



**Associazione Genitori Comunità Incontro - ONLUS**  
**Via S. Biagio 114 - 51100 Pistoia**  
**tel. 0573 50431 - fax. 0573 975388**  
**E-mail: [agci@zen.it](mailto:agci@zen.it)**

**Giuseppe Iraci Sareri**  
**Direttore Terapeutico**  
A.G.C.I. Pistoia  
**Via San Biagio 114- 51100 Pistoia**  
**Tel. 0573/504325 Fax 0573/975388**  
[iracisareri@tiscalisnet.it](mailto:iracisareri@tiscalisnet.it)

**Dott. Napoli Luca**  
**Consulente Specialista psicologia Clinica**  
A.G.C.I. Pistoia  
**Via Dalmazia 184 51100 Pistoia**  
**Tel 347/2425010 0573/504347**  
[Lcnpl@tin.it](mailto:Lcnpl@tin.it)

**Progetto Terapeutico“L’APPRODO”**  
**Programma per Utenti in comorbilità psichiatrica**

*“ .... Nel futuro che s’apre  
le mattine sono ancorate  
come barche in rada.”*  
**E. MONTALE**

La relazione che presenteremo è composta di due parti: nella prima presenteremo il Progetto “l’Approdo e l’ambiente dove esso nasce e si sviluppa, l’AGCI , l’organizzazione che ha promosso e attuato questo progetto; nella seconda parte verranno presentati i dati riguardanti le ricerche cliniche effettuati sull’utenza del progetto L’Approdo. attraverso l’utilizzo di reattivi psicometrici all’ingresso in Comunità e dopo un anno..

L’AGCI è nata venti anni fa , con la missione di sviluppare interventi finalizzati alla prevenzione, riabilitazione e cura di soggetti con problemi di dipendenza patologica. In questi anni di attività l’AGCI ha sviluppato un ampio ventaglio di percorsi terapeutici per rispondere alle diverse esigenze degli utenti che presentiamo brevemente .

- **Centro orientamento e diagnosi (COD):** Servizio ambulatoriale di prima accoglienza.

**Programma diurno speciale:** per utenti in trattamento mediante somministrazione di metadone; *programma a bassa soglia per soggetti non drug-free o in trattamento sostitutivo nell'ottica della riduzione del danno*

- **Programma di orientamento e detossicazione residenziale** (in collaborazione con il Ser.T. di Pistoia): *programma a soglia media speciale per t.d. che non riescono ad utilizzare i servizi territoriali e le proprie risorse personali e familiari per raggiungere e mantenere l'astinenza.*
- **Programma residenziale Psicopedagogico:** *Programma ad alta soglia per tossicodipendenti che non presentano una diagnosi psicopatologica grave, che nella tipologia definita da L. Cancrini sono indicati come tossicodipendenti con struttura di personalità nevrotica.*
- **Programma speciale psicoterapeutico:** *programma residenziale ad alta soglia per utenti con problemi di dipendenza legati a disturbi di personalità non gravi.*
- **Progetto alcol:** *Programma residenziale di detossicazione e trattamento per soggetti con dipendenza da alcol, alcolisti primari principalmente.*
- **Programmi esterni di svincolo terapeutico:** *Programmi di reinserimento rivolti principalmente agli utenti dell'AGCI che hanno terminato un programma residenziale specifico,*

Ultimo nato in ordine cronologico e oggetto della presente relazione è:

- **Progetto l'Approdo:** *programma residenziale per pazienti con disturbo psichiatrico primario, associato a problemi di dipendenza da sostanze.*

Negli ultimi dieci anni della nostra attività abbiamo constatato l'evidenza del fatto che molti dei pazienti da noi trattati presentavano un disturbo psichiatrico associato all'uso di sostanze.

In parte crediamo ciò sia dovuto ad una maggiore capacità di diagnosi, sia dei servizi invianti, sia della nostra organizzazione, Questa consapevolezza ha innescato un processo di revisione del nostro modo di lavorare e dei trattamenti e dunque l'attuazione di programmi speciali, che differivano dal modello di comunità tradizionale per le modalità di approccio e per omogeneità di utenza. E' in questa ottica che nasce il progetto l'Approdo, per occuparsi di pazienti in comorbilità psichiatrica associata all'uso di sostanze

Riteniamo che il punto di forza di questo progetto sia quello di offrire un servizio a quei soggetti che fino ad oggi non hanno trovato risposte terapeutiche a causa del loro disturbo "doppio". I programmi per td non prevedevano infatti l'accesso a soggetti con disturbi psichiatrici ed i programmi psichiatrici non prevedevano l'ammissione a soggetti con problemi di dipendenza. Il risultato era che le persone che avevano maggiore necessità di un trattamento non ricevevano risposte integrate ed efficaci

Siamo convinti che per assicurare una risposta efficace soprattutto a questo target di utenza, sia necessario realizzare un intervento multidisciplinare integrato. Al contrario, riteniamo vano intervenire separatamente su l'una o l'altra patologia.

L'AGCI ha realizzato un progetto terapeutico che pur conservando una tradizione di comunità terapeutica ha inserito elementi nuovi.

E' stata prevista una équipe multidisciplinare, seguendo un criterio di integrazione della presa in carico, dove un'unica équipe specializzata in questo settore, competente nel trattamento sia dei disturbi da dipendenza che dei disturbi mentali, provvede a rimandare all'utente una spiegazione della sua malattia ed una prescrizione terapeutica coerente.

Applicando prese in carico di tipo parallelo e sequenziale, ossia con il trattamento di differenti disturbi da parte di differenti équipes, si corre il rischio di fornire un insieme contraddittorio di messaggi.

I trattamenti effettuati secondo il modello integrato da noi seguito mirano a:

- a) *ridurre i conflitti tra i curanti,*
- b) *considerare ed affrontare le difficoltà incontrate dai pazienti nel seguire diversi programmi terapeutici e nel ricevere messaggi potenzialmente contrastanti,*
- c) *rimuovere le difficoltà, sovente istituzionali, per accedere al trattamento e permanere nello stesso.*

La realizzazione di questo progetto è stata possibile grazie alla sensibilità ed all'interesse che la Regione Toscana ha avuto negli ultimi anni rispetto al trattamento di utenti in "doppia diagnosi" inserendolo tra le priorità dei finanziamenti a valenza regionale. Il progetto da noi presentato ha incontrato parere favorevole ed ottenuto il finanziamento biennale per la fase di avvio. Il progetto ha come partner istituzionale l'U.F. Dipendenze Patologiche di Pistoia e l'Unità Operativa di Psichiatria di Pistoia. Ciò ha facilitato l'avvio e l'integrazione fattiva del progetto con la stipula di una convenzione che prevede la ripartizione dell'onere della retta tra la psichiatria ed il Ser.T. Questo è un fatto di primaria importanza in quanto comporta una presa in carico del paziente da parte di entrambi i servizi, che collaborano anche in seguito per tutto l'iter terapeutico.

L'obiettivo implicito del progetto è anche quello di integrare tre diverse culture: Ser.T, Psichiatria e Privato Sociale, realtà che fino ad oggi sono intervenute in modo separato ed a volte conflittuale sullo stesso disagio. L'AGCI prevede questa integrazione anche in altri programmi come la detox residenziale dove collaborano AGCI e ed il Ser.T e il programma per alcolisti dove la collaborazione è con il GOA/Ser:T Pistoia.

L'Approdo nasce come un programma terapeutico rivolto a persone che associano a gravi disturbi psichiatrici l'abuso di sostanze legali e/o illegali, con un'età compresa tra i 18 e 40 anni (Asse I e II del DSM IV). Al momento dell'ingresso l'ospite non deve presentare disturbi psichiatrici in fase acuta e deve essere disintossicato.

Queste persone sostanzialmente si diversificano per:

- Minore tolleranza alle frustrazioni
- Marcata difficoltà relazionale
- Minore capacità progettuale
- Maggior frammentazione del Se
- Minor contatto con la realtà

Date queste caratteristiche, queste persone necessitano di un modello di intervento con specifici aspetti che per la nostra esperienza si concentrano nei seguenti fondamenti:

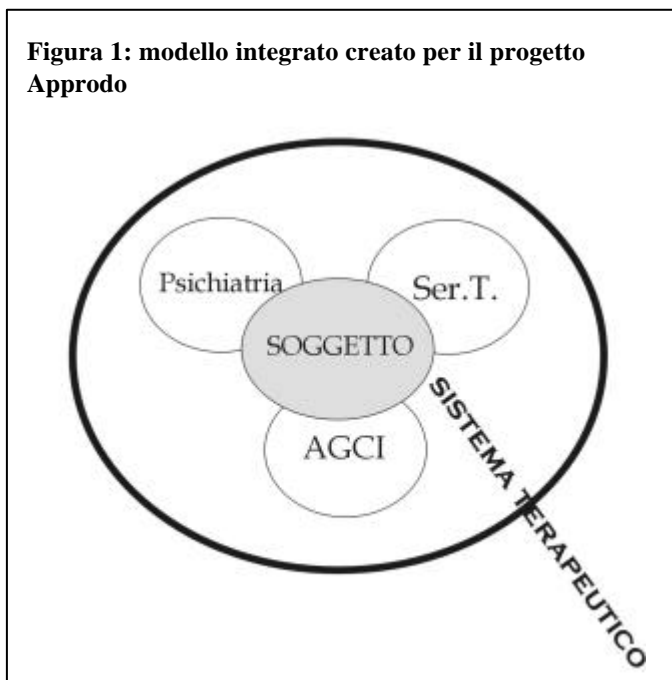
- Gruppo di piccole dimensioni max 12 pz
- Presenza costante degli Operatori e multidisciplinarietà delle figure professionali

- Setting caratterizzato da flessibilità e costante contatto con gli operatori, con ampio spettro di attività riabilitative
- Particolare attenzione al significato attribuito dal pz. alla terapia farmacologica
- Attività atelieristiche finalizzate al recupero/scoperta della creatività individuale
- Approfondimento psicologico individuale e familiare con interventi psicoterapeutici di gruppo, familiari e individuali nell'ottica di lavorare sul nucleo profondo della psicopatologia
- Intervento educativo che tenga conto del significato delle trasgressioni agite nel contesto del programma stesso

Questi fondamenti si inseriscono comunque all'interno del setting terapeutico di Comunità che l'AGCI ha sviluppato nella sua ventennale esperienza.

Come già detto questo programma nasce dall'integrazione di tre forze sul campo, come rappresentato dalla **figura 1**, costituendo un sistema terapeutico con un equilibrio dinamico al suo interno.

Le tre forze sono : il Servizio delle Tossicodipendenze, il Dipartimento di salute mentale e il Privato



Sociale. All'interno di questo sistema è a nostro avviso importante sottolineare come la centralità terapeutica sia comunque *a carico dello staff interno* all'AGCI, sempre però in una ottica di collaborazione e coordinamento con i servizi invianti. Questa autonomia da un lato permette di

lavorare con questi pazienti seguendo un criterio di integrazione della presa in carico che è prevista attraverso un'unica équipe specializzata in questo settore, evitando così di colludere con la frammentazione di cui queste persone sono portatrici, dall'altro però fornisce spesso ai servizi invianti l'alibi per una delega completa della persona al

programma una volta concordato l'ingresso. Per ovviare a questo pericolo sono previsti degli incontri con i Servizi, titolari dell'invio, che scandiscono le tappe evolutive del percorso dei pazienti del programma e finalizzati alla valutazione del percorso ed alla riformulazione degli obiettivi, qualora sia ritenuto necessario.

L'équipe terapeutica altamente specializzata è composta da psicologi, educatori, arteterapeuti. Comprende la collaborazione di specialisti clinici, psicologi e psichiatri, per la valutazione diagnostica, psichiatri del SSN e terapeuti della famiglia. Prevede inoltre la presenza di assistenti di base alla persona, che provvedono ad una copertura sulle 24 ore del centro, e atelieristi che gestiscono i laboratori creativi ed espressivi.. Questo centro si caratterizza quindi per la multidisciplinarietà delle figure professionali e la differenziazione dei ruoli, garantendo così la presenza di diversi tipi di contenitori in cui l'ospite può collocare le sue istanze per vedersi restituire una immagine coerente che favorisce l'integrazione di diverse parti del Sé. Da sottolineare comunque che una varietà così complessa ed articolata di figure di riferimento richiede una attenzione minuziosa per evitare i rischi continui di manipolazione tipica di questa tipologia d'utenza, soprattutto quando si manifesta la parte tossicomane del disturbo

La presenza costante degli psichiatri del Dipartimento di Salute Mentale all'interno delle riunioni di équipe, ha permesso inoltre di valutare la funzione degli psicofarmaci nel percorso terapeutico individuale attraverso la valorizzazione della terapia farmacologica come uno dei possibili agenti di cambiamento, inserendo gli eventuali "scalaggi" o "aumenti di terapia" nel quadro più globale delle prescrizioni terapeutiche dello staff. Il farmaco è quindi considerato un utile supporto al percorso del paziente ma non assume né un ruolo centrale nel lavoro del centro, né viene demonizzato come "sostanza" da scalare, aiutando così l'ospite a recuperare un rapporto equilibrato con la terapia farmacologica.

## **Articolazione ed obiettivi del programma**

### **Prima fase – semiresidenziale. Ammissione**

Propedeutica al trattamento residenziale, consiste in colloqui anamnestici e diagnostici individuali e familiari e gruppi settimanali di preparazione al lavoro in comunità. Tali colloqui sono effettuati da uno psicologo clinico del C.O.D. che ha l'obiettivo di indagare e rafforzare la motivazione e predisporre una prima ipotesi di intervento terapeutico. Successivamente il paziente viene incontrato dal responsabile del Ser.T insieme al responsabile del Servizio di Salute Mentale e dallo psicologo del COD, i quali hanno la responsabilità finale nella decisione di inserire o meno l'utente nel programma.

### **Seconda fase- residenziale. Trattamento**

La fase residenziale prevede la presenza di un gruppo di 12 utenti al massimo, a conferma della nostra convinzione che il trattamento è più efficace in un gruppo di queste dimensioni.

Il programma terapeutico residenziale consiste in un periodo di osservazione, un contratto iniziale, obiettivi, verifiche periodiche e un tempo massimo di permanenza di circa 12 mesi:

Gli obiettivi sono in relazione alle caratteristiche ed alle diagnosi del paziente, e dunque alle sue reali possibilità. Sulla base del punto di partenza si valutano insieme al paziente ed al servizio inviante i progressi e le difficoltà incontrate per aggiornare il percorso terapeutico.

Nella fase residenziale il lavoro si articola su tre assi principali: terapeutico, educativo e riabilitativo.

Per quanto concerne l'asse terapeutico esso si sviluppa attraverso il lavoro di gruppo (genogramma, gruppi sul qui ed ora, gruppi psicomotrici, storia delle dipendenze) e individuale (colloqui individuali e familiari) e mira a far acquisire al paziente una maggior introspezione portandolo a rielaborare gli eventi passati e presenti e a ridefinirsi nel contesto della quotidianità.

L'asse educativo riguarda il riconoscimento delle regole, dei tempi e degli spazi della Comunità e la discussione delle frequenti trasgressioni, facilitando così nell'utente la comprensione emotiva e cognitiva del contesto in cui è inserito e delle relazioni che lì dentro instaura con le varie figure professionali e con i suoi pari.

L'asse riabilitativo attraverso la gestione delle attività del centro (pulizia, cucine, lavanderia ecc.) e la presenza di attività espressive come il teatro o il disegno, facilita l'implementazione dell'autonomia e delle capacità espressive, riscoprendo il piacere di "fare le cose".

Accanto a queste tre aree di intervento si pone l'aspetto farmacologico, che trattato prevalentemente dai medici psichiatri del SSN, assume un ruolo importante nell'evoluzione del trattamento del paziente.

Tutto il lavoro effettuato nel centro mira al recupero e alla riabilitazione attraverso il recupero della progettualità e del controllo sulla propria vita, la responsabilizzazione, l'individuazione, lo sviluppo delle abilità interpersonali e di autocontrollo: in sintesi l'incremento di una equilibrata capacità espressiva del Sé. Nel far questo si ritiene rilevante concentrarci sulle risorse dell'utente, più che sulle aree deficitarie o patologiche. Il percorso da noi strutturato è di tipo evolutivo pertanto sono stati fissati dei tempi massimi di percorso che impediscono il rischio di una cronicizzazione e di un intervento di tipo assistenzialistico e non terapeutico.

### **Terza fase- reinserimento . dimissioni**

Questa fase viene preparata negli ultimi tre-quattro mesi di permanenza degli utenti nel Centro, e prevede lo svincolo dal programma, l'uscita dalla comunità ed il loro reinserimento sociale.

Un aspetto cruciale di questa fase del percorso è il concetto di autonomia che noi Operatori di Comunità Terapeutica abbiamo costruito nel tempo. In questi anni le CT hanno perseguito come obiettivo finale del paziente, lo svincolo dalla Comunità Terapeutica e la costruzione di una completa autonomia, intesa come acquisizione di un lavoro stabile, di una propria abitazione e una cessazione completa dell'uso di sostanze stupefacenti. Lavorare con utenti in doppia diagnosi costringe a rivedere il concetto di

autonomia e di dipendenza, poiché per alcuni di loro la dipendenza da una terapia farmacologica o da un servizio, durerà nel tempo, oltre il termine della Comunità residenziale e questo non significa che il trattamento non ha avuto successo. In sintesi con questi pazienti non è possibile pensare ad un percorso lineare ma ad un percorso complesso, pieno di ostacoli e di possibili ricadute o regressioni, che non devono scoraggiare gli Operatori.

Questa fase conclusiva, normalmente è preparata e concordata con il servizio inviante, con il quale si definiscono le priorità ed il tipo di intervento successivo. Il fine programma può prevedere l'invio al DSM / Ser.T. di origine oppure l'utilizzo dei percorsi di reinserimento terapeutico previsti dall'Associazione o l'invio ad altri programmi dell'AGCI quando l'utente necessita di un lavoro specifico che può essere meglio trattato in un altro servizio

La fase di reinserimento del progetto, che prevede un progressivo e graduale allontanamento della persona dalla struttura, è considerata una fase cruciale del percorso ed è stata pensata sia per impedire un impatto troppo brusco con la famiglia e la società in genere, sia per frenare il clima di rilassatezza e di euforia che si produce con l'ingresso nella fase del reinserimento. Durante quest'ultima parte del percorso viene effettuata una attenta attività di monitoraggio e di sostegno, stimolando le capacità di risoluzione dei problemi che inevitabilmente si pongono in questa fase della vita dell'utente. Durante questo momento è previsto quindi, oltre al lavoro terapeutico per l'elaborazione del distacco e della separazione per l'accettazione dei propri limiti e della realtà, un lavoro preparatorio, con i familiari e con i referenti del Servizio Pubblico, per valutare le risorse disponibili e le possibilità di un inserimento lavorativo

L'approccio teorico utilizzato nel centro è di tipo sistemico in cui appare centrale il lavoro con la famiglia, o sistema di riferimento (colloqui con le famiglie, incontri multifamiliari mensili, gruppi aiuto aiuto per i familiari, terapia familiare). Qualora la famiglia non sia presente o sia valutata totalmente inadeguata si ritiene importante la costruzione intorno all'ospite di una rete sociale che funga, una volta finito il percorso, da supporto alla persona.

### **Strumenti di valutazione e verifica**

1. Test proiettivi e scale di stato (MMPI2 TAT, Rorschach)
2. Diario giornaliero del Centro;
3. Relazione terapeutica mensile;
4. Griglia di osservazione mensile; per la valutazione delle autonomie dopo il primo mese di permanenza; compilata con regolarità dagli assistenti di base e discussa nell'equipe, che attraverso l'analisi di alcune aree più significative (autonomia, capacità di gestione, comunicazione, socializzazione ecc.) consente di individuare obiettivi a medio e lungo termine, da "contrattare" con la persona, facilitando in seguito la valutazione degli esiti
5. Riunioni settimanali dell'équipe terapeutica;
6. Riunione trimestrale dell'équipe con i referenti del servizio inviante;
7. Supervisione clinica dei casi (consulente psichiatra);

## 8. Supervisione dell'équipe di lavoro (supervisore esterno)

### **Personale impiegato**

- Responsabili dei trattamenti specialistici (Direttore .Dipartimento Salute Mentale, Direttore. Ser.T, Direttore .Generale. AGCI)
- Un educatore ( Responsabile della Sede)
- Uno psicoterapeuta
- Uno psicologo clinico per l'orientamento e la diagnosi
- Uno psicologo
- Due consulenti psichiatri del DSM della ASL di Pistoia
- Sei assistenti di base alla persona
- Un infermiere
- Consulenti psicoterapeuti della famiglia
- Esperto teatrale
- Art-terapeuta per la scultura metaforica
- Tecnico di laboratorio
- Atelierista monitore delle attività espressive
- Insegnanti, formatori e volontari.

### **Seconda parte**

#### **Diagnosi e trattamento**

Nel corso dell'anno abbiamo avuto decine di contatti da parte dei servizi (Psichiatria e Ser.T.) di tutto il territorio italiano ma in special modo da parte della Regione Toscana. Le richieste sono nella totalità per un "programma speciale" di doppia diagnosi, intendendosi con questo termine, da parte degli invianti, un paziente che presenta problemi di abuso di sostanze ed un disturbo psichiatrico. Abbiamo analizzato tutte le richieste pervenuteci e le abbiamo divise per ordine di accoglienza e motivo del rifiuto.

Per quanto riguarda la valutazione sono state pensate una serie di azioni per favorire al meglio la presa in carico del paziente:

- CONTATTO TELEFONICO
- RICHIESTA RELAZIONE STORIA TOSSICOLOGICA, PSICHIATRICA E FAMILIARE;
- PRIMO COLLOQUIO (Modello di Kernberg) ;
- APPROFONDIMENTO TESTOLOGICO (MMPI-2, RORSCHACH o TAT);
- RICHIESTA ANALISI E DOCUMENTI;
- VISITA CONGIUNTA TRA PSICHIATRA E PSICOLOGO;
- DIREZIONE (i tre valutatori si riuniscono per decidere l'eventuale ingresso).

Per quanto riguarda gli utenti abbiamo registrato nell'anno di attività:

- Contatti(invii).....65
- Ingressi effettivi.....28
- Pareri negativi all'ingresso.....5
- (monodiagnosi, persone con scarsa motivazione)
- Persone non valutate in filtro.....12  
(richiesta non corrispondente al progetto Approdo; es. richiesta assistenziale, mancanza di definizione del progetto, richiesta mantenimento di metadone)
- Richieste dal carcere.....4
- Parere favorevole, ma in scalaggio di metadone.....10  
(solo tre hanno relamente scalato il metadone e sono entrati successivamente)
- Drop out dopo il primo colloquio.....6

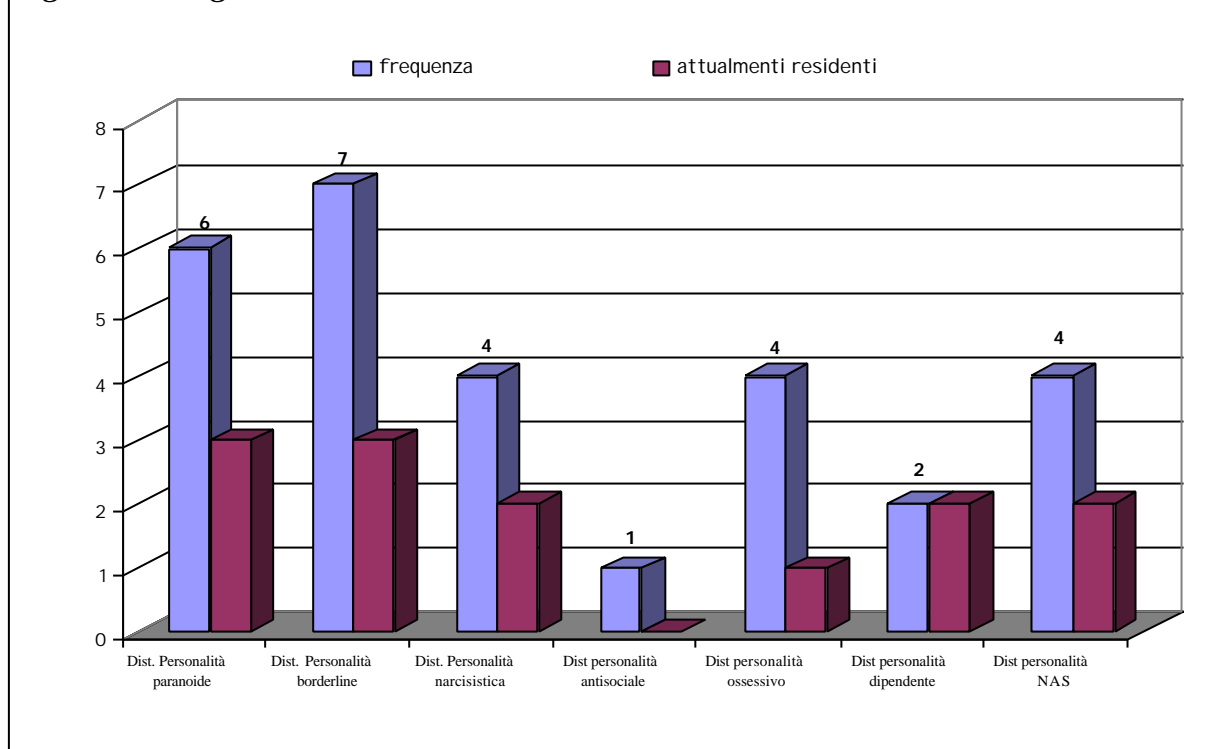
Dei soggetti valutati abbiamo registrato

## **28 INGRESSI:**

di cui 22 uomini e 6 donne

- 13 attualmente residenti;
- 1 trasferito nel programma psicopedagogico dell'A.G.C.I.;
- 2 allontanati in seguito a episodi di violenza;
- 12 hanno interrotto volontariamente il loro percorso  
(in 8 casi si trattava di uscite dopo meno di due mesi di permanenza al centro);

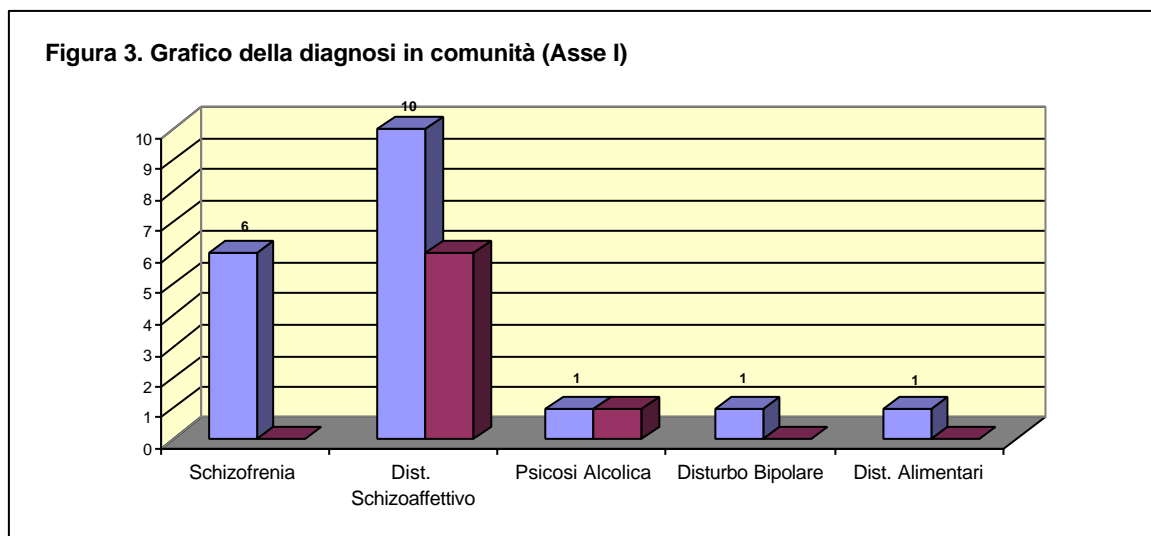
**Figura 2. Diagnosi dei servizi inviati.**



Sono stati presi in considerazione solamente i 28 soggetti che realmente hanno effettuato un ingresso in programma

Si può osservare con chiarezza come i servizi inviati inquadrino la diagnosi psichiatrica per lo più in asse II. E' altresì chiaro come la distribuzione delle frequenze e quella della ritenzione in programma sia molto omogenea, difatto non esistono differenze significative tra le diverse diagnosi.

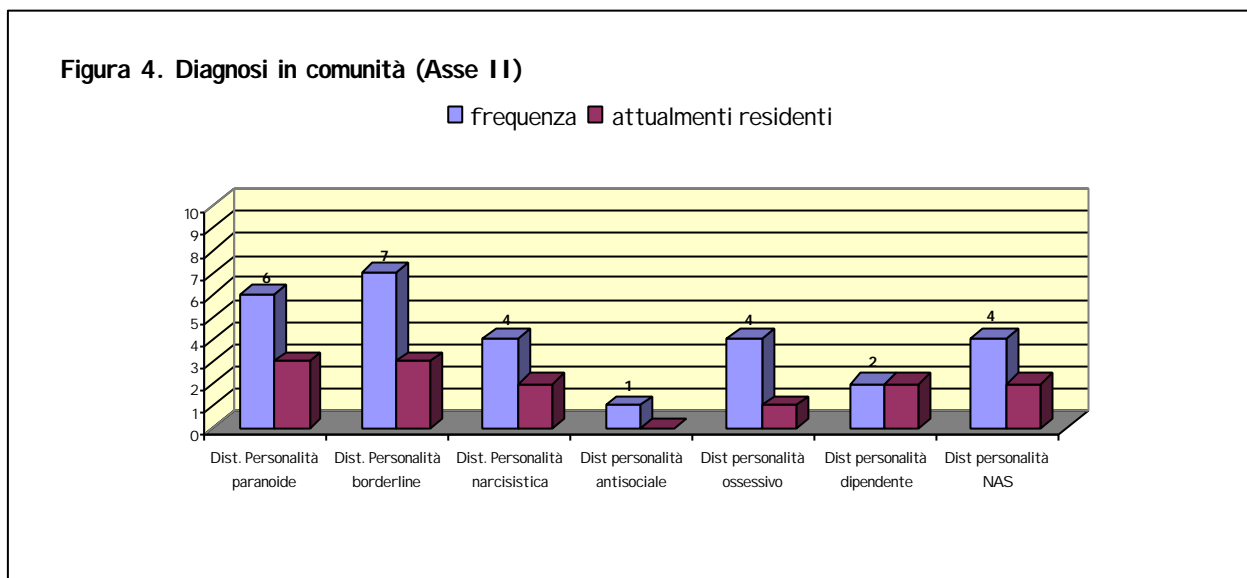
**Figura 3. Grafico della diagnosi in comunità (Asse I)**



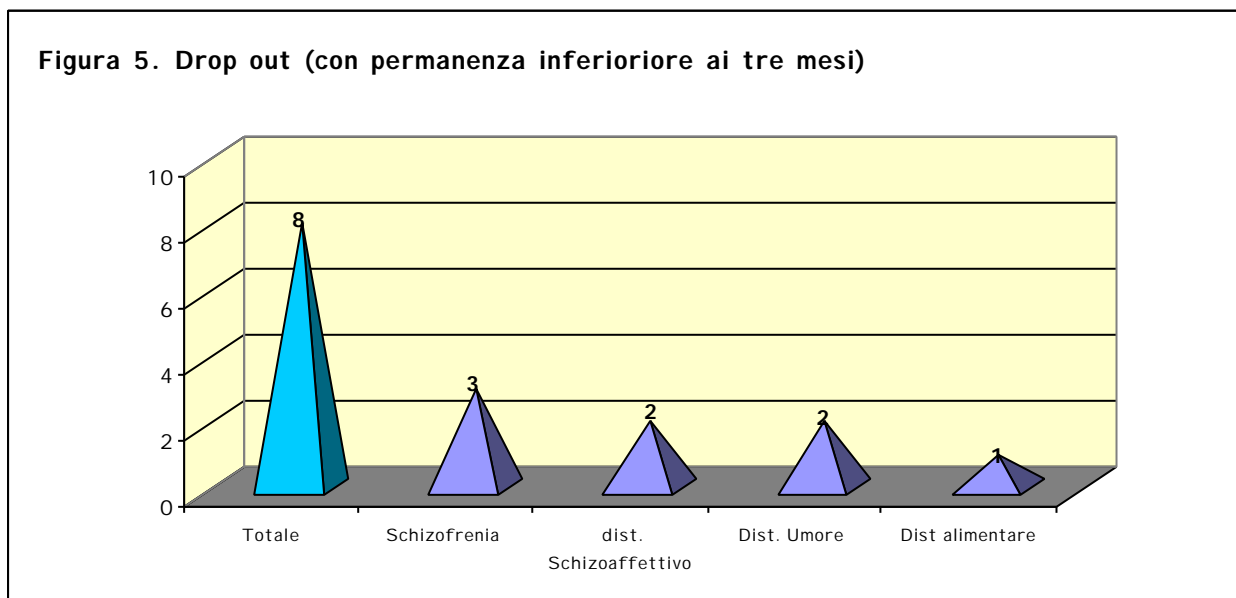
Prendendo in considerazione invece la diagnosi dopo l'osservazione in struttura, balza subito forte all'occhio che tra i soggetti entrati in programma, molti presentavano anche

diagnosi in asse I, ed è molto interessante il fatto che dei 6 soggetti che presentavano diagnosi di schizofrenia nessuno abbia continuato il percorso residenziale.

Vengono invece qui confrontate le diagnosi sull'asse II, con una ritenzione in ogni caso superiore al 50% appare molto significativo come la residenzialità modifichi lo stato generale del paziente e faccia apparire più chiare le caratteristiche di personalità dello stesso, permettendo diagnosi e quindi cure più franche.



La valutazione clinica e diagnostica dell' *out patients* in soggetti che abusano di sostanze è molto difficile e spesso parziale o molto approssimativa.

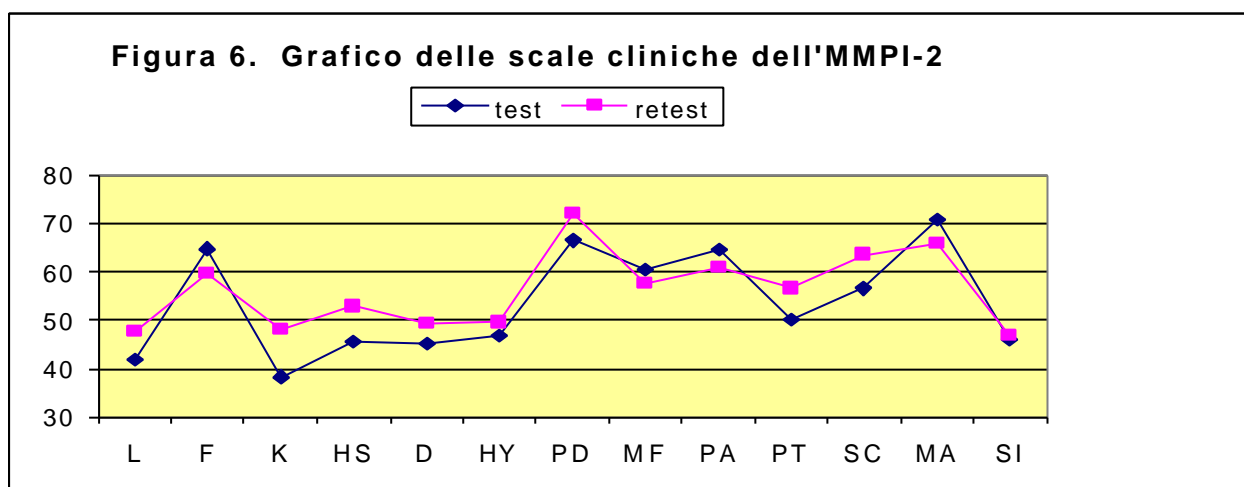


Interessante osservare che delle 12 persone uscite volontariamente dal programma 8 sono andate via nei primi due mesi di residenzialità; allo stesso modo è significativo il dato delle diagnosi psichiatriche che detti pazienti presentavano. Questo dato conferma

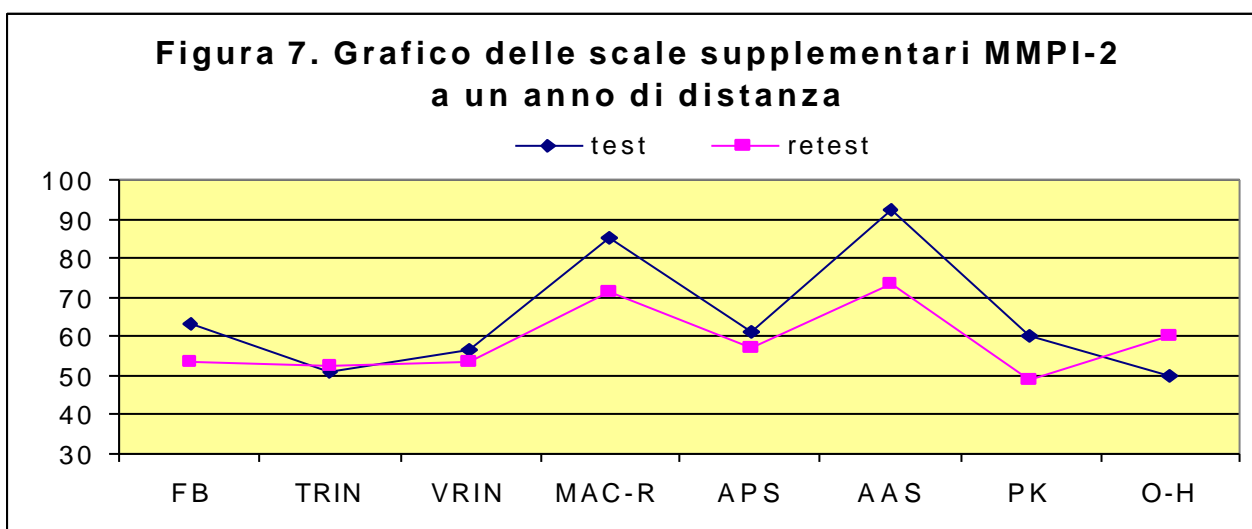
che è piu' difficile per come oggi è strutturato il programma residenziale l'Approdo favorire la residenzialita' dei pazienti con diagnosi in Asse I.

Per verificare le condizioni strutturali di personalita' ed in generale della «quality of life» dei nostri pazienti, effettuiamo due reattivi psicometrici all'ingresso in programma e ripetiamo i reattivi dopo un anno. Si è deciso di utilizzare un test di “stato” l'MMPI capace di dare una fotografia sufficientemente reale del paziente, ed il TAT, strumento molto utilizzato nella verifica dei meccanismi difensivi dell'io di pazienti con sofferenze psichiche.

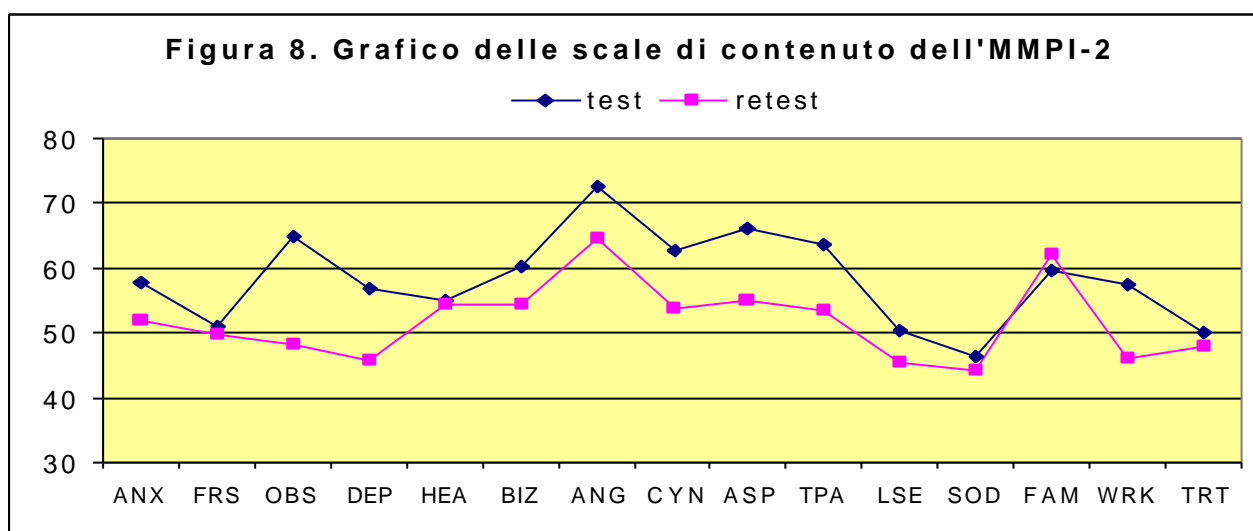
E' molto importante osservare come rispetto alla valutazione all'ingresso dei soggetti, dopo un anno i punteggi delle varie scale considerate si modificano in maniera rilevante.



In particolare è molto interessante notare che se la “triade nevrotica” data dalle scale HS (ipocondria), D (depressione), ed HY (isteria), aumenti significativamente i punteggi, la triade psicotica PA (paranoia) PT (psicoastenia) SC (schizofrenia) MA (ipomania) si abbassi altrettanto significativamente. Questo indica che dopo un anno in struttura, l'esame di realtà dei soggetti presi in considerazione aumenta notevolmente ed inoltre consente come vedremo una migliore qualità nell'espressione dei bisogni ed un elevato miglioramento nella qualità della vita.



Rispetto alla “classica” M tossicomana data dalla MAC (problematiche alcool) ASP (tossicomania potenziale) e AAS (tossicomania), che è l’indice di riconoscimento e percezione delle proprie problematiche di abuso è significativo lo schiacciamento dei punteggi verso il basso pur facendo permanere, come è giusto che sia, la potenzialità ed il riconoscimento del pericolo rispetto alle sostanze.



Rispetto alle scale di contenuto, i punteggi delle scale del disagio soggettivo ANX (ansia) FR (fobia) OBS (ossessività) DEP (depressione) HEA (salute) BIZ (bizzarrie) da inizialmente elevati e con picchi problematici, divengono schiacciati e quasi completamente rientranti nella soglia della normalità andando a confermare quanto detto prima rispetto all’esame di realtà ed alla qualità della vita.

C’è un notevole abbassamento della soglia dell’assertività ANG (rabbia) CYN (cinismo) ASP comportamento antisociale) TPA (pers. Tipo A) che porta a riconoscere che c’è una sostanziale modificazione nell’accettare la messa in discussione e le regole; dato confermato dalle scale di disadattamento SOD (disagio sociale) FAM (conflitti familiari) WRK (problemi lavorativi) in cui appaiono significativamente migliorati, sia la qualità delle relazioni familiari, sia la percezione di sé proiettata nel futuro e fanno pensare che si possa lavorare per un reale reinserimento se pur assistito e controllato.

Abbiamo qui voluto mettere a confronto i dati del programma Approdo con i dati registrati all’ingresso e dopo 1 anno di altri programmi “speciali” (programma alcolisti, programma psicoterapeutico). Anche qui possiamo osservare come il

miglioramento appaia chiaro rispetto a tutte le scale valutate ma, in particolare sembrerebbe che le modificazioni della “triade nevrotica” nel Programma Approdo sia statisticamente più significativo che non negli altri programmi e che se pur di poco le modificazioni delle scale del disagio soggettivo siano maggiori che in quest’ultimo.

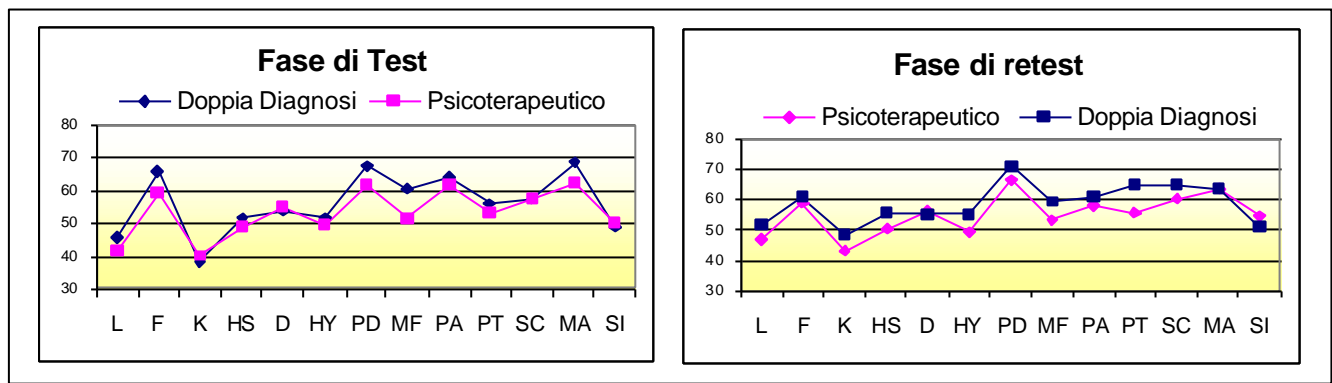


Figura 9. Grafico delle scale di base per i programmi di Doppia Diagnosi e Psicoterapeutico.

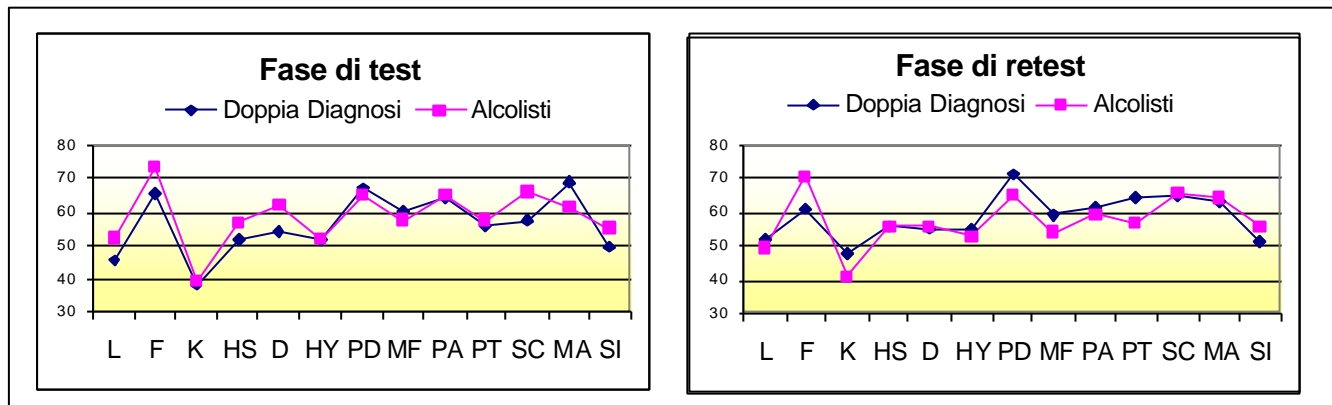
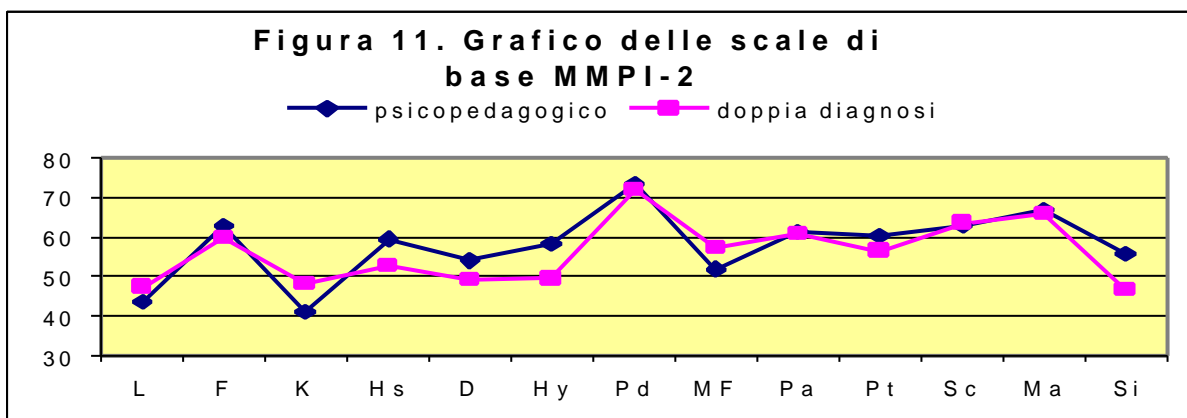


Figura 10. Grafico delle scale di base per i programmi di Doppia Diagnosi e per Alcolisti.

Abbiamo confrontato i dati dei soggetti in DD all'ingresso con quelli di un programma "tradizionale" ed abbiamo verificato come la differenza su tutte le scale sia statisticamente significativa. Dopo un anno abbiamo rimesso a confronto i dati di partenza del programma tradizionale con quelli ad un anno del programma DD ed abbiamo verificato come queste distanze non siano più così marcate. Questo dato ci ha spinto a pensare che dopo un periodo di cure nel programma Doppia Diagnosi, l'inserimento in gruppi cosiddetti "tradizionali" sia meno traumatico e forse ben



auspicabile per la fase ultima di reinserimento dei soggetti in doppia diagnosi. I dati fin qui discussi appaiono ancora più evidenti se si verificano attraverso i meccanismi di difesa evidenziati dal TAT. Alla prima somministrazione:

- Vengono confermate ed ampliate le difficoltà inerenti alle relazioni con gli altri e con l'autorità (rappresentata nel TAT dalle figure genitoriali).

- Vengono confermate le difficoltà nel controllo dell'aggressività, di pari passo con gli elementi di impulsività.
- Le difficoltà di integrazione dell'Io restano maggiormente evidenziate nel caso dei TAT.

Alla seconda somministrazione vengono sovvertite in maniera significativa e si passa all'utilizzo di meccanismi di difesa più evoluti. Sarebbe che quelle modalità dell'io "arcaiche" lascino spazio ad una evidente crescita dell'io ed ad una buona maturazione del sé che appare molto più coeso

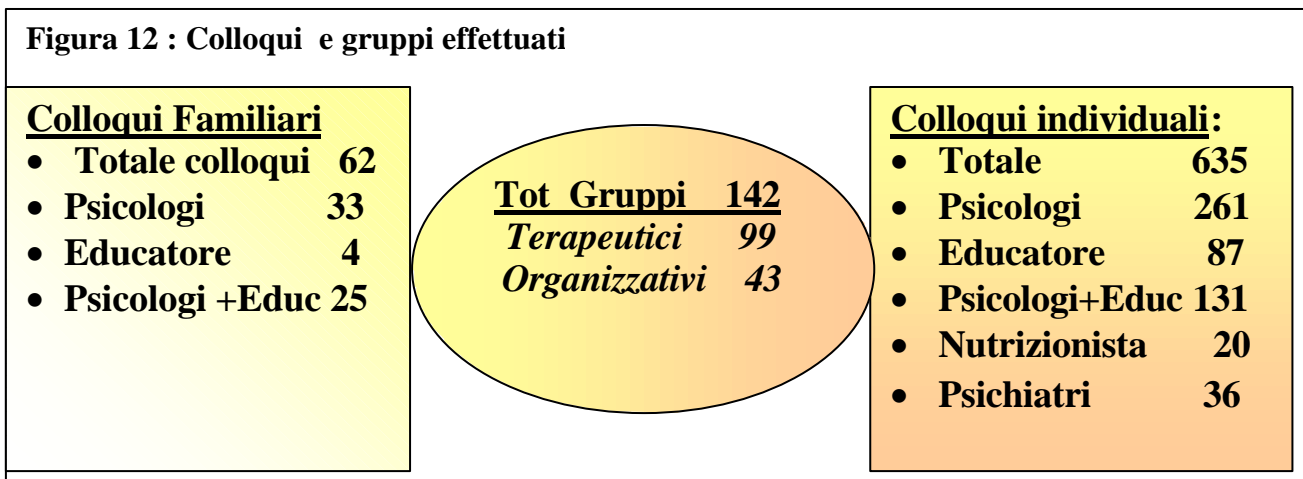
- L'analisi dei TAT somministrati nel corso del Programma permette di indicare i meccanismi di difesa utilizzati, ovvero principalmente alla prima somministrazione:

- ◆ Idealizzazione, Intellettualizzazione
- ◆ Proiezione, Annullamento
- ◆ Isolamento, Scissione
- ◆ Regressione

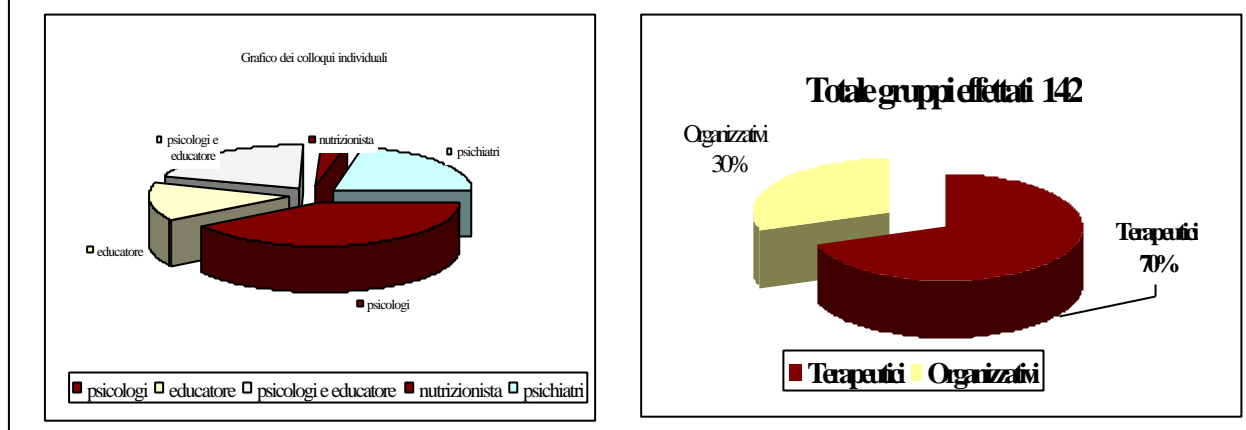
Alla seconda somministrazione:

- Rimozione, Identificazione proiettiva
- Negazione, Sublimazione
- Formazione reattiva
- Distanziamento

L'ultimo sforzo fatto è stato quello di verificare se quella tanto auspicata multidisciplinarietà rispetto ai casi di Doppia Diagnosi sia reale nei nostri interventi. Abbiamo quindi registrato nell'arco dell'anno tutti gli interventi effettuati a favore degli utenti: i dati evidenziano che, nonostante ci sia una maggiore frequenza degli interventi tenuti dalla figura dello psicologo, la frequenza degli interventi delle altre figure professionali non appare minore ma, sostanzialmente equidistribuita



**Figura 13 colloqui e gruppi effettuati nel centro**



Al contrario, per quanto riguarda i gruppi svolti con i pazienti, appare netta la differenza tra quelli clinici e quelli di gestione, con una decisa superiorità dei primi, l'impegno è quello di valorizzare le risorse della persona stimolandolo verso un cambiamento che vede come protagonista principale il soggetto stesso

Le riflessioni ed i dati che abbiamo presentati in questo lavoro confermano l'idea che per lavorare con pazienti in comorbidità psichiatrica è fondamentale munirsi di tutti gli strumenti oggi disponibili e di cercare di costruirne di nuovi, più specifici e calibrati. Per far questo il percorso secondo noi è quello della costruzione di un sistema terapeutico integrato per un trattamento in grado di restituire un sé meno frammentario all'utente.

## Bibliografia

- **Bateson G.** : “Verso un'ecologia della mente”, Adelphi 1980
- **Butcher J. N.** “Fondamenti per l'interpretazione dell'MMPI-2 e del MMPI- A” Ginti, Organizzazioni Speciali, 1996
- **Butcher J. N.** “ MMPI-2 e trattamento Psicologico” Giunti e Organizzazioni Speciali, 1996
- **Cancrini L.:** “Quei temerari sulle macchine volanti”, La N.I.S 1982
- **Cancrini L.:** “ Psicopatologia delle tossicodipendenze; una revisione”, In Attualità in Psicologia, volume 8, 1993.
- **Clerici M.:** “La ricerca applicativa sulla doppia diagnosi in Italia: implicazioni psicopatologiche e terapeutiche” in “Les Cahiers de T3E” volume 4 Febbraio 1999: “La Co-morbilità psicopatologica nelle tossicodipendenze
- **Clerici M, Bertolotti Ricotti P., Malagoli M. :** “Epidemiologia e diagnosi della comorbilità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze: un modello di lavoro applicato ai programmi residenziali” in “ Quaderni di Itaca “ volume 6 .” Programmi residenziali e comorbilità psichiatrica: trattamenti, strumenti, organizzazione:” Cedis editrice 2000
- **Foester von Heinz:** Sistemi che osservano. Astrolabio 1987
- **Gori E.:** “ L'esperienza pionieristica Italiana in tema di dualità delle Comunità terapeutiche dell'Ass.Cascine Verde Spes.” in “ Quaderni di Itaca “ volume 6 .” Programmi residenziali e comorbilità psichiatrica: trattamenti, strumenti, organizzazione:” Cedis editrice 2000
- **Gabbard Glen O.** “ Psichiatria psicodinamica” Raffaello Cortina Editore, 1995
- **Hathaway S. R. e McKinlet J. C.** “MMPI-2 Minnesota Multifasic Personality Inventory-2”, Organizzazioni Speciali, 1995
- **Iraci Sareri G.:** “ Chi sono gli operatori professionali alle tossicodipendenze? Il problema della qualifica dell'operatore di comunità.” In Le comunità terapeutiche dopo la caduta del mito. Quaderni di ITACA 1996
- **Iraci Sareri G.** “Prospettive delle comunità terapeutiche nelle moderne politiche sociali in Italia e in Europa” Relazione presentata al convegno “Fugit irreparabile tempus. La durata dei programmi terapeutici”. Macerata 11-12 dicembre 1998 . Provincia di Macerata, Itaca Italia , Associazione Glatad.
- **Iraci Sareri G: (2001)**“*La valutazione della qualità nelle comunità terapeutiche*” In “*La qualità e l'intervento*” Volume 13 anno 2001. Cedis Editrice
- **Kernberg O. F.** “Psicoterapia psicodinamica di pazienti con organizzazione di personalità borderline
- **Kernberg O. F.** “Disturbi gravi della personalità”
- **Napoli L. , Chiti Claudia, et al.** “*Disturbo del comportamento alimentare e comportamenti tossicomani: proposta per un modello multidisciplinare integrato*” Personalità e dipendenza Feb. 2001
- **Pancheri P.** “*Metodo per la valutazione quantitativa della sintomatologia schizofrenica attraverso l'impiego del MMPI*” Rivista di Psichiatria 1971;6:64-84

- **Resnick RJ, Schulz P, Schulz C, Haemer RM, Friedel RO, Goldberg SC.** “*Borderline personality disorders: symptomatology and MMPI characteristics*” *Journal of Clinical Psychiatry* 1983;44:289-292.
- **Schretlenn DJ.** “The use of psychological test to identify malingered symptoms of mental disorder”. *Clinical Psychology Review* 1988;8:451-476
- **Solomon J.:** “*Doppia diagnosi: il modello americano*” in “*Les Cahiers de T3E*” volume 4 Febbraio 1999: “La Co-morbilità psicopatologica nelle tossicodipendenze.
- **Vanderploeg RD, Sison GFP, Hickling EJ.** “*A reevaluation of the use of the MMPI in the assessment of combat-related post-traumatic stress disorder*” *Journal of Personality Assessment* 1987;51:140-150