



Andrea Leonardi
Francesco Velicogna

Cocaina: dipendenza e trattamento

**Un modello
di intervento psicologico**

*CLINICA DELLE DIPENDENZE
E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO/Quaderni*



FrancoAngeli



CLINICA DELLE DIPENDENZE E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO

L'esperienza clinica degli operatori delle dipendenze patologiche è ricca e articolata: spesso si parte da zero e si fatica a far conoscere e comprendere agli "esperti" e poi alla società il senso dell'operare quotidiano. Punto di partenza di questa Collana è un'ottica culturale di apertura a un pubblico più vasto. Una sezione riguarda i *Testi*: il tema della clinica è affrontato oltre la tradizionale differenziazione teoria – ricerca – esperienze; rilevante è l'origine delle pubblicazioni, che trovano linfa nell'ambito dell'attività o comunque sono collegate agli operatori del settore.

Tematiche quali la prevenzione, la riduzione dei rischi, la riabilitazione e gli aspetti organizzativi vengono affrontati valorizzando le applicazioni utili all'intervento clinico.

Una seconda sezione è quella dei *Quaderni*: saggi, lavori congressuali e raccolta di esperienze, compresi studi e ricerche sull'utilizzo di strumenti e farmaci.

Infine i *Manuali*: materiale didattico, con la definizione di criteri, metodologie, consensus e linee di intervento.

Direzione editoriale: Alfio Lucchini

Comitato di redazione: Cinzia Assi, Maria Luisa Buzzi, Felice Nava, Giovanni Strepparola

Comitato Scientifico: Adriano Baldoni (Ancona), Giorgio Barbarini (Pavia), Renato Bricolo (Verona), Italo Carta (Milano), Giorgio Cerizza (Cremona), Massimo Clerici (Milano), Alessandro Coacci (Grosseto), Maurizio Coletti (Roma), Augusto Consoli (Torino), Antonio D'Alessandro (Roma), Antonio d'Amore (Caserta), Riccardo De Facci (Milano), Pietro Fausto D'Egidio (Pescara), Guido Faillace (Trapani), Maurizio Fea (Pavia), Riccardo C. Gatti (Milano), Gilberto Gerra (Parma), Franco Celeste Giannotti (Reggio Emilia), Enzo Gori (Milano), Bernardo S. Grande (Catanzaro), Claudio Leonardi (Roma), Franco Lodi (Milano), Teodora Macchia (Roma), Vincenzo Marino (Varese), Antonio Mosti (Piacenza), Giovanni Nicoletti (Roma), Pier Paolo Pani (Cagliari), Norberto Pentiricci (Perugia), Edoardo Polidori (Forlì), Eugenio Rossi (Milano), Achille Saletti (Milano), Giorgio Serio (Palermo), Alessandro Tagliamonte (Siena), Enrico Tempesta (Roma), Laura Tidone (Bergamo), Marco Tosi (Milano), Andrea Vendramin (Padova), Silvia Zanone (Roma).

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Andrea Leonardi
Francesco Velicogna

**Cocaina: dipendenza
e trattamento**

**Un modello
di intervento psicologico**

con la collaborazione di
Paolo Fioravanti, Sonia Scavelli

FrancoAngeli

Progetto grafico della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di <i>Giovanni Narbone</i>	pag.	7
Introduzione	»	9
1. La struttura del trattamento e il modello teorico di riferimento	»	15
1. Inizio del progetto	»	15
2. Modalità di svolgimento del trattamento	»	16
3. Il modello teorico d'intervento	»	17
4. L'approccio strategico-costruttivista	»	19
5. Modelli di riferimento dell'approccio strategico-costruttivista	»	21
2. La comunicazione terapeutica	»	24
1. Aspetti generali	»	24
2. I principali modelli teorici	»	24
3. La comunicazione non verbale	»	28
4. Elementi principali della comunicazione non verbale	»	32
5. Emisfero destro-emisfero sinistro	»	34
6. Conclusioni	»	36
3. Il protocollo d'intervento per problemi di dipendenza da cocaina	»	39
1. Il primo stadio	»	39
2. Il secondo stadio	»	41
3. Il terzo stadio	»	42
4. Il quarto stadio	»	42
5. Stadi del trattamento per problemi di cocaina	»	43
6. La valutazione-intervento	»	43

7. L'intervento motivazionale	pag.	46
8. Sviluppo e consolidamento: i sette argomenti terapeutici	»	49
9. Il rilascio graduale	»	53
10. La verifica	»	55
11. Tecniche di trattamento	»	55
12. Strumenti d'indagine	»	60
13. Casi clinici	»	62
14. Applicazioni	»	63
15. Obiettivi dei primi colloqui	»	67
16. Esempi di primi colloqui	»	68
4. La ricerca sull'efficacia ed efficienza della terapia	»	83
1. Introduzione	»	83
2. Aspetti pratici: come si svolge la ricerca	»	85
3. Il monitoraggio quantitativo e qualitativo dei risultati dei controlli urinari	»	88
4. Lo studio della letteratura di riferimento in psicologia generale e delle tossicodipendenze	»	88
5. Valutazione dell'efficacia ed efficienza del trattamento	»	90
1. La ricerca-intervento	»	90
2. Strumenti di valutazione	»	90
3. Risultati ottenuti	»	91
4. Conclusioni	»	103
Conclusioni	»	105
Bibliografia	»	107

Prefazione

di *Giovanni Narbone**

Il testo che avete tra le mani è uno degli studi più seri attualmente disponibili in Italia sull'argomento dipendenza.

È il frutto di anni di studio e confronti del Dr. Leonardi e dei suoi collaboratori e si propone come relazione di un'esperienza vissuta e non ipotizzata. È quest'esperienza sul campo che costituisce la peculiarità di questo lavoro. L'ipotesi di partenza spiegata in dettaglio nell'introduzione è stata man mano verificata nel tempo e se necessario modificata in corso d'opera.

La persona dipendente è un soggetto difficile da trattare, specialmente quando non riconosce il proprio problema e presenta al terapeuta il paradosso della richiesta d'aiuto e al contempo di essere trattato come una persona autonoma che ha un piccolo/grande problema. È questo "rifiuto" di percepire la propria condizione uno degli ostacoli maggiori alla riuscita della terapia.

La difficoltà di procrastinare il soddisfacimento dei propri bisogni, di accettare che un nuovo comportamento necessita di un tempo di apprendimento, che l'appagamento dei propri bisogni è determinato dal modo in cui si percepisce/costruisce il mondo sono solo alcune delle difficoltà che s'incontrano nel trattamento delle dipendenze.

Andrea Leonardi ha cercato e sta cercando il modo più efficace per rispondere alle esigenze di una situazione che non presenta un quadro "tutto chiaro e perfetto", sforzandosi di tenere conto delle contraddizioni che emergono quando si cerca di applicare dei principi teorici a una pratica clinica.

Quest'ultima deve rapportarsi a un comportamento che è la risultante di molteplici fattori: sociali, individuali, biologici. Non risulta, quindi, facile individuare un piano d'azione lineare e preciso.

* Presidente Associazione Metis, Firenze e Didatta all' Institute of Constructivist Psychology, Padova.

Il presente lavoro costituisce un tentativo, a mio avviso riuscito, di fornire un resoconto di un programma terapeutico mostrando i risultati ottenuti e gli interventi effettuati, con una coerenza che permette al lettore una visione chiara dell'argomento presentato.

Introduzione

La diffusione epidemica del consumo di droghe rappresenta, da oltre un quarto di secolo, un fenomeno problematico che riguarda ampie fasce della popolazione. Inizialmente identificato con il consumo di eroina, solo di recente è stato associato maggiormente con quello di cocaina: l'uso di tale sostanza, infatti, si è diffuso massicciamente durante gli anni '70 e '80, probabilmente anche a causa dei pareri controversi nello stesso mondo scientifico sul fatto che potesse provocare o meno dipendenza e sintomi da astinenza (Mancino, 2003).

Nella Relazione Annuale 2008 dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze viene riportato che, complessivamente, la cocaina è la seconda sostanza illecita (dopo la cannabis) usata con maggior frequenza in Europa. Si calcola che circa 12 milioni di europei, pari ad una media del 3,6% degli adulti nella fascia di età dei 15-64 anni, l'abbiano provata almeno una volta nella vita, 4 milioni (in media l'1,2%) ne hanno fatto uso nell'ultimo anno, 2 milioni (circa lo 0,5%) nell'ultimo mese.

L'Italia sembra essere il terzo paese, dopo Spagna e Regno Unito, per utilizzo. Secondo la Relazione al Parlamento 2007 il consumo frequente di cocaina è riferito dallo 0,1% della popolazione fra i 15 ed i 64 anni (un soggetto ogni mille), lo 0,7% ha fatto uso della sostanza nei 30 giorni precedenti l'intervista, il 2,2% ha consumato cocaina una o più volte nei precedenti 12 mesi, infine il 6,9% degli italiani ha riferito di averne fatto uso nella propria vita almeno una volta.

È da sottolineare che tali valutazioni probabilmente sono delle sottostime dell'effettiva entità del fenomeno, a causa della difficoltà nel reperire dati in proposito.

La cocaina è una sostanza alcaloide di estrazione vegetale, le cui azioni principali sono di anestetico locale (inibizione della pompa sodio potassio e blocco dell'impulso nervoso), simpaticomimetico (alterazione del meta-

bolismo delle catecolamine) e stimolante del sistema nervoso centrale (sistema dopaminergico) (Braglia *et al.*, 2004).

Le recenti ricerche hanno fornito prove delle modificazioni, transitorie e stabili, che avvengono nel sistema nervoso centrale di chi fa uso di cocaina. Ad esempio, attraverso la misurazione del flusso sanguigno cerebrale mediante tomografia ad emissione di positroni (PET) e la costruzione di mappe di attivazione funzionale del cervello, è stato possibile dimostrare come la cocaina vada a colpire le cellule cerebrali ad azione dopaminergica, compromettendone il funzionamento. Durante una crisi di astinenza, il sistema dopaminergico mesolimbico, il centro regolatore del piacere, è sottoposto ad un'attivazione paragonabile a quella che si verifica, ad esempio, conseguentemente all'eccitazione sessuale (Childress *et al.*, 1999).

Uno dei principali effetti della cocaina consiste, dunque, nel far aumentare a livello cerebrale la concentrazione di dopamina, un neurotrasmettitore presente nelle regioni del cervello che regolano il movimento, l'emozione, la motivazione e, soprattutto, le sensazioni di piacere. Normalmente la dopamina viene rilasciata dal neurone in risposta ad uno stimolo piacevole (ad esempio il sapore di un buon cibo) e, in seguito, riassorbita nelle stesse cellule che l'hanno rilasciata, facendo in tal modo cessare la trasmissione del segnale fra i neuroni. La cocaina agisce impedendo il riassorbimento della dopamina, determinandone l'accumulo in eccessive quantità, amplificando il messaggio e, infine, danneggiando la normale comunicazione neuronale. Con l'uso ripetuto, infatti, la cocaina può determinare a lungo termine dei cambiamenti nel circuito cerebrale del piacere ed in altre aree del cervello, che si ipotizza possano essere alla base della dipendenza. L'uso reiterato determina anche l'instaurarsi della tolleranza ai suoi effetti. Questo significa che il cervello ha bisogno di una dose progressivamente maggiore e di una somministrazione più frequente per ottenere lo stesso livello di piacere provato durante l'uso iniziale, facendo aumentare però anche il rischio di effetti avversi, sia fisiologici che psicologici (NIDA, 2008).

Da un punto di vista psicologico, oltre ai potenti effetti euforizzanti, la cocaina dà la percezione di un aumento di energia e della vigilanza, ma può provocare anche irritabilità e disturbi dell'umore, agitazione e attacchi di panico, ideazione paranoide, allucinazioni uditive, visive e tattili (NIDA, 2004; Braglia *et al.*, 2004).

Gli effetti farmacologici della cocaina sono caratterizzati da due elementi: intensità e durata. L'intensità è direttamente proporzionale alla sua concentrazione nel sangue e questa, a sua volta, è determinata dal quantitativo assunto e dalla modalità di assunzione. La durata dipende dal tempo di assorbimento e dall'emivita della sostanza e, anche in questo caso, il canale di assunzione riveste un ruolo determinante (Braglia *et al.*, 2004). L'iniettarsi o il fumare cocaina porta al raggiungimento dell'effetto massi-

mo più rapidamente e intensamente rispetto all'assumerla per via nasale, ma anche ad una più breve durata: l'azione della cocaina sniffata può durare dai 15 ai 30 minuti, mentre l'effetto fumandola può durare solo dai 5 ai 10 minuti (NIDA, 2008).

Tuttavia, non è possibile spiegare i disturbi determinati dall'uso di cocaina facendo riferimento esclusivamente agli effetti neurochimici legati ad essa.

È da sottolineare come attualmente l'uso di cocaina sembri rappresentare agli occhi di chi ne fa uso (e di molte persone che ne sono estranee) una sorta di segnale distintivo, di riconoscimento reciproco, un facilitatore nel creare occasioni di incontro con gli altri al fine di condividere piaceri ed interessi, avviare relazioni amorose, sessuali e amicali (Rigliano, 2004). È, quindi, possibile che in alcune persone una credenza di questo tipo possa far accrescere la curiosità di sperimentare tutta la millantata varietà degli effetti associati, superando così la paura dell'idea di stare in realtà utilizzando una droga.

Un altro elemento da tenere in considerazione è la convinzione che la cocaina non provochi astinenza e quindi dipendenza. Il prototipo di dipendenza da sostanza entrato a far parte della nostra cultura è quello legato all'eroina, caratterizzato da un'evidente e intensa sintomatologia fisica. Non sperimentando tali effetti collaterali quando non usano cocaina, molte persone ritengono di non esserne dipendenti, non tenendo però in considerazione il fatto che ne fanno comunque un uso frequente. La saltuarietà tende, piuttosto, ad essere vista come un elemento a sostegno della convinzione di essere fundamentalmente in grado di smettere in qualsiasi momento e di poter quindi controllare l'uso della sostanza. Un errato concetto di dipendenza finisce per mascherare una reale dipendenza (Ravera, 2007).

Da quanto delineato possiamo, quindi, dedurre che la dipendenza da cocaina non è un fenomeno circoscritto, bensì un processo complesso in cui interagiscono numerosi fattori, dall'adattamento dei meccanismi cerebrali alla sensazione di gratificazione psicobiologica, al valore e al significato positivo e irrinunciabile che un certo modo di essere e di agire viene ad essere sperimentato dal cocainomane (Salvini, 2002).

Oltre alle evidenti conseguenze che il consumo di cocaina ha per il singolo, in termini di salute psicofisica, è importante ricordare anche i costi sociali che questo comporta. Ad esempio, la quota di morti attribuibili ad intossicazione da cocaina è passata dal 2,3% del 2001 al 6,1% del 2007 (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2007).

Nel 2006 sono stati segnalati più di 450 morti correlate al consumo di cocaina in 14 Stati membri, ma il numero di decessi provocati da questa sostanza nell'Unione europea è probabilmente sottostimato (EMCDDA, 2008).

I decessi dovuti alla cocaina sono più difficili da definire rispetto a quelli causati da overdose da eroina, poiché per i primi molto frequentemente vi sono fattori concomitanti (ad es. uso di altre sostanze, comportamenti a rischio) che non permettono un'attribuzione univoca. I decessi direttamente ascrivibili a un'overdose farmacologica sembrano poco comuni e, in genere, sono collegati all'assunzione di dosi massicce. La maggior parte dei decessi legati al consumo di cocaina sembra essere piuttosto correlata alla tossicità cronica di questa sostanza e alle connesse complicazioni cardiovascolari e neurologiche (EMCDDA, 2007b).

Nonostante i numerosi studi e dati che dimostrano la notevole diffusione del fenomeno, in Europa le opzioni terapeutiche specifiche per il trattamento di coloro che utilizzano cocaina sembrano ancora piuttosto limitate e non presenti in tutte le nazioni dell'Unione. Molti modelli di trattamento, infatti, sono stati creati per intervenire efficacemente sul consumatore di eroina; l'aumento della richiesta di aiuto per dipendenza da cocaina riflette, invece, un cambiamento nelle caratteristiche del consumo e in quelle del consumatore che non può essere sottovalutato e che ha determinato la necessità di creare una serie di servizi e trattamenti più appropriati al target di riferimento (EMCDDA, 2007a).

Attualmente l'interesse generale, in merito a questo tipo di dipendenza, sembra essere orientato verso la messa a punto di una terapia di tipo farmacologico. Tali terapie possono essere suddivise in due filoni principali:

- farmacoterapie vere e proprie, la maggior parte delle quali sono focalizzate ad intervenire sui circuiti di trasmissione dopaminergica, alterati dall'uso di cocaina. A grandi linee, sono considerati potenziali agenti terapeutici quelle molecole (sostanze) che o favoriscono il rilascio di dopamina, riducendo così i sintomi dell'astinenza, o inibiscono l'attività dopaminergica, riducendo in tal modo gli effetti rinforzanti della sostanza (Pirona e Hedrich, 2009);
- immunoterapie, basate sul principio di utilizzare il sistema immunitario corporeo come mezzo per contrastare gli effetti della sostanza. Una volta somministrato, il cosiddetto vaccino indurrebbe la produzione di anticorpi che si legherebbero alle molecole di cocaina presenti nel sangue ed impedirebbero che esse superino la barriera emato-encefalica. Impedendo alle molecole di cocaina di raggiungere il cervello, il vaccino bloccherebbe gli effetti euforizzanti e si ipotizza che possa ridurre le proprietà di rinforzo della sostanza e, di conseguenza, l'uso. Studi di sperimentazione del vaccino sull'uomo sono attualmente in fase di realizzazione in numerosi paesi, fra cui l'Italia (Pirona e Hedrich, 2009).

Il solo approccio farmacologico non è però sufficiente a risolvere efficacemente e in maniera duratura nel tempo la dipendenza da cocaina. Esso potrebbe risultare idoneo nel favorire l'instaurarsi dell'astinenza, ma non

certo nel far fronte al piacere associato all'uso che i soggetti continuano a ricordare e, soprattutto, alle possibili difficoltà che essi hanno in qualche modo tentato di risolvere con l'assunzione della sostanza, problematicità che altrimenti continuerebbero ad essere vissute come tali e che, se non risolte, potrebbero portare a ricadere nell'uso.

Alla luce di tali considerazioni, sono stati ideati e sono tutt'ora in sviluppo numerosi interventi di matrice psicologica e psicosociale, tutti accomunati dall'obiettivo di fornire la risposta più completa possibile al problema della dipendenza da cocaina.

Anche se ancora pochi sono gli studi che hanno analizzato la validità di tali percorsi terapeutici specificatamente per la dipendenza da cocaina, alcuni degli orientamenti che al momento sembrano mostrare buoni livelli di efficacia sono:

- la Terapia Cognitivo Comportamentale (Carroll, 2001), che si focalizza sull'individuazione dei fattori cognitivi e ambientali che controllano la dipendenza, intesa come comportamento problematico. L'obiettivo di tale approccio è far sì che i soggetti apprendano comportamenti alternativi rispetto a quelli legati all'uso della sostanza e che imparino a mettere in atto strategie di auto-controllo (EMCDDA, 2007a);
- la terapia del Contingency Management, che si avvale dell'utilizzo sistematico di "rinforzi", generalmente buoni d'acquisto o servizi, per modificare positivamente e in maniera supportiva i comportamenti dei soggetti che utilizzano cocaina (Petry, 2002). L'utilizzo di rinforzi positivi in relazione all'andamento dei controlli urinari sembra essere un buon incentivante per il mantenimento dell'astinenza dei soggetti in trattamento (Higgins *et al.*, 2000);
- l'approccio basato sul Colloquio Motivazionale, un intervento a breve termine che ha il fine di supportare il soggetto nel processo di cambiamento. Esso è un metodo piuttosto direttivo, centrato sul cliente, che ha l'obiettivo di incrementare la motivazione a cambiare il comportamento problematico, l'uso di cocaina, attraverso principalmente l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza, ovvero la tendenza a risposte emotive opposte nei confronti della sostanza (Miller e Rollnick, 1994);
- la Terapia Dinamica di Gruppo Modificata, che si basa sul principio secondo il quale i disturbi da uso di sostanze sono legati a problemi di bassa autostima e/o all'esperienza di affetti negativi e di opprimenti stati emotivi. Queste caratteristiche, alla lunga, producono la "vulnerabilità psicologica" all'uso di droga, oltre alla precarietà nella regolazione degli impulsi e la mancanza di autodifesa. Il ruolo di tale terapia è, quindi, di fornire una consapevolezza su queste caratteristiche, nonché l'individuazione e la costruzione delle normali difese che potrebbero eliminare le basi sottostanti al continuato uso di sostanze (Khantzian *et al.*, 1997).

Il Programma Conoscenza, un intervento terapeutico ambulatoriale rivolto al sostegno e al recupero dei consumatori di cocaina, si inserisce all'interno di tale panoramica, offrendo un tipo di intervento, psico-educativo, peculiare nelle sue caratteristiche.

Il progetto ebbe inizio ufficialmente nell'aprile del 2003, dopo circa due anni e mezzo di lavoro per l'identificazione dei presupposti teorici e metodologici del trattamento. Numerosi sono i modelli di intervento ai quali l'équipe fa riferimento, quali la Terapia Breve Strategica e la Ricerca Azione, tuttavia l'esperienza clinica portata avanti in questi anni ha reso possibile lo sviluppo di tecniche e procedure terapeutiche specifiche per la nostra tipologia di utenza.

1. La struttura del trattamento e il modello teorico di riferimento

*Indifferente è per me da quale parte incomincio
infatti ritornerò lì di nuovo.*

Parmenide

1. Inizio del progetto

Il Programma Conoscenza è stato ideato nel 2000 quando il Servizio Accoglienza del Centro di solidarietà di Firenze* cominciò a ricevere richieste d'aiuto per problemi da cocaina. Fu necessario un certo tempo per lo studio e l'elaborazione del Progetto, che iniziò ufficialmente il 7 aprile 2003.

Tra i cocainomani sono distinguibili almeno tre differenti tipi:

1. consumatori e cocainodipendenti secondo i criteri del DSM-IV;
2. consumatori in associazione con altre sostanze ricreative;
3. poliassuntori.

In un primo momento abbiamo scelto come target la prima categoria, poiché non ritenevamo l'approccio terapeutico prescelto adatto alle altre due tipologie di consumatori.

La cocaina è la droga d'elezione dei soggetti della prima categoria, anche se in diversi casi usano altre sostanze come alcol e cannabinici. Sono persone di media età, che hanno una posizione sociale ed un'attività professionale da difendere, nonché uno stile di vita apparentemente irreprensibile. A causa di tutto ciò, tengono alla stima degli altri e considerano l'abuso di sostanze come una piccola colpa da gestire con discrezione, in ambienti e momenti opportuni.

Per quanto riguarda i motivi che hanno spinto a chiedere aiuto coloro che si sono rivolti al nostro servizio, prevalgono i casi nei quali ha avuto un ruolo importante l'azione dei familiari. In tutti i casi, queste persone vogliono evitare pubblicità e hanno la mentalità del "malato" che aspetta una "cura", preferibilmente veloce e discreta.

* Il Centro di solidarietà di Firenze fa parte dell'organizzazione CEIS d'Italia che ha sede in Roma. Esso nasce con il Progetto Uomo di don Picchi. Si coglie l'occasione per ringraziare il Centro per la disponibilità e la collaborazione manifestata per la realizzazione di questo lavoro.

Infine, sempre più di frequente giungono persone che dichiarano di consumare cocaina, ma che in realtà fanno uso anche di cannabinici e oppiacei. Si possono definire come *poliassuntori*, che dosano il proprio consumo qualitativo a seconda delle esigenze. Per loro è particolarmente approfondito l'inquadramento diagnostico, per verificare se il nostro trattamento è adeguato o se siano necessari interventi di tipo diverso, in altre strutture.

2. Modalità di svolgimento del trattamento

Dopo i primi contatti informativi, inizia la serie dei colloqui motivazionali, che hanno lo scopo di vincere le resistenze delle persone ad entrare nel programma e di ottenere la collaborazione dei familiari.

L'accettazione del programma impegna formalmente la persona a rispettare il contratto con i propri terapeuti. Nei primi tempi, tra gli impegni richiesti da tale contratto, c'era anche l'immediata astinenza da qualsiasi sostanza, prima fra tutte la cocaina. In seguito questa richiesta è apparsa troppo impegnativa, non rilevante e talvolta addirittura pericolosa per la possibile comparsa di sintomi depressivi conseguenti alla sospensione perentoria delle sostanze. Attualmente l'astinenza completa è proposta come obiettivo da raggiungere, e, qualora compaiano sintomi depressivi, sono previsti interventi terapeutici.

Una volta accettato il programma, si attua un inquadramento diagnostico (*assessment*) che, oltre ai colloqui psicologici, prevede la somministrazione di test psicometrici per accertare il livello di dipendenza della persona e la qualità della sua motivazione a riabilitarsi. Nei casi di sospetta psicopatologia concomitante viene eseguito anche un controllo psichiatrico. Nel corso dell'inquadramento diagnostico iniziano i prelievi delle urine, effettuati alla presenza di un operatore due volte la settimana. Si è deciso di effettuare test semiquantitativi ed è stata perciò stipulata una convenzione con il Laboratorio Centrale di Analisi dell'ospedale di Careggi a Firenze. Qualche volta si assiste anche ad un salto delle dipendenze: persone che non usavano altre droghe, cominciano ad usarle per ridurre il craving da cocaina, e questo significa che si deve far fronte a più sostanze.

Il setting tipico del trattamento è quello di gruppo, ma in alcuni casi, soprattutto per coloro che presentano un disturbo psicopatologico concomitante, si preferisce utilizzare il trattamento individuale. Il setting è di tipo ambulatoriale, perché l'esperienza ci ha insegnato che, per questa tipologia di assuntori, si possono ottenere risultati migliori se la persona continua a vivere nel proprio ambiente ed a svolgere la propria attività, evitando il ricovero in strutture residenziali. I gruppi sono formati da un massimo di otto persone, che si riuniscono settimanalmente per due ore. Analoga periodicità è utilizzata nei trattamenti individuali. Anche nel trattamento di

gruppo si ricorre a colloqui individuali quando esigenze terapeutiche lo richiedano.

La durata del trattamento è, mediamente, di 14 mesi. Quando l'équipe terapeutica ritiene che la persona è pronta a concludere formalmente il programma viene effettuata la valutazione, ovvero un incontro conclusivo, alla presenza dello staff, del presidente del CSF e della famiglia dell'utente. Dopo la conclusione del programma, vengono effettuati incontri di follow-up, con controlli urinari a sorpresa, per verificare la capacità della persona di mantenere nel tempo i risultati raggiunti nel corso del trattamento.

Il programma considera condizione necessaria per il buon esito del trattamento il coinvolgimento diretto di familiari; ciò comporta la loro partecipazione ad appositi gruppi guidati da uno psicoterapeuta, oppure colloqui individuali quando gli operatori non ritengano idonea una terapia di gruppo. L'intervento sulle famiglie si avvale di tecniche psicoeducative e sistemiche relazionali. Questi interventi di gruppo o individuali, hanno lo scopo in un primo momento di sostenere i familiari nella crisi provocata dalla tossicodipendenza del congiunto, in seguito di affrontare le relazioni disfunzionali presenti nel sistema familiare per ridefinire in termini costruttivi e realistici i rapporti futuri.

Il trattamento prevede i seguenti servizi:

- colloqui individuali per gli utenti;
- colloqui per le famiglie;
- incontri di gruppo settimanali per gli utenti;
- incontri di gruppo settimanali per le famiglie;
- controlli urinari due volte la settimana;
- consulenza psichiatrica, se ritenuta opportuna.

Il personale impegnato nel Programma Conoscenza è composto dalle seguenti figure professionali:

- un pedagogo, incaricato dei colloqui informativi e conduttore dei gruppi;
- uno psicologo clinico, conduttore dei gruppi, responsabile dei colloqui motivazionali e della somministrazione dei test;
- uno psicoterapeuta e un operatore per la conduzione dei gruppi familiari;
- uno psicoterapeuta per il trattamento individuale dei casi complessi;
- uno psichiatra;
- uno psicologo addetto alla ricerca.

3. Il modello teorico d'intervento

Il modello per problemi di cocaina proposto è finalizzato all'integrazione e all'autocorrezione. Esso attinge in modo versatile a tutto ciò che la ri-

cerca in ambito psicologico clinico e sociale applicativo fornisce. Studi in letteratura e protocolli d'intervento *evidence based* di matrice cognitiva (Carroll *et al.*, 2001; Higgins *et al.*, 1991), ci hanno indotto a privilegiarne alcuni aspetti metodologici. Abbiamo, inoltre, scelto di avvalerci di un modello che fosse definito da alcuni punti principali:

1. riferirsi primariamente a modelli d'intervento di comprovata efficacia: questi sono determinati in base agli obiettivi previsti piuttosto che dalle indicazioni di un'unica teoria generale;
2. optare per la brevità nella durata del trattamento, in altre parole focalizzare l'intervento sul "qui ed ora";
3. adattare il trattamento all'innovazione, mediante un processo di ricerca continuo, autocorrettivo e circolare, evitando di perseverare con tentativi di soluzione che non producono gli obiettivi previsti.

Riguardo all'avvalersi di un modello *evidence based*, integrato dall'innovazione fornita dalla ricerca clinica, questo ha significato ispirarsi e seguire delle linee guida di comprovata efficacia. Si ritenuto utile e necessario propendere per un modello flessibile e adattabile. Tale intento ha fornito nel corso dei tre anni di esperienza clinica una modifica evolutiva del trattamento, che ha prodotto un vero e proprio programma per consumatori di cocaina dotato di peculiarità e caratteristiche uniche.

Per quanto riguarda la brevità, questa non deve essere confusa con la tendenza a non tener conto di problematiche profonde e quindi bisognose di cure prolungate. In virtù, invece, di una scelta metodologica focalizzata sul problema, abbiamo ritenuto più utile e doveroso nei confronti della persona concentrarci, in prima istanza, sul risolvere la problematica d'abuso e dipendenza nel tempo più rapido possibile.

Infine, per quanto concerne la versatilità fornita da un modello teorico flessibile, questo ci ha permesso di inserire una serie di tecniche comunicative avanzate di tipo persuasivo, che hanno consentito di rendere il trattamento sempre più evoluto ed efficace. Queste tecniche, tratte primariamente da studi compiuti nel campo di ricerca della psicologia clinica e sociale di base (Cialdini, 1989), dalla nostra sperimentazione sul campo e dall'approccio strategico e sistemico (Nardone e Watzlawick, 1990; Watzlawick, 1980), sono servite ad usufruire di elementi pragmatici d'intervento che fossero determinanti nel raggiungere gli obiettivi previsti dalla terapia. Per rendere, inoltre, sistematico e funzionale un programma che tenesse in debita considerazione l'innovazione, abbiamo considerato necessario avvalerci di un modello generale di trattamento volto alla continua modifica autocorrettiva del protocollo di intervento.

Per questa ragione abbiamo privilegiato una tipologia di indagine definita *ricerca-intervento* (Lewin, 1946), in grado di fornire una circolarità tra pratica concreta di lavoro sul campo e ricerca continua.

4. L'approccio strategico-costruttivista

L'approccio strategico-costruttivista è un modello teorico, conoscitivo, psicoterapeutico, il cui scopo è la soluzione, in tempi brevi, di complessi problemi psicologici.

Rappresenta la naturale evoluzione delle ricerche effettuate al Mental Research Institute (scuola di Palo Alto), attraverso il contributo di autori di indiscussa importanza, quali per esempio: Paul Watzlawick, Gregory Bateson, John Weakland.

L'approccio strategico riprende il contributo della teoria costruttivista e sistemica. La realtà che l'individuo percepisce è indotta dalla modalità osservativa e dagli espedienti comunicativi che utilizza per interagire con essa. Di fondamentale importanza l'osservazione conoscitiva di come gli esseri umani si rapportano con se stessi, gli altri e il mondo circostante. Infatti, la teoria epistemologico-costruttivista (von Glasersfeld, 1984; von Foerster, 1973; Watzlawick, 1988) sostiene che l'uomo "costruisca" la propria realtà mediante la percezione sensoriale, la cognizione e i processi comunicativi. Si ritiene, inoltre, che l'uomo sia in relazione circolare e retroattiva con se stesso, gli altri e l'ambiente circostante. La sua "conoscenza" del mondo determina il suo pensiero, il suo comportamento e il modo in cui comunica. Questo, a sua volta, influenza la propria realtà che successivamente e circolarmente modifica la sua epistemologia.

Nell'approccio strategico non si considera importante la conoscenza di verità ineluttabili e del "perché" si formino determinati problemi. L'interesse è su "come" funzionino nella loro logica e come sia possibile risolverli in tempi rapidi e nel miglior modo possibile.

La relazione circolare-causale degli eventi determina ciò che l'individuo esperisce, in un continuo susseguirsi di retroazioni tra le variabili in gioco.

Lo schema rappresenta la circolarità delle variabili, esse determinano un processo riverberante, interdipendente e quindi di reciproca influenza tra le parti. Questa concezione, sostenuta già da moltissimo tempo nelle scienze fisiche e naturali, supera la vecchia assunzione di causalità lineare, in cui le cause precedono gli effetti, senza che questi influenzino il sistema nella sua interezza e complessità. Ricordiamo, ad esempio, il principio di relatività di Einstein e il principio d'indeterminazione di Heisenberg.

Tale concezione non appare, invece, superata dai modelli tradizionali d'interpretazione dei processi psichici e comportamentali, nei quali, si ricerca un rapporto di determinazione lineare di causa ed effetto.

Di non secondaria importanza il contributo più recente di Maturana e Varela (1985): per il concetto di autopoiesi e autorganizzazione e in base al secondo principio della termodinamica, i sistemi dinamici, reimportano continuamente energia dall'ambiente per la loro sopravvivenza. Essi utiliz-