

## Strategic family Therapy Concerning Drug Addicts Treated in Therapeutic Communities

*Luigi CANCRINI*

### **Premessa**

Il concetto di doppia diagnosi in tema di tossicodipendenze è un concetto ancora non ben precisato. Difficoltà psicologiche rilevanti costituiscono la premessa necessaria di ogni dipendenza da sostanze nella misura in cui questa è comunque l'espressione di problemi direttamente collegati all'organizzazione della personalità. Il fatto che dei disturbi psichiatrici conclamati si presentino in modo evidente mentre il paziente assume sostanze o in fase successiva alla decisione di smettere, tuttavia, apre spesso problemi di notevole complessità nelle strutture che di tossicodipendenti si occupano:

- dal punto di vista del contenimento perché la struttura può non essere e/o non sentirsi idonea ad affrontare i comportamenti collegati alla sintomatologia psichiatrica;
- dal punto di vista dell'intervento terapeutico e della sua articolazione perché i sintomi psichiatrici possono sollecitare a richiedere una valutazione specialistica e possono essere alleviati solo dall'intervento di quest'ultima.

Provvisoriamente e convenzionalmente considereremo qui dunque come tossicodipendenti in situazione di doppia diagnosi, pazienti che presentano:

- (a) una storia di dipendenza da sostanze grave e di lunga durata;
- (b) una evidenza di sintomi rilevanti dal punto di vista psichiatrico non direttamente collegati all'uso dei farmaci o alle condizioni di craving.

### **Campione, metodologia della ricerca e risultati**

Il campione utilizzato per la ricerca è costituito da 172 utenti con doppia diagnosi che hanno fatto ingresso, nel periodo compreso dal 1998 al 2003, presso tre delle Comunità Saman che ospitano questa tipologia di utenza: "Le Vergini Nuove" di Borgo Sabotino (LT), "Villa Cilla" di Ravenna e quella di Apricena (FG). Per tutti i 172 casi selezionati per il campione il prerequisito fondamentale è stato la diagnosi psichiatrica (in asse I e in asse II) posta sulla base di una consultazione specialistica fatta da parte dei Servizi invianti e successivamente rivista nel corso della permanenza in Comunità.

Riassumendo, è possibile caratterizzare nel modo seguente la casistica che è stata proposta per l'ingresso in una Comunità presentata come specializzata per accogliere tossicodipendenti con doppia diagnosi:

- si tratta, nella gran parte dei casi, di utenti con una lunga storia di tossicodipendenza e che hanno sperimentato un numero importante di interventi e di fallimenti terapeutici;

- si tratta, in una metà circa dei casi, di utenti la cui condizione di “doppia diagnosi” era già evidente da tempo ai Sert o ai servizi di salute mentale che li avevano in carico e che non avevano avuto finora la possibilità di affrontare un percorso comunitario proprio per la mancanza di Comunità disponibili alla presa in carico di questo tipo di utenti;
- si tratta, in una seconda metà dei casi, di utenti che hanno ricevuto una diagnosi psichiatrica solo in tempi recenti, nel corso di un trattamento specificatamente diretto alla loro tossicodipendenza: utenti che sono entrati in crisi, presentando sintomi psichiatrici evidenti, in Comunità o presso i Sert che li seguivano da tempo;
- si tratta, in un numero di casi per ora molto limitato ma potenzialmente assai più importante, di cocainomani e di alcolisti portatori di problemi psichiatrici cronici;
- si tratta, in tutti i casi, di utenti avviati alla Comunità dai servizi che li avevano in cura; il coinvolgimento delle famiglie che sono state sostenute terapeuticamente nell'accoglienza a cui si erano rivolte per prime o che le ha convocate di sua iniziativa è stato determinante in una maggioranza assoluta dei casi; poiché il ricovero è comunque formalmente un ricovero volontario, le famiglie hanno giocato un ruolo decisivo nel renderlo possibile perché sono rarissimi i casi in cui il ricorso alla Comunità è venuto da un'iniziativa spontanea dell'utente;
- si tratta, nella grandissima maggioranza dei casi, di soggetti che vivono una condizione di emarginazione molto grave.

La maggior parte dei soggetti che compongono il campione sono maschi (72%), di età compresa tra i 25 e i 34 anni (57%), non coniugati (79%), con un livello di istruzione di licenza media inferiore (58%) e senza occupazione nel 76% dei casi.

Il 96% degli utenti è inquadrabile nella tossicomania “di transizione” (di tipo C) e il 4% in quella sociopatica (di tipo D) in base alla classificazione di Cancrini (Cancrini L., 1982). Da notare l'assenza di tossicomanie di tipo B, quelle nevrotiche, che seppur presenti nelle Comunità Saman non pongono problematiche caratteristiche degli utenti con doppia diagnosi.

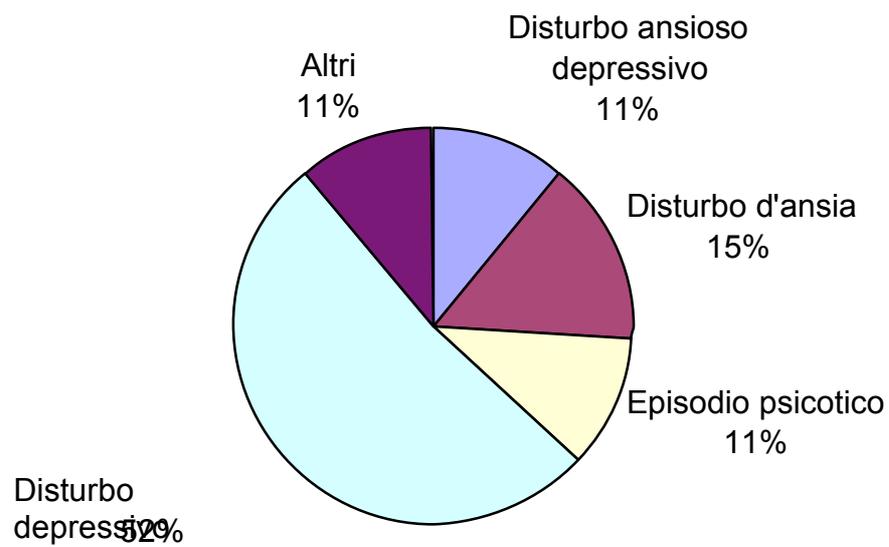
Per quanto riguarda le sostanze d'abuso il 40% degli utenti fa uso di eroina, seguito da un 26% che sono invece poliassuntori, il 16% sono alcoolisti, mentre i cocainomani primari sono l'11%. La metà del campione che fa ingresso in Comunità lo fa dopo una lunga storia di tossicomania (>10 anni) e spesso dopo aver intrapreso vari tentativi, non riusciti, di recupero dalla tossicodipendenza sia residenziali che ambulatoriali.

Gli utenti entrano nelle strutture per doppia diagnosi con una terapia farmacologica impostata dai Servizi che successivamente viene presa in carico dallo psichiatra della Comunità. La possibilità di “staccare” da una situazione di vita estremamente critica pone gli utenti nella

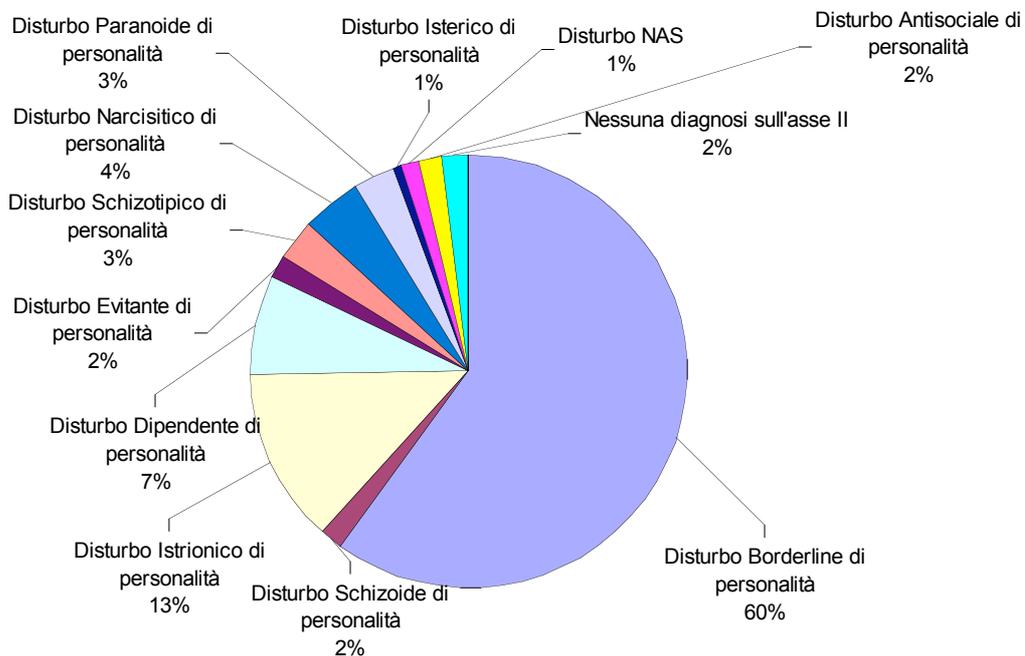
condizione di poter ridurre il carico farmacologico con il quale entrano in Comunità. Al primo ingresso ben il 22% degli utenti riesce a scalare completamente la terapia e il 42% a mantenere solo alcuni farmaci a dosaggi molto ridotti rispetto a quelli con cui è entrato. E' limitata al 36% dunque, la quota di utenti che non riesce a scalare il dosaggio dei farmaci: una quota che corrisponde più o meno a quella degli insuccessi.

**Grafico n. 1: DIAGNOSI DELLA CT IN ASSE**

I



**Grafico n. 2: DIAGNOSI DELLA CT IN ASSE II**



### **Il programma terapeutico**

Il programma terapeutico delle Comunità Terapeutiche di SAMAN è stato organicamente ristrutturato nel 1996. In breve, si tratta di un programma che prevede l'utilizzazione di una prospettiva di tipo sistemico-relazionale e che si articola successivamente a livello di una accoglienza che coinvolge terapeuticamente il sistema familiare di riferimento dell'utente ed a livello di una comunità che, a partire da un certo momento, si occupa direttamente di quest'ultimo. Un'attenzione particolare viene posta dunque, in fase iniziale, sul gioco motivazionale degli utenti e dei loro famigliari; nel corso della permanenza in Comunità, sulla consensualità delle trasformazioni che è possibile mettere in moto ai due livelli; in fase finale, sulle problematiche concrete e fantasmatiche che si mettono in moto nell'utente e nei suoi famigliari intorno all'uscita ed al reinserimento. Una cura particolare viene posta così, utilizzando le strutture di accoglienza, al problema della continuità terapeutica.

Con queste premesse, la possibilità di aprire la Comunità ai pazienti con doppia diagnosi è stata vista fin dall'inizio come una possibilità da verificare. Vi è una relazione importante, infatti, fra

gravità della psicopatologia, profondità dei legami che uniscono l'utente alla sua famiglia e necessità di mettere in rete le risorse comunitarie con quelle dei servizi competenti per territorio. I problemi che andavano affrontati per rendere realistica la sperimentazione, d'altra parte, erano essenzialmente due: quello legato alla mancanza, in accoglienza ed in comunità, di competenze specialistiche di tipo psichiatrico e psicoterapeutico e quello legato alla difficoltà di utilizzare con la flessibilità dovuta alle particolari esigenze degli utenti con sintomi psichiatrici in atto, le regole su cui si fonda la vita di una Comunità Terapeutica per tossicodipendenti.

Le modificazioni apportate al programma di base delle Comunità per ammettere utenti in doppia diagnosi sono andate proprio in questa direzione. Per ciò che riguarda le competenze specialistiche, uno psichiatra esperto ha programmato una presenza in Comunità di una volta alla settimana ed ha ricevuto l'incarico di seguire la terapia farmacologiche degli utenti con doppia diagnosi: aggiornandola e fornendo una adeguata informazione e consulenza, agli operatori della Comunità. Il numero e la presenza degli psicoterapeuti psicologi, d'altra parte, è stata aumentata tenendo conto di tali problemi. Per ciò che riguarda la flessibilità delle regole, si è deciso:

- di mantenere la percentuale degli utenti con doppia diagnosi al di sotto del 30% e di assicurare la presenza, in Comunità, di un numero elevato di utenti vicini alla fase finale del trattamento e capaci, perciò, di collaborare con gli operatori al mantenimento di una organizzazione della vita comunitaria il più possibile vicina a quella prevista dalle altre Comunità del gruppo;
- di discutere di volta in volta con lo psichiatra la possibilità di individualizzare gli obblighi relativi agli orari ed alle attività dell'utente: tenendo conto delle sue risorse attuali, del carico farmacologico e del peso dei suoi sintomi;
- di socializzare, nel gruppo, le ragioni per cui la flessibilità veniva adottata e i tempi prevedibili della sua durata.

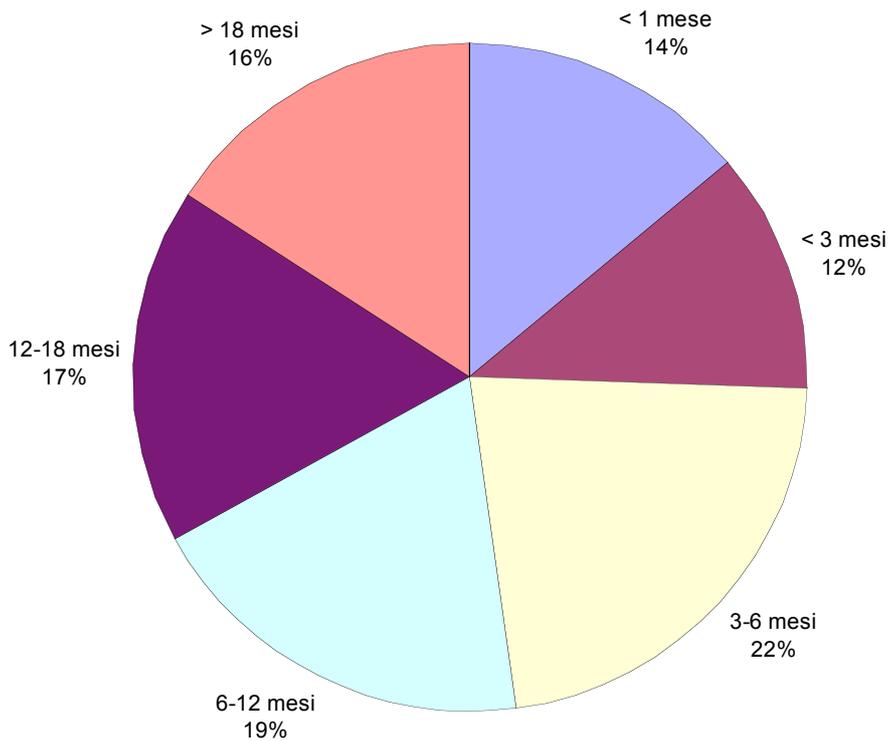
Un'ultima decisione presa nel momento di iniziare riguarda la supervisione. Affidata ad uno psichiatra che ha una lunga consuetudine di lavoro con questo gruppo di operatori essa si svolge, in linea di principio, con frequenza settimanale; è aperta a tutti gli operatori, professionali e non professionali per garantire l'omogeneità e la coerenza dei comportamenti dello staff; si svolge in luoghi esterni alla comunità.

## **Risultati**

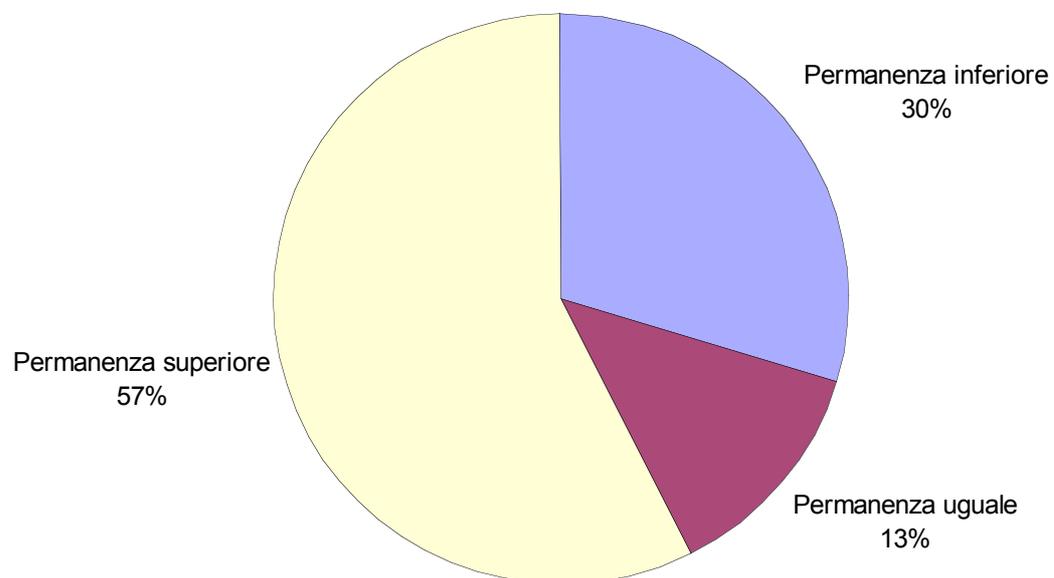
La letteratura su questo argomento è unanime nel segnalare una correlazione significativa fra durata della permanenza in CT e successo del trattamento (\_\_\_\_\_). Questa circostanza permette di ritenere che la durata della permanenza in CT sia un indicatore utile di efficacia.

Particolarmente interessanti, da questo punto di vista, sono i risultati che emergono dal grafico n. 4, i quali indicano che ben il 57% dei soggetti del campione preso in esame rimane in Comunità per un tempo superiore rispetto a quello concordato in fase di accoglienza.

**Grafico n. 3: DURATA PERMANENZA IN CT**



**Grafico n. 4: DURATA DEL PROGRAMMA RISPETTO AL  
PROGRAMMA CONCORDATO IN ACCOGLIENZA**



Per quanto concerne il numero di ingressi la maggior parte dei soggetti (70%) fa un solo ingresso in Comunità, il 28% ne fa da due a tre, e solo il 2% ne fa più di tre.

La valutazione del programma svolto dagli utenti in Comunità è stata elaborata, da parte degli operatori, prendendo in considerazione tre aspetti del percorso comunitario dei soggetti in doppia diagnosi: la capacità di adattarsi alla vita comunitaria accettandone le regole e le attività; la possibilità di diminuire o di annullare il carico della terapia farmacologica mantenendo l'astinenza dalle droghe; il raggiungimento degli obiettivi finali nel contratto terapeutico in termini di rapporto con i famigliari (nella famiglia di provenienza, nella coppia e nella famiglia di procreazione) e di autonomia economica e residenziale. E' sulla base di questi tre criteri che è stata valutata l'efficacia del percorso comunitario: verificando un miglioramento notevole in quanto armonico sui tre punti esaminati nel 57% dei casi e un miglioramento significativo ma modesto in quanto disarmonico su alcuni soltanto dei criteri esaminati, nel 25 % dei casi..

### **Osservazioni conclusive**

I risultati ottenuti dimostrano con chiarezza l'attendibilità dell'ipotesi da noi formulata sulla possibilità di adattare il programma standard alle esigenze particolari di questi utenti. Più in particolare l'accoglienza degli utenti con doppia diagnosi è avvenuta con una certa facilità. Gli operatori non professionali hanno reagito sviluppando abitualmente reazioni di tipo affettuosamente protettivo. Il conflitto fra specialisti ed educatori si è mantenuto entro limiti governabili e comunque non molto diversi da quelli registrati nelle altre Comunità del gruppo. Gli altri utenti hanno collaborato volentieri. Modificato secondo la linea appena indicata, il programma è stato successivamente utilizzato senza particolari difficoltà dai pazienti con doppia diagnosi: 5 su 25 lo hanno concluso; 11 lo stanno portando avanti; dei 9 che hanno interrotto, 5 hanno comunque continuato il lavoro terapeutico all'interno del quale l'ingresso in Comunità era stato progettato e definito, 1 ha interrotto a causa di un arresto disposto dal magistrato per reati commessi in tempi precedenti; in tre casi soltanto (12%) si è avuta una interruzione imprevista di significato chiaramente negativo.

Un rapido miglioramento dei disturbi psichiatrici acuti evidenti all'ingresso è stato evidente in quasi tutti i casi. Ciò ha consentito in una alta percentuale di casi, di interrompere o diminuire il trattamento farmacologico. Dal punto di vista psicopatologico, tale miglioramento è stata collegata soprattutto all'allontanamento da situazioni di tensione violenta vissuta in ambito familiare o nelle altre strutture di provenienza. L'adattamento ad una nuova situazione interpersonale, strutturata ma sostanzialmente accogliente e ben disposta, ha corrisposto, d'altra parte, all'attenuarsi dei comportamenti caratteristici del sottostante disturbo di personalità. Quella

che diventa possibile a questo punto, nella maggioranza dei casi, è una valutazione più realistica delle proprie condizioni, una richiesta di aiuto più strutturata, una accettazione più consapevole del proprio bisogno di terapia.

Questo insieme di considerazioni permette di proporre una ipotesi semplice sulla genesi delle situazioni in cui i servizi arrivano a porre una “doppia diagnosi”. Noi la articoleremo qui in tre passaggi fondamentali.

- A. L’infanzia e l’adolescenza delle persone che sviluppano una tossicodipendenza sono segnate, abitualmente, da una serie di difficoltà che possono determinare lo sviluppo di un disturbo di personalità.
- B. La cristallizzazione del disturbo di personalità si determina, abitualmente, all’inizio dell’età adulta nella fase che i terapeuti sistemici definiscono come fase dello svincolo dalla famiglia; l’uso abituale di droghe e la frequentazione degli ambienti in cui esso ha luogo giocano un ruolo importante nel determinarsi di questa cristallizzazione.
- C. La fase successiva è, abitualmente, una fase di equilibrio in cui l’uso abituale di droghe si accompagna ai comportamenti tipici del disturbo di personalità ma nasconde la presenza di sintomi psichiatrici dell’Asse I
- D. Il momento della doppia diagnosi è quello in cui l’equilibrio legato all’uso abituale di droghe si rompe. Le reazioni depressive, i disturbi d’ansia e i crolli (breakdown) psicotici si determinano nel momento in cui le droghe non bastano più. Le esigenze della persona cambiano, quello che si avvicina è il momento in cui il tossicodipendente “tocca il fondo”. Quest’ultima considerazione merita di essere particolarmente sottolineata. Dal punto di vista sintomatico, il momento della doppia diagnosi si presenta come un momento di particolare gravità. Dal punto di vista degli sviluppi, invece, di quello che diventa possibile in questa fase, è l’inizio di un lavoro terapeutico reale. Il paziente non crede più nella droga, può diventare partner efficace di una alleanza terapeutica con chi in questa fase rischia di stargli vicino.
- E. Osservata dal punto di vista del ciclo vitale (Haley, Erickson), il passaggio che l’utente non ha compiuto è quello dello svincolo dalla famiglia di origine. Gli anni vissuti nell’ambito della fase C sono stati degli anni di stallo in cui il suo progetto di autonomia si è arenato ed in cui il suo star male lo ha mantenuto in una condizione di dipendenza affettiva e, spesso, economica. La crisi psichiatrica ed il lavoro sviluppato in accoglienza con i famigliari lo spingono ad una decisione di cambiamento: utilizzando la sua dipendenza, per cercare, paradossalmente, l’autonomia; ma interrompendo, con l’aiuto del terapeuta, tutte le loro complicità con il suo comportamento sintomatico e con la sua

condizione di “figlio che non ce la fa”. Tocca alla Comunità, poi, un lavoro psicoterapeutico centrato sul riconoscimento depressivo del limite e della difficoltà nel momento in cui non possono essere più utilizzati i meccanismi di negazione legati all'uso della droga. Tocca ancora all'accoglienza o ad altri terapeuti, al termine, il sostegno necessario per portare a termine lo svincolo del paziente designato dalla famiglia.

Si può senz'altro affermare, riassumendo, che quello svolto fra accoglienza e comunità è, nel tempo, un lavoro di psicoterapia familiare sistemica. La sede non è solo lo studio del terapeuta, tuttavia, e il terapeuta non è uno solo. Sistemiche sono l'organizzazione e la supervisione del lavoro svolto dai singoli terapeuti nelle diverse fasi.

### **Un caso tipico**

Simona, 26 anni, vive sola ormai da qualche anno; ha studiato ma non è in grado di sostenersi da sola. Quelli che chiedono aiuto per lei sono i genitori e i fratelli. Simona, dicono, si è chiusa in casa, ha delle “visioni” terrificanti, grida, minaccia il suicidio. Il ricovero nel reparto psichiatrico di un ospedale viene presentato come un trattamento sanitario obbligatorio, a questo punto, anche se Simona non oppone resistenza. Guarda nel vuoto, piange, parla in modo sconnesso ma segue docilmente l'infermiera e accetta senza particolari difficoltà le cure che le vengono proposte. Reagendo subito bene ai neurolettici oltre che al distacco dalla situazione di stress.

La storia recente di Simona viene proposta dai familiari come una storia di scontri sempre più aspri che dura ormai da due anni. Simona non accetta regole di nessun tipo, assume droghe, frequenta persone “pericolose”, si rifiuta di dar conto del suo comportamento. Di episodi simili a quello che li ha costretti a chiedere il ricovero ce ne sono stati almeno altri due, dicono, legati sempre a delle assunzioni massicce di sostanze, probabilmente cocaina. Il tentativo di andarle incontro permettendole di vivere da sola, insistono, è fallito miseramente perché Simona, con questa crisi, ha dimostrato di non saper badare a se stessa.

In ospedale, Simona si riprende rapidamente. Racconta di “voci” e “visioni” ma se ne distacca e se ne libera rapidamente. Il passaggio in una Comunità Terapeutica la aiuta a riprendersi ulteriormente e permette di ricostruire una storia fatta, all'inizio, di inquietudine adolescenziale e di ribellioni simili a quelle di tanti ragazzi della sua età e notevolmente complicata, dopo, da una complessa vicenda di coppia. È all'interno di quella vicenda, infelice da subito, che Simona sente di essere cambiata profondamente mettendo in crisi i suoi studi e iniziando un rapporto, sempre molto discontinuo, con le droghe. L'aumento progressivo delle tensioni aperte con la famiglia da un cambiamento incomprensibile e inaccettabile (Simona non ha mai detto nulla della sua vicenda sentimentale e della sua importanza ai genitori o alle sorelle), la perdita quasi completa dei

precedenti rapporti di amicizia hanno reso sempre più forte il suo legame di coppia e la rottura di questo legame l'ha lasciata in una situazione insostenibile. La crisi che l'ha portata al ricovero arriva alcuni mesi dopo in una situazione caratterizzata dalla solitudine, e dall'abuso di sostanze; da quella che i familiari hanno percepito come una sfida sempre più forte e che lei ha vissuto come il risultato del suo fallimento personale.

### *Commento*

Le difficoltà vissute in una difficile situazione affettiva hanno messo in moto livelli di funzionamento borderline probabilmente dapprima limitati alla relazione di coppia e poi estesi alle relazioni, già tese e difficili, con i suoi familiari. L'aumento della pervasività ha trovato qualche spazio di compenso nelle attività di studio che le hanno fatto conseguire la laurea. Sola con se stessa, priva di affetti e di progetti, dopo la rottura del suo legame di coppia Simona si è chiusa in sé ed è crollata. L'episodio psicotico rientra rapidamente con il ricovero. La violenza della crisi vissuta da Simona ha costretto i suoi familiari a rendersi conto della sua sofferenza. Il lavoro terapeutico li ha aiutati, mentre Simona era in comunità, a impostare su basi nuove il loro rapporto con lei. Bene utilizzata in terapia, la drammaticità della crisi permette di riprendere un discorso interrotto ormai da alcuni anni.

Lo sconfinamento psicotico di Simona dura relativamente poco. Chiaramente e comprensibilmente legato a una serie di eventi "stressanti" e a un drammatico vissuto di perdita, può essere rappresentato come lo sbocco naturale di una situazione in cui la pervasività del funzionamento borderline era diventata tale da rendere invivibile la situazione di Simona. La validità del lavoro terapeutico condotto con lei in ospedale e in comunità consente un ritorno rapido a livelli di funzionamento sufficientemente integrato. Il prezzo pagato alla rapidità della "guarigione", tuttavia, è immediatamente evidente per chi riflette sulla prudenza cui Simona ispira la sua vita dopo il ritorno a casa: affidandosi apertamente all'appoggio dei genitori, tenendosi lontana da tutto ciò che può riportarla alle esperienze traumatiche pregresse. Come se sentisse con chiarezza la necessità di essere più forte (di alzare la soglia) prima di esporsi di nuovo alla possibilità di un qualunque coinvolgimento. Evidenziando con una certa chiarezza, già in questa fase, la possibilità di usare meccanismi difensivi, basati sulla rimozione, ben collegati al riaffiorare di una conflittualità triangolare (edipica) di livello nevrotico.

L'uso di neurolettici è importante nell'evoluzione di questo caso, come in tutti i casi di sconfinamento psicotico. L'efficacia del farmaco è evidente quasi "visivamente" e la letteratura psichiatrica precedente all'introduzione in terapia dei neurolettici dimostra con chiarezza quanto essi hanno diminuito la durata delle crisi: da uno-tre mesi di media a poche settimane o a pochi giorni. Come ben dimostrato, fra l'altro, dalla facilità delle ricadute, se la terapia viene interrotta

molto presto. Trattare per mesi o per anni con dosi basse di neurolettico un paziente che ha avuto una crisi, uno “sconfinamento” psicotico importante è sempre utile; come se la soglia del funzionamento psicotico potesse essere influenzata positivamente da questo tipo di farmaci (Cancrini, 1997, cap. 2).

Riassumendo, il caso di Simona permette di verificare il modo in cui, nel corso del tempo, la stessa persona può funzionare a livello psicotico, borderline e nevrotico. Dal punto di vista dei valori di soglia, la facilità e la stabilità dei risultati raggiunti con un lavoro terapeutico centrato sull'accoglimento e sull'ascolto delle sue difficoltà permettono di rilevare che la soglia relativa al funzionamento borderline è relativamente alta (le pressioni ambientali necessarie per attivarla hanno avuto carattere di eccezionalità). La drammaticità e la rapida reversibilità dello sconfinamento delirante permettono di ritenere che quella relativa alla soglia di funzionamento psicotico è anch'essa piuttosto alta in relazione alla violenza delle emozioni estreme caratteristiche delle fasi di funzionamento borderline, ad affrontare le quali Simona e il suo contesto interpersonale sembrano poco disponibili e poco preparati.

La storia di Simona clearly shows i passaggi fondamentali del percorso terapeutico summerized in this paper. Lo svincolo di Simona dalla famiglia è l'obiettivo fondamentale dell'intervento. Il coinvolgimento e la collaborazione delle famiglie permettono lo sviluppo di un progetto che viene, in un secondo tempo, centrato sulla persona. Il lavoro coordinato di più terapeuti si sviluppa all'interno di una prospettiva sistemico-relazionale. L'esperienza che ne risulta apre prospettive estremamente interessanti, a mio avviso, per la organizzazione di protocolli efficaci di intervento sistemico a livello delle istituzioni che si occupano di tossicodipendenza e doppie diagnosi.