

Trattamento residenziale: un approccio emotivo e cognitivo- comportamentale

**Ina Hinnenthal
Ester Manera
Sebastiano Gallo
Mauro Cibirin**

TRATTAMENTO RESIDENZIALE: UN APPROCCIO EMOTIVO E COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Ina Hinnenthal*, Ester Manera**, Sebastiano Gallo**, Mauro Cibirin***

* *SerT Imperia, Supervisore Villa Soranzo*

** *Villa Soranzo, Ceis don Milani, Tessera VE*

*** *Dipartimento per le Dipendenze, Az. Ulss 13 Dolo e Mirano VE*

L'alcaloide psicostimolante cocaina è stato usato per centinaia di anni per motivi mistici e/o di cura medica, principalmente in Bolivia e Perù. Fino a pochi decenni fa non era ritenuta nel mondo occidentale una sostanza particolarmente pericolosa. W. Loosen scopre nel 1859 la struttura chimica della Cocaina e l'azienda Merck comincia la sua produzione come anestetico: nasce la cocaina come oggi la conosciamo. Sigmund Freud nel 1884 la considerava un farmaco potente non solo verso il male fisico, ma anche verso il male psichico. La cocaina è stata un ingrediente della Coca-Cola dal 1885 al 1914 e il nome del prodotto lo accenna fino ad oggi. Solo nel 1971 negli Stati Uniti è stata ufficialmente inserita nell'elenco delle sostanze stupefacenti. A partire dagli anni ottanta si assiste alla comparsa del mercato di cocaina nella forma di crack, in particolare nei paesi di cultura anglosassone.

Rispetto alla situazione in Europa Haasen et al (2004) e Prinzleve ed altri (2004) descrivono la situazione con una ricerca multi-modale e multi-centrica che conferma l'aumento del consumo di cocaina negli ultimi anni in tutti i paesi europei. Il paese con il record momentaneo di assunzione (prevalenza life-time) è l'Inghilterra: il 5,2% della popolazione generale ha usato la sostanza cocaina nella propria vita.

La dipendenza da cocaina nell'ultimo decennio è divenuta un importante problema anche in Italia.

Tutti noi che lavoriamo nei servizi per alcol- e/o tossicodipendenza ci troviamo a fronteggiare un fenomeno nuovo, in vertiginosa crescita; la dipendenza da cocaina si configura oggi come la patologia legata all'uso di droghe illegali più frequente, più complessa e più difficile da curare.

Ma come è spiegabile che una sostanza ritenuta praticamente innocua dopo pochi decenni diventi la causa di fenomeni così gravi? Questa trasformazione non è spiegabile solo col cambiamento del mercato e con l'introduzione del crack (peraltro poco diffuso in Italia). A nostro parere vi sono altri fattori che, modificando la vulnerabilità personale, rendono l'abuso di cocaina così diverso rispetto a una volta, spesso così palesemente distruttivo.

La comprensione di tali fattori sta oggi permettendo una maggior chiarezza rispetto al quadro clinico del cocainismo e al suo trattamento.

Questo capitolo tratta dell'esperienza di cura di pazienti con dipendenza da cocaina condotta dagli autori presso la Comunità Terapeutica Villa Soranzo, partendo dai presupposti teorici e dai riscontri di letteratura per giungere poi alla descrizione del programma di trattamento.

A) TRATTAMENTO RESIDENZIALE DEL COCAINISMO: PRESUPPOSTI TEORICI*Cocaina e neuroplasticità*

Il fenomeno dell'aumento di uso di cocaina va in parallelo con altri fenomeni analoghi: l'aumento dei disturbi di controllo d'impulso, per esempio nella forma delle personalità Borderline e antisociali e dei disturbi di iperattività infantile (ADHS). Esistono sempre più spesso insegnanti e genitori disperati che si lamentano di allievi e figli sempre meno disciplinati, concentrati, capaci di accogliere e riprodurre nuove informazioni. Sembrano una generazione di ribelli svogliati, di eroi passivi attaccati a strumenti elettronici come game-boy, play-station, abbattendo eroi, draghi e mostri centinaia di volte al giorno, ma incapaci di usare un coltello vero per ammazzare un animale di carne e ossa e sangue reale. Attrezzati di Mp3, TV, Video, DVD, i nostri ragazzi mostrano scarsa motivazione di fare qualunque cosa senza l'aiuto elettronico: come se nascessero già con la necessità di una continua stimolazione sensoriale elettronica, senza la quale sprofondano in un abisso di noia e di disagio.

Danno la sensazione di avere tutti, chi più chi meno, una malattia nel desiderio e nella comunicazione: vivono come se la vita fosse sempre altrove. Possono giocare una partita di Pokemon con il game-boy connesso a Internet insieme a un bambino in Giappone in tempo reale. Ma non sanno più come rivolgersi al vicino di banco per invitarlo a giocare con un pallone da calcio. Le ricerche molto serie ci dicono che i nostri bambini sanno distinguere maggiormente più Pokemon che non piante e animali reali.

Tutto questo come c'entra con il nostro tema, la dipendenza da cocaina e la sua cura?

La dipendenza da sostanze psicoattive, in particolare da cocaina, è in fondo un disturbo del centro del piacere, il nucleo accumbens/reward system, che a sua volta ha una precisa funzione nella evoluzione della società umana e dei mammiferi: dirige attraverso il piacere l'individuo e la specie in una direzione favorevole alla sopravvivenza. Ma i piaceri non sono tutti uguali: il piacere inatteso ad esempio è meglio di quello noto e atteso. Ogni comportamento che provoca un piacere "migliore dell'atteso" provoca una attivazione dell'Area 10 e una scarica dopaminergica maggiore nel centro del piacere: questo evento viene ricordato più intensamente e in modo durevole e ha un potente effetto di orientamento del comportamento. L'animale da esperimento si attiva per cercare di nuovo lo stesso piacere ed è in grado di superare ostacoli in altre situazioni inaffrontabili. Il nostro cervello impara solo dopo infinite ripetizioni, ma aumentando il piacere associato al comportamento quanto più vengono ritenuti nella memoria il comportamento stesso e le associazioni alle circostanze dell'emozione piacevole.

Se la fragola viene mangiata dopo un lungo inverno è "meglio del previsto" e particolarmente gustosa. Dopo migliaia di fragole abbiamo nel cervello in fondo una sola fragola, una fragola tipo che però ha tanti profumi e gusti e forme. Se invece comperiamo tutto l'anno le fragole sempre dal supermercato la fragola "tipo" è buona, ma non ha questa varietà di gusti e forme.

L'uomo si è evoluto nel gruppo dei suoi simili, e anche la biologia del piacere risente di questa caratteristica: il centro del piacere funziona meglio insieme ad altri individui umani. Spitzer (2002) dice che la dopamina andrebbe chiamata "dopa-mean", perché ci crea il significato, il vissuto di senso, ci dimostra la direzione del nostro fare e ci aiuta a vivere perché tutto quello che ci serve in fondo ci piace.

Il problema comincia quando le persone trovano la scorciatoia delle sostanze stupefacenti e dell'alcol, 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.

Se la sequenza descritta avviene in un cervello adulto, viene da dire "di altri tempi", allenato

fin da piccolo a superare frustrazioni per poi arrivare con calma al piacere, ha un certo impatto. Il programma imparato dal cervello dice: prima si fa da mangiare e poi si mangia. Prima deve passare il lungo inverno per poter far arrivare in casa le fragole profumate.

Un cervello “giovane di oggi” con poco allenamento di questo genere, dai giorni della culla iperstimolato con una salsa indefinita di impressioni sensoriali confuse e confusive ha pochi strumenti per difendersi dalla forte stimolazione del centro del piacere cocaina e dall’orientamento del comportamento da questa causato. La cocaina diventa immediatamente la fidanzata perfetta, sempre pronta, sempre disponibile (e non invecchia mai!).

Non è il semplice senso di responsabilità o dovere che ci tutela dall’uso di sostanze stupefacenti e ci invita a essere più sinceri, autentici e responsabili, in contatto abituale con gli altri esseri umani, ma è l’esperienza sociale stessa che, gratificandoci, mantiene questo equilibrio. Se subentrano le scorciatoie della cocaina, delle altre sostanze e dell’alcol prima dell’esperienza positiva della condizione umana come animale sociale, emotivo, corporeo e comunicativo, la convivenza “normale” non viene più imparata e trovata piacevole. L’empatia verso gli altri esseri e la consapevolezza che viviamo in un complesso sistema di interazioni tra umani, animali, natura e spazio viene persa. La consapevolezza che ogni nostro movimento comporta riflessi sull’intero sistema non viene più acquisita. Ne risulta sempre di più un comportamento antisociale e sociofobico. E questo circolo vizioso viene rinforzato dall’effetto delle sostanze stesse e dalla loro particolare facoltà di anestesia emotiva. Anche qui la molecola cocaina può vantare la potenza maggiore. Ma non basta: la cocaina fa tutto questo incidendo meno, rispetto ad altre sostanze, sulla capacità di svolgere compiti pratici. Anzi, all’inizio la performance appare più efficace, vi è una maggiore capacità di concentrazione e non si sente la fatica. In altre parole: la droga perfetta per il nostro tempo. Possiamo provare un piacere “sintetico”, che non richiede ricerca e socializzazione, ma nel contempo mantenere a lungo la capacità lavorativa e produttiva.

La **neuroplasticità** è quella caratteristica del sistema nervoso centrale che fa sì che il ripetersi di una certa esperienza emotiva e sensoriale crei, un po’ alla volta, circuiti preferenziali nuovi, modificando la funzionalità cerebrale stessa. È la scoperta della neuroplasticità che ha dato senso scientifico e biologico a concetti come “esperienza emotiva correttiva”.

Stimoli emotivamente validi, gratificanti e ripetuti possono cambiare la situazione descritta creando nuove reti neuronali corrispondenti. La cura della dipendenza da cocaina in comunità terapeutica si basa su questo fenomeno, e la nostra esperienza in questo campo parte da qui.

Cocaina e personalità: due tipologie di pazienti?

Cloninger nei suoi studi sull’alcolismo descrive due tipologie di pazienti:

Tipo I: comincia presto, già nell’adolescenza; è più violento nel percorso; curabile con più difficoltà; associato forse a una componente genetica, dato che nelle famiglie primarie spesso si trovano genitori con problemi di alcol. Gli alcolisti tipi 1 sono persone che cercano sensazioni intense (sensation seeking) e con scarso controllo dell’impulso.

Tipo II: inizia più tardi, è più reattivo a traumi ed eventi accaduti nel corso della vita, più facilmente curabile (Nordstrom G., Berglund M., 1987).

Nella nostra esperienza è stato utile applicare ai cocainomani le tipologie di Cloninger.

In questo modo abbiamo visto che il tipo I corrisponde al nuovo fenomeno che abbiamo descritto nel paragrafo precedente: persone che sviluppano la dipendenza da cocaina sulla base di una vulnerabilità emotiva maggiore, con le reti neuronali più compromesse e con una grande necessità

di maturazione *ex novo* di facoltà semplicemente non allenate: la facoltà di stare con altre persone, comunicare, vivere senza stimoli esterni sopportando e decifrando le proprie sensazioni ed emozioni in modo corretto senza agire immediatamente verso il mondo esterno, sopportare momenti di attesa e di frustrazione senza abbreviazioni, affrontare in modo fiducioso momenti di stress. La ricerca di continue novità corrisponde a un centro del piacere dipendente da stimoli esterni e non ricavati da fatiche e azioni previste dalla legge della sopravvivenza.

I casi più gravi di cocainomani tipo I sono anche classificabili come comorbili tra dipendenza da cocaina e disturbo di personalità Borderline o antisociale (Hinnenthal e coll, 2001).

Il tipo II descrive persone con migliore strutturazione emotiva, abitualmente di età maggiore, che subendo un importante evento di vita, o comunque in situazioni di forte stress, utilizza la cocaina per stare meno male, “congelando” le emozioni negative (ma anche quelle positive). Secondo il modello posttraumatico di Horowitz (1976) si tratta di persone che hanno subito un evento traumatico troppo pesante per le loro difese, magari sulla scia di una riattivazione di una perdita grave già subita da piccoli. I pazienti di tipo II hanno di solito una funzionalità sociale e lavorativa buona (Hinnenthal, Cibin, 2004).

Questa classificazione è importante dal punto di vista terapeutico. Infatti, il tipo I più frequentemente richiede un trattamento residenziale lungo e capace di contenere la tendenza alla impulsività, mentre il tipo II risponde bene a trattamenti ambulatoriali o a interventi residenziali “brevi”.

Cocaina e impulsività

Vari autori sottolineano come i pazienti con prevalente uso di cocaina presentino impulsività maggiore rispetto ai consumatori abituali di altre sostanze.

Bornovalova M. A. et al. (2005) riportano che pazienti con abuso di cocaina e crack (con minima componente di uso di eroina) soffrono di una maggiore impulsività e tendenza a esporsi a rischi anche in assenza della intossicazione acuta rispetto a pazienti con consumo preferito di eroina (con minima consumazione di crack).

Si è visto che questa prevalenza di rabbia, impulsività e violenza dei cocainomani si correla con alterazioni in zone cerebrali che controllano processi neurocognitivi di alto livello come il LOFG (lateral orbitofrontal gyrus), esaminate tramite il consumo di glucosio nel corso di PET (Goldstein et al. 2005).

Moeller et al (2002, 2004) confrontano 49 soggetti con dipendenza da cocaina con 25 non cocainomani, rispetto a impulsività, comportamenti antisociali nella biografia, uso di cocaina, riscontrando che in entrambi i gruppi le persone con diagnosi di disturbo di personalità antisociale (DPAS) erano in assoluto più aggressive e con meno controllo sugli impulsi, ma che anche le persone senza la diagnosi DPAS ma con uso di cocaina dimostravano più comportamenti antisociali con perdita di controllo d'impulso e aggressività rispetto a quelli senza diagnosi DPAS e uso di cocaina. Gli autori concludono che la maggiore impulsività nei cocainomani non è esclusivamente correlato alla diagnosi DPAS preesistente o comunque a un carattere aggressivo.

Questi studi tuttavia non chiariscono se i comportamenti antisociali/aggressivi e l'impulsività non controllata nei soggetti dipendenti da cocaina sono conseguenza del consumo o piuttosto associati a tratti di personalità. Questo problema è molto importante ai fini del trattamento, in

quanto la impulsività legata all'uso di cocaina si dovrebbe esaurire con l'astinenza, quella legata alla personalità no. (Herbeck ed altri, 2006).

Nella nostra esperienza di trattamento comunitario il problema della impulsività è centrale e costituisce la maggiore differenza tra i pazienti cocainomani e gli alcolisti trattati nella stessa struttura con programmi diversi. La richiesta di un periodo iniziale di degenza ospedaliera è connessa al controllo della impulsività legata all'uso di cocaina, più che a veri e propri problemi di astinenza, rari in questi pazienti. L'approccio psicoterapico cognitivo-comportamentale da noi utilizzato dedica molto spazio all'intervento sulla impulsività.

Il trattamento

Gli approcci farmacologici alla dipendenza da cocaina presentano una efficacia limitata e in molti casi non sperimentalmente accertata. In particolare mancano strumenti farmacologici in grado di trattare il craving per la cocaina e di limitare la frequenza e la gravità delle ricadute.

In questo contesto grande interesse è rivolto alla validazione di percorsi psicoterapici specifici.

Per effettuare queste sperimentazioni sono stati messi a punto protocolli di ricerca che tendono a garantire la riproducibilità dei risultati in situazioni così variabili e soggettive come la psicoterapie, definendone percorsi, durata e modalità. Sono stati pubblicati manuali che agevolano la riproducibilità dei principali approcci (Carroll, 2005; Woody, 2003).

Nel campo dipendenza da cocaina l'approccio psicoterapico maggiormente validato sperimentalmente è quello cognitivo-comportamentale della Carrol (1994), il cui manuale è disponibile in Italiano (Carrol, 2001). Un altro approccio sperimentalmente validato per i disturbi da uso di sostanza in comorbilità con il disturbo Borderline di personalità è quello di Marsha Linehan (2001, 2002).

Entrambe queste modalità psicoterapiche a impronta cognitiva partono dal presupposto che le sostanze funzionino da regolatori emotivi esterni in persone con difficoltà ad attuare un controllo emotivo interiorizzato. L'astinenza deriva dal miglioramento delle capacità di regolazione emotiva e dalla acquisizione di abilità di prevenzione della ricaduta (Cibin e coll, 2001).

Il concetto della "vulnerabilità verso stress" che è stato sviluppato per spiegare meglio la complessità della sindrome Borderline (Linehan, 2001) si è rivelato molto utile anche nel campo dell'alcolismo e della cocaina. Spiega in analogia ai concetti della neuroplasticità l'aumento di frequenza e gravità dei sindromi posttraumatici: non esistono traumi oggettivi, lo stesso evento di vita potenzialmente traumatico ha conseguenze psichiche più gravi in soggetti con più vulnerabilità genetica, biografica e neuroplastica. La cocaina consumata come aiuto per tornare a un controllo emotivo ha effetti più devastanti in soggetti più vulnerabili e/o più traumatizzati.

La mancanza di una farmacoterapia in grado di arginare il craving e l'uso di cocaina e le ricadute frequenti e travolgenti rendono spesso impossibile un corretto approccio di trattamento in setting ambulatoriale. È quindi importante disporre di programmi residenziali ove sia possibile condurre i trattamenti descritti in una situazione "protetta" sia dal punto di vista della sostanza sia da quello del clima emotivo (esperienza emotiva correttiva). Negli approcci psicoterapici è infatti importante avere la possibilità di condividere il percorso con un gruppo di pari in una atmosfera calda e supportiva, tale da favorire quel processo di scongelamento che è il presupposto del lavoro psicoterapico, in particolare quello che affronta eventi vissuti come traumatici.

B) TRATTAMENTO RESIDENZIALE DEL COCAINISMO: L'ESPERIENZA DI VILLA SORANZO

Il progetto "Non solo cocaina" e Villa Soranzo

Nel 2003 la Regione del Veneto varava il progetto "Non solo cocaina" con l'obiettivo di studiare gli interventi rispetto a questo problema da trasferire nella programmazione regionale. La realizzazione del progetto era affidata al Dipartimento per le Dipendenze della Az. Ulss 13.

Il progetto ha preso in considerazione tre tipologie di consumatori di cocaina:

1. giovani nei luoghi di divertimento.
2. eroinomani in trattamento.
3. soggetti con buon adattamento sociale.

Per quanto attiene a quest'ultimo target il primo problema è stato quello del reclutamento, essendo notoriamente una popolazione che non fa riferimento al Sistema delle Dipendenze come attualmente configurato (SerT e Comunità terapeutiche).

Alcuni pazienti di questo tipo sono stati individuati tra quanti in trattamento ai SerT per alcolismo. Infatti, una quota significativa di alcolisti sotto i 40 anni consuma anche cocaina, e per alcuni di questi il cocainismo è il problema principale.

La quota principale di soggetti del gruppo tre è stata contattata tramite la collaborazione con il Servizio di Medicina delle Dipendenze della Università di Verona. Si tratta di una struttura ospedaliera che si dedica alla disintossicazione di pazienti con dipendenza da sostanze. Tra questi vi sono molti soggetti con dipendenza da cocaina e un buon adattamento sociale, attirati dalla fama di eccellenza della struttura.

Il secondo problema è stata la proposta a questi pazienti di un programma terapeutico efficace secondo le indicazioni della letteratura scientifica: un programma residenziale breve ad impronta psicoterapica. Si è quindi proceduto a costituire una unità operativa specifica all'interno della Comunità terapeutica "Villa Soranzo". Questa comunità è nata nel 2000 dalla collaborazione tra il Ceis "don Milani" ed il Dipartimento per le Dipendenze del Az. Ulss 13 di Dolo e Mirano. Il progetto originale aveva come obiettivo la messa a punto di una comunità per alcolisti impostata secondo criteri innovativi e di breve durata, in grado di accogliere 30 pazienti.

La scelta di partire da una comunità per alcolisti non è causale, ma deriva da una serie di osservazioni condotte durante il progetto, osservazioni che ci consentono di affermare che in un contesto come quello veneto, in cui la rete di cura dell'alcolismo è ben sviluppata, è meglio fare riferimento a questa rete piuttosto che a quella delle tossicodipendenze, fortemente connotata in senso eroinocentrico.

All'interno di questa comunità si è costituita una unità specifica per pazienti cocainomani: uno spazio sperimentale che ci ha permesso di immaginare un percorso residenziale con caratteristiche in parte prese dalla nostra esperienza con alcolisti e in parte studiato su misura per venire incontro ad altre esigenze che si sono manifestate nel corso del trattamento stesso.

Infatti, la nostra esperienza si è formata con pazienti che, come gli alcolisti, conservano una cerchia familiare intatta, un lavoro, anche socialmente ed economicamente ben riconosciuto (spesso chiedono di poter pagare personalmente la retta comunitaria), buone abilità sociali di base e risorse umane ed emotive "congelate" ma valide, infine pazienti con poco tempo a disposizione (qualche mese) per attuare un percorso terapeutico residenziale, quindi necessità di un progetto breve e intensivo, avendone però la necessità.

Le evidenti similitudini con gli alcolisti ci hanno portato a pensare di costruire una residenzialità comune, tenendo però presenti anche le differenze legate soprattutto al tipo di so-

stanza e alla sua illegalità.

Per quanto attiene alla sostanza si riscontrano aspetti di impulsività che riguardano sia le relazioni interpersonali all'interno della comunità sia la capacità di tollerare le regole, per quanto elastiche, della comunità. Questi pazienti, più degli alcolisti richiedono una gestione che investe le caratteristiche di performance richieste alla cocaina (richiesta di un percorso specifico, definito e con riscontri immediati) e atteggiamenti e comportamenti legati all'essere entrati in contatto con un mercato illegale che ha sviluppato, se non era già presente, una tendenza a non fidarsi (poca trasparenza anche nella relazione di cura, tendenza a dire bugie, attenzione a non farsi fregare, essere furbi, trattare, non essere mai del tutto sinceri, non parlare). È fondamentale avere ben presenti queste caratteristiche durante un trattamento terapeutico in quanto sono forse il più importante scoglio da superare, sia per i pazienti che devono imparare a fidarsi, sia per i terapeuti, che devono dare il tempo ai loro clienti per farlo. Tra i cocainomani è più forte rispetto agli alcolisti la tendenza all'omertà, alla gestione nel gruppo di pazienti dei problemi e delle ricadute. Questo è forse l'unico aspetto in cui i cocainomani assomigliano agli eroinomani.

I pazienti cocainomani partecipano insieme agli alcolisti ai gruppi terapeutici e alla attività ricreativa e di supporto alla gestione della comunità (turni di pulizia, in cucina...).

In una settimana sono previsti tre gruppi "emotivi" la settimana, un gruppo di prevenzione della ricaduta e un gruppo di training autogeno. È inoltre possibile frequentare un gruppo di Alcolisti Anonimi che si riunisce all'interno della struttura.

Sono previsti due colloqui la settimana con il terapeuta di riferimento. In questi colloqui si sviluppa il programma psicoterapico descritto di seguito.

Infine, le **regole di convivenza** che riguardano il divieto di assumere alcolici, droghe e farmaci non prescritti, di avere comportamenti minacciosi fisici o verbali, di utilizzare radio, tv, telefoni, videogiochi, di assumere atteggiamenti che distraggano dal programma terapeutico, di fare sesso in comunità, di uscire dalla comunità in maniera non concordata.

Il programma comunitario per soggetti con dipendenza da cocaina è stato sinora concluso da 31 pazienti (di cui 10 con problemi misti cocaina/alcol). È in corso il follow up per valutare gli esiti a medio/lungo termine.

Tabella 1: Pazienti indicati per il trattamento comunitario

<p>Dipendenza da cocaina anche associata a: disturbi mentali non gravi, disturbi di personalità abuso/dipendenza da alcol, benzodiazepine, eroina o a uso di cannabinoidi, ecstasy. disturbi del comportamento alimentare disturbi dell'impulso</p> <p>Si escludono: problemi organici che richiedano un costante intervento specialistico gravi disturbi mentali deterioramento sociale grave intolleranza alla vita comunitaria</p>

Programma in Villa Soranzo

Il paziente deve essere accompagnato da:

dati anagrafici

relazione clinica

elementi sulla situazione familiare e sociale

I nuovi ingressi avvengono di norma il mercoledì in tarda mattinata

Viene effettuato un colloquio con lo psichiatra del SerT di Dolo al fine di stabilire la terapia farmacologica di proseguimento a partire da quella consigliata in sede di dimissione dalla struttura ospedaliera e viene dato il benvenuto con un gruppo di accoglienza cui partecipano tutti le persone presenti in Comunità

Durante la prima settimana verrà somministrata una batteria di test, ripetuta a fine percorso (MAC versione specifica sulla sostanza d'abuso primaria, SCL90, DTCQ).

Il programma prevede 2 colloqui a settimana, gruppi quotidiani, apprendimento della tecnica di rilassamento "training autogeno", altre attività di tipo comunitario.

Nella prima settimana si procede all'inquadramento diagnostico per aree (Tossicologica, Psicologica/psichiatrica, Motivazionale, Familiare, Sociale). Dalla 2° alla 4° settimana si sviluppa il programma terapeutico personalizzato; quest'ultimo può essere prolungato fino ad altre 4 settimane se la situazione lo richiede.

Il programma terapeutico di base sui seguenti **Punti Chiave**:

Approccio Motivazionale (Miller & Rollnik, 1994)

L'approccio motivazionale tiene in considerazione la posizione dell'utente in un cammino ideale che va dalla mancanza di motivazioni alla disponibilità al cambiamento, in relazione a tre fattori fondamentali: Autoefficacia, Frattura Interiore, Disponibilità al Cambiamento. Durante la permanenza in comunità si effettuano Colloqui Motivazionali finalizzati alla individuazione di strategie utili per saggiare, valutare e accrescere il potenziale di cambiamento.

Analisi Funzionale

Assunto di base è che quel che uno fa ha un senso e una funzione. Quindi ogni comportamento serve all'individuo, è una strategia adattiva, la migliore risposta che in quel momento l'individuo è in grado di attuare. L'Analisi Funzionale, coerentemente con questo presupposto, cerca di identificare la funzione che il comportamento problematico ha per quella persona.

L'analisi funzionale ha come obiettivo sviluppare abilità di tipo:

Osservativo

Metacongnitivo (comprendere meccanismi di funzionamento, pensieri, emozioni)

di Regolazione (distanziarsi dalle cose)

di Anticipazione (prevedere e pianificare)

di Autoefficacia (capacità di poter intervenire sugli eventi, senza esserne travolto)

Sblocco Emotivo

Relazionarsi con gli altri utenti, uno spazio caldo in cui esprimere le proprie emozioni, sentimenti e vissuti, nel gruppo dei pari e nei vari momenti d'aggregazione, permette di sciogliere i blocchi emotivi, di persone congelate nel comportamento di dipendenza.

Regolazione Emozionale: Obiettivi

Comprendere le proprie emozioni

Identificare, osservare e descrivere l'emozione

Comprendere cosa le emozioni fanno per te

(Strumento: Diario delle emozioni)

Ridurre la vulnerabilità emotiva

Ridurre la vulnerabilità negativa

Incrementare le emozioni positive

(Strumenti: Apprendimento abilità di base, Scheda degli eventi piacevoli per l'adulto)

Ridurre la sofferenza emotiva

Lasciare libero corso alle emozioni dolorose attraverso la *mindfulness* (attenzione partecipe e non giudicante)

Modificare le emozioni dolorose attuando comportamenti di segno opposto

Prevenzione della Ricaduta (Stabilizzazione del Cambiamento) (Marlatt e Gordon, 1985, Connors e coll., 1996).

Attraverso l'analisi degli antecedenti e dei conseguenti del comportamento di abuso si attua la ricerca della comprensione del significato per la persona.

Si attua una normalizzazione della ricaduta, riportandola alle esperienze personali.

Si favorisce lo sviluppo di abilità di fronteggiamento per le varie situazioni.

Si utilizzano strumenti (diario del craving, bilancia decisionale...) per accompagnare le persone nella quotidianità.

Si individuano le personali situazioni ad "alto rischio" di ricaduta: stati emotivi negativi e positivi, conflitti interpersonali, pressioni sociali, occasioni, verifica autocontrollo, uso d'altre sostanze psicoattive, condizioni fisiche negative.

Tabella 2: Strumenti terapeutici

<p>Gruppi tematici e di discussione Colloqui individuali Colloqui con gruppo familiare Gruppi di Prevenzione della Ricaduta e Regolazione Emozionale Tecnica di rilassamento "Training Autogeno" Attività ginniche guidate Attività lavorative Attività ricreative</p>

Tabella 3: Obiettivi del programma

<p>Acquisizione di abilità di prevenzione della ricaduta e regolazione emozionale Riacquisizione di una fisicità "naturale" Riacquisizione di abilità sociali Riappropriazione gestione del proprio tempo libero Supporto aftercare nel territorio</p>
--

CONCLUSIONI

Le caratteristiche cliniche della dipendenza da cocaina e le mancanza di efficaci strategie farmacologiche specifiche rendono ragione della necessità di sviluppare programmi residenziali ad impronta psicoterapica. La applicazione di approcci psicoterapici standardizzati e validati è essenziale per il successo terapeutico.

All'interno del progetto "Non solo cocaina", promosso dalla Regione del Veneto, è stato attivato un programma terapeutico breve per cocainomani centrato su Motivazione al Cambiamento, Analisi Funzionale, Sblocco emotivo, Prevenzione della ricaduta.

Nella nostra esperienza la applicazione di tali approcci cognitivo-comportamentali in un ambiente caldo ed emotivamente accogliente consente la riacquisizione di abilità emotive e relazionali "congelate" dal comportamento di abuso, e rappresentano un valido programma terapeutico per il cocainismo.

BIBLIOGRAFIA

1. 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
2. Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C, Gordon LT, Wirtz PW, Gawin E.: One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. Delayed emergence of psychotherapy effects. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Dec; 51(12): 989-97
3. Carroll K.M.: *Treatment of Cocaine Dependence. A Cognitive Behavioral Approach*. Edizione Italiana a cura di Consoli A.; CSE, Torino, 2001
4. Carroll K.M., *Recent advances in the psychotherapy of addictive disorders*.
5. *Curr Psychiatry Rep*, 2005 Oct; 7(5): 329-36
6. Cibin M., Hinnenthal I., Levarta E., Manera E., Nardo M., Zavan V.: Prevenzione della ricaduta, motivazione al cambiamento, eventi vitali e sofferenza psichica nell'intervento alcolico, *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo*, 1, 2001, 9-13
7. Connors G.J., Maistro S.A., Donovan D.M., Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91 (suppl.) 5-13, 1996.
8. Goldstein R. Z., Alia-Klein N., Leskovja A.C., Fowler J.S., Wang G. J., Gur R. C., Hitzemann R., Volkow N.D.: Anger and depression in cocaine addiction: association with the orofrontal cortex. *Psychiatry Res* 2005 Jan; 138 (1): 13-22
9. Haasen C., e coll., Cocaina use in Europe- a multi centre study. Methodology and prevalence estimates. *Eur Addict Res*, 2004, 10(4):139-46.
10. Hinnenthal I., Cibin M.: Trauma psichico e Tossicodipendenza, in: *Il trattamento con metadone*, a cura di Cibin M., Guelfi, G. P., Franco Angeli, Milano, 2004
11. Hinnenthal I., Cibin M., Vulnerabilità emotive, disturbo borderline e metadone. In: *Il trattamento con metadone*, a cura di Cibin M., Guelfi, G. P., Franco Angeli, Milano, 2004
12. Hinnenthal I., Schmidt, R., Munizza, C., Falkai, P.: Alcol e personalità: Il „problema Borderline” in: *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, a cura di Cibin M., Mazzi, M., Ramazzo, L., Serpelloni, G., 2001, 385-392
13. Horowitz M.J., *Stress response syndromes*; Jason Aronson; New York, 1976

14. Herbeck D.M., Hser Y.I., Lu A. T., Stark M. E., Paredes A.: A 12-year follow-up study of psychiatric symptomatology among cocaine-dependent men; *Addict Behav*, 2006 Feb 23, (Epub ahead of print)
15. Linehan M.M., *Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Raffaello Cortina editore, Milano, 2001
16. Linehan M.M. e coll. *Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence*. *Drug Alcohol Dependence*, 2002, 1, 67, 13-26
17. Marlatt G.A., Gordon J.R., *Relapse prevention*, Guilford, New York, 1985.
18. Miller W.R., Rollnik S., *Il colloquio di motivazione*, Erikson, Trento 1994.
19. 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
20. 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
21. Nordstrom G., Berglund M., Type 1 and type 2 alcoholics (Cloninger & Bohman have different patterns of successful long-term adjustment. *Br J Add*, 1987, 82(7):761-0.
22. Prinzleve M., Haasen C., Zurhold, H., Matali, J. I., Bruguera E., Gerevich J., Bacskai, E., Ryder, N., Butler, S., Manning, V., Gossipo, M., Pezous A.M., Verster A., Camposeragna A., Andersson, P., Olsson B., Primorae A., Fischer G., Guttinger F., Rehm J., Krauzs M.: Cocaine use in Europe – a multicentre study: patterns of use in different groups, *Eur Addict Res*, 2004; 10(4): 147-55
23. Spitzer M. *Lernen: Gehirnforschung und die Schule des Lebens*. Spektrum, Akademischer Verlag, Heidelberg Berlin, 2002
24. Woody G. E.: Research findings on psychotherapy of addictive disorders.
25. *Am J Addict*. 2003; 12 Suppl 2: 19-26

