaltarli in svantaggi reali. Essenziale è il lavoro sulle differenze: tra aspettative della persona e le sue azioni, tra la volontà di distacco dalla sostanza e la valutazione grandiosa dei suoi benefici, tra dichiarazioni e impegni precisi. Vanno sviluppate delle differenze tra i modi che la persona usa abitualmente e le sue possibilità non sfruttate, qualità e capacità non impiegate e gli scopi che si preclude a causa delle sue scelte distruttive e auto-squalificanti.
- **Rivalorizzare:** Il programma è basato sull'attivazione della persona e sulla sua responsabilizzazione rispetto alla definizione e realizzazione degli obiettivi, avendo la possibilità di praticare comportamenti e strumenti alternativi. Regole guida: 1) scegliere una linea di equilibrio, che deve riguardare tutti gli ambiti. Ciò consente di sperimentarsi in situazioni nuove, aiuta a sviluppare sopportazione, cura, cautela, capacità di sospendere l'azione a favore della riflessione. 2) valorizzare la struttura normale della persona, le insegna a stare dentro a dei limiti e valorizzarli come preziosi e positivi. 3) confrontarsi con il desiderio: normalizzare il desiderio imparando a controllarlo, essere preparato al fatto che il desiderio si ripresenterà, valorizzare il "no" identificandolo con la forza, distrarsi con altri impegni programmati, parlare del desiderio a terzi affidabili e contenitivi, ricordarne le conseguenze negative.

Conclusioni : proponiamo quindi un approccio basato sulla differenziazione diagnostica di gruppi e soggetti di gravità differente, in fasi diverse di elaborazione del rapporto con la sostanza, con differenti livelli di problematicità : relazionale, personale, sociale, ecc. Si avverte la necessità di un confronto più frequente dei percorsi offerti per i cocainomani, tenendo conto delle strategie, dei modelli e setting di trattamento realmente disponibili nel proprio servizio e del peculiare contesto d'azione.