

CONVEGNO REGIONALE SU DOPPIA DIAGNOSI E PROBLEMI COMPLESSI NELLE TOSSICODIPENDENZE



Sardara, 10 giugno 2004

DOPPIA DIAGNOSI E COMUNITÀ TERAPEUTICA P. Salvatore Morittu

La doppia diagnosi rappresenta, oggi, la nuova frontiera con la quale gli operatori dei Sert, della psichiatria e della psicologia, del sociale e del volontariato debbono confrontarsi.

I – Comunità e tossicodipendenza

L'esperienza delle Comunità terapeutiche sarde per i tossicodipendenti, compie tra poco 25 anni (1980 –2005). Esse si pongono perciò come un osservatorio e un laboratorio di assoluta rilevanza. Sono state portatrici di una cultura innovativa e feconda per generazioni di tossicodipendenti, per coloro che in esse hanno espresso la loro professionalità e il loro volontariato, e per tutto il contesto sociale della nostra Isola.

Convivere comunitariamente, 24 ore su 24, e per anni, con il tossicodipendente, interagire con lui in un contesto ben definito, allacciare rapporti con lui e con la sua famiglia particolarmente profondi, ha permesso a chi opera in Comunità di monitorare costantemente il progetto di aiuto, il metodo, con i bisogni di coloro che chiedevano di essere da noi aiutati.

Le Comunità hanno perciò individuato nell'arco di 25 anni di esperienza:

- diversità significative tra i *tossicodipendenti* così da definirne sia delle tipologie in sequenza generazionale che cogliere la complessità di disagio personale;
- diversità significative tra gli *operatori-educatori* sia in quanto al numero che alla professionalità e/o competenza, e alla modalità di lavorare insieme;
- modalità diverse di interagire da parte delle *famiglie* sia nella fase della tossicodipendenza che del recupero e del reinserimento del proprio congiunto;
- modalità diverse di interagire con i *servizi pubblici* in quanto tali e con gli *operatori pubblici* in quanto singole persone e specifiche professionalità;
- un *tessuto sociale* che modificando il suo modo di relazionarsi con il complesso problema delle dipendenze, modifica anche i bisogni e i comportamenti degli individui.

Tutte queste modulazioni hanno portato le Comunità ad aggiornare costantemente il proprio progetto comunitario e a dare sempre più spessore ai progetti personali dei giovani inseriti in Comunità.

Sempre comunque l'intervento di Comunità, nella sua impostazione ideale e, di conseguenza, nel suo metodo, ha dato primaria importanza:

- alla persona, prima che al tossicodipendente,
- al suo bisogno profondo di felicità che ai suoi sintomi,
- al cambiamento da realizzare in sé prima che nel contesto familiare o sociale,
- alla risoluzione definitiva della tossicodipendenza (intervento a soglia alta).

L'idea-base che sottintende tutto questo è la visione del tossicodipendente

- come individuo "normale",
- con un problema in più, la tossicodipendenza,
- la quale non elimina del tutto la sua normalità,
- che può ri-occupare tutto lo spazio della persona,
- grazie ad un contesto di vita che permette alla "vix sanitrix naturae" di riprendere il suo ruolo determinante,
- solo che l'individuo lo voglia (protagonismo, perciò, non assistenzialismo).

Il contesto, nuovo e salutare, rispetto al contesto generatore di tossicità, è perciò il primo pedagogo, nella realizzazione del cambiamento.

Questo contesto, pur nelle diverse articolazioni metodologiche di ogni Comunità, ha come elementi

- **amore**
- **progetto**

La coesistenza e la interazione continua di questi due aspetti basilare concorrono a identificare la comunità non come un semplice gruppo né una struttura freddamente sanitaria e tanto meno carceraria, ma una famiglia allargata capace di realizzare rinascita, educazione, formazione di individui per una gestione libera e responsabile del proprio progetto di vita.

I protagonisti sono sia i tossicodipendenti che gli operatori i quali interagiscono mediante due linee di relazione formativa:

- operatore – tossicodipendente (adulto – giovane)
- tossicodipendente – tossicodipendente (coetaneo – coetaneo)

Operativamente: tutte le Comunità, in un lasso di tempo che mediamente si aggira intorno ai tre anni, realizzano:

- una fase di "contenimento" liberamente accettato (stare in Comunità)
- un cambiamento di stile di vita
- un radicale processo di "individuazione"
- una forte esperienza affettiva
- delle relazioni interpersonali franche e leali
- una fase conclusiva, che è il reinserimento sociale.

Le Comunità sarde, partendo da questi principi e da questi progetti, per quanto attiene agli interventi ad alta soglia sono state quelle che, nella nostra Isola, hanno ottenuto i maggiori successi.

Questi, stando all'unica ricerca disponibile, quella realizzata nel 1994 da Mondo X – Sardegna, si attestano intorno al 31% di tutti gli ingressi avvenuti nella sue Comunità dal 1980 al 1992.

II – Comunità, tossicodipendenza e doppia diagnosi

L'aumento considerevole, in questi ultimi 5 anni, di tossicodipendenti in Doppia Diagnosi che richiedono di essere accolti in Comunità, ha posto a queste dei problemi di assoluta novità che investono non solo la propria **operatività** ma anche la propria **identità**.

Senza voler entrare in merito alla questione piuttosto controversa di come definire la Doppia Diagnosi, e attenendoci ai dati esperienziali, parliamo di Doppia Diagnosi allorché ci si trova in presenza, nella stessa persona, di un comportamento tossicomane (con una o più sostanze di abuso) e di una sintomatologia psichiatrica.

La sintomatologia psichiatrica è riferibile in genere a disturbi psichiatrici in Asse I e in Asse II del DSM IV.

I disturbi più frequenti in Asse I sono:

- Disturbi dell'umore (disturbo depressivo maggiore, disturbo distimico, disturbo bipolare)
- Disturbi d'ansia (disturbi da attacco di panico, fobia sociale, disturbo post traumatico, disturbo d'ansia generalizzato)
- Disturbi psicotici
- Disturbi dell'alimentazione
- Disturbi del controllo degli impulsi

I disturbi più frequenti in Asse II sono quelli del:

- cluster B e C (disturbo di personalità antisociale, borderline, narcisistico, evitante, dipendente),
- ma anche del cluster A (disturbo di personalità paranoie e schizotipico)
- il ritardo mentale.

Talvolta la presenza di un disturbo psichiatrico, in genere in Asse I, viene segnalato nella fase della Accoglienza, che precede la fase residenziale in Comunità, e si esplicita con una formale diagnosi di uno psichiatra e con una prescrizione farmacologica.

Altre volte è solo durante la permanenza in Comunità che si ravvisano dei sintomi, in genere in Asse II, che indirizzano ad una diagnosi più accurata da parte dello psichiatra e l'avvio di una psicoterapia con o senza farmaci.

La presenza sempre più numerosa di Doppia Diagnosi ha fatto emergere anche una Doppia Logica (una Bi-logica, se mi è lecito parafrasare la terminologia di Ignacio Matte Blanco) rispetto alla valutazione del tossicodipendente e del tipo di intervento da porre in essere sia da parte dei familiari, dei servizi pubblici e anche delle comunità.

Da parte dei familiari e dei servizi pubblici:

- **logica A:** in Comunità il TD in DD ha più possibilità di essere aiutato sia perché lì non si droga, sia perché ci sono specialisti e altri giovani che lo accudiscono tutto il giorno;
- **logica B:** noi non ce la facciamo più a gestirlo: non resta che la comunità, se lo gestiscano loro.

Da parte delle Comunità:

- **logica A:** il tossicodipendente in Doppia Diagnosi è una persona in doppia difficoltà e perciò da aiutare con particolare cura; in Comunità disponiamo di risorse umane e professionali e risorse di contesto di cui si può giovare e che fuori della Comunità non sono reperibili;
- **logica B:** sta diminuendo il numero di presenze in Comunità per cui non possiamo dire di no ad accogliere anche quelli in Doppia Diagnosi; se poi non li prendiamo, il Sert non ci manda nessuno.

Qualunque di queste due logiche prevalga, sta di fatto che la presenza di soggetti in Doppia Diagnosi in Comunità ha portato inevitabilmente dei cambiamenti. I più significativi sono:

- integrazione dell'equipe con la figura dello psichiatra

- una formazione più mirata degli operatori
- un modo diverso di relazionarsi dell'equipe al suo interno
- necessità di porsi in rete con i servizi territoriali (Sert e Centri di Salute Mentale)
- uso significativo di farmaci dentro la Comunità
- necessità di riconsiderare il concetto di intervento “ad alta soglia”
- garantire i percorsi per i tossicodipendenti non in Doppia Diagnosi
- aumento della cronicità e della dipendenza dalla Comunità
- difficoltà a organizzare il reinserimento sociale e lo sgancio dalla Comunità.
- maggiori stress per gli operatori
- aumento delle spese a carico della Comunità.

Le problematiche più rilevanti che le Comunità incontrano posso essere così sintetizzate:

- Le Comunità corrono il pericolo di essere usate come l'unica “discarica sociale” per le Doppie Diagnosi di cui nessuno vuole farsi carico, o l'unico ammortizzatore del pericolo sociale che i tossicodipendenti in DD costituiscono vivendo in famiglia o stando per strada.
- Le Comunità snaturano la loro identità rispetto all'intervento ad alta soglia e perciò sempre meno possono aiutare chi ha solo il problema della tossicodipendenza.
- La Comunità abbassa il livello formativo perché sempre più sarà privilegiato il rapporto tra operatore-specialista versus il TD e sempre meno il rapporto formativo tra coetaneo e coetaneo.
- La Comunità abbassa il livello formativo perché sempre più energie sono indirizzate al portatore della DD che al tossicodipendente normale.
- Gli operatori sono sottoposti a impegni più gravosi e con maggiori responsabilità non tutte ancora normate.

A fronte di tutto questo, ciò che le Comunità hanno messo in campo in questi ultimi anni per aiutare anche i tossicodipendenti in Doppia Diagnosi è quanto mai encomiabile e va iscritto nella nobile tradizione di chi non si vuole arrendere al fatto che degli uomini e delle donne possano essere fagocitate da una emarginazione senza via d'uscita e perciò disperante.

Le strategie messe in campo sono state:

- Accogliere le persone in DD senza stravolgere lo status attuale della Comunità perché convinti che un contesto già accogliente, familiare ed empatico, può recuperare potenzialità inizialmente inespresse.
- Garantire l'identità della Comunità (ecologia sociale) mediante inserimenti programmati (su 30 posti, 6 per le Doppie Diagnosi)
- Predisporre già nella fase di preparazione all'ingresso in Comunità una Valutazione Diagnostica molto accurata
- Coinvolgere i referenti dei servizi pubblici (Sert e Centri di Salute Mentale)
- Predisporre una modalità di lavorare in equipe il cui risultato sia una Diagnosi Dinamica: essa implica una complessità di osservazioni frutto della integrazione delle varie competenze sia dell'equipe che degli altri componenti della Comunità (chiamata al centro di tutte le risorse del contesto).
- Impostare un Progetto terapeutico integrato e condiviso superando la multiproblematicità della persona in Doppia Diagnosi per lavorare sulla “persona intera”.
- Lettura della “diversità” come valore da riscoprire e utilizzare e non come fattore di emarginazione.
- Terapia farmacologia regolarmente monitorata nel percorso terapeutico.

Lavorando in questo modo si sono sperimentati risultati significativi. Paradossalmente più con le Diagnosi in Asse I che con quelli in Asse II.

La vita in Comunità, con i suoi ritmi, la ricchezza delle relazioni e con quel sentire solidale che fa respirare aria di famiglia e considerazione positiva per ciascuna persona, ha una portata

terapeutica che noi stessi non siamo capaci di valutare adeguatamente se non quando vediamo giovani che riescono a mettere ordine nelle proprie vicende di vita e a fare piccoli ma significativi passi verso una certa autonomia e autostima.

Abbiamo noi di Comunità anche una percezione chiara dei nostri limiti e dei nodi che hanno il sentore di autentiche sfide. Ne sottolineo alcuni:

1 - Un nodo particolarmente difficile è quello attinente alla cronicità e alla dipendenza dalla Comunità rispetto all'inserimento extra Comunitario.

Ci rendiamo conto di aver delle persone in DD che in Comunità riescono a realizzare una qualità di vita che loro stessi percepiscono impossibile realizzare fuori della Comunità. Nello stesso tempo non è proponibile che possano vivere tutta la loro vita in Comunità. Queste situazioni mettono in risalto la povertà nel nostro territorio di servizi diversificati per completare il percorso di queste persone. Si può ipotizzare, per esempio, una attività di tutoring che accompagni queste persone nell'inserimento lavorativo. O un servizio di assistenza domiciliare per chi potrebbe vivere fuori ma non ha ancora realizzato relazioni significative nel nuovo contesto.

2 - Un altro nodo è la tipologia dei servizi per le Doppie Diagnosi. Credo che si debbano razionalizzare servizi ipotizzando dei segmenti diversificati, flessibili, ma coerenti. Dalla presa in carico unica (solo il Sert, o solo il Servizio di Salute Mentale, o una nuova entità?) per la fase di accoglienza e di programmazione. Servizi non residenziali e Comunità residenziali per la seconda fase del percorso in stretta collaborazione con la struttura pubblica di riferimento. Programmazione dell'inserimento abitativo e lavorativo autonomo con il supporto di altri servizi territoriali per la terza fase dell'intervento.

3 - Un altro problema è quale tipologia di Comunità per i portatori di DD: la Comunità per sola DD o la Comunità mista? A sfavore della prima gioca la paura di una riedizione delle strutture manicomiali precedenti alla legge 180. A sfavore della seconda la difficoltà a garantire una chiara identità e perciò una chiara operatività se non si tiene fermo il numero programmato.

4 - Un altro nodo sono le aspettative. Quelle delle famiglie e delle istituzioni che pensano che le Comunità siano in grado dopo 15 mesi di recuperare al sociale dei ragazzi educati, formati e anche con un lavoro a disposizione. Ma anche le aspettative degli operatori di Comunità che debbono superare la frustrazione (fenomeni di "revolving door" o di "burn out") per non vedere né minimi aggiustamenti di rotta in percorsi tortuosi o sperimentare crolli dopo momenti di miglioramento. Dobbiamo allenarci a pensare obiettivi tendenti alla "abilitazione" piuttosto che alla "riabilitazione" di capacità già esistenti e poi perse. Per altro non ci stanchiamo mai di ricordare che, in Sardegna, la carenza di risorse umane da porre in campo (specie operatori ed educatori) nelle problematiche della tossicodipendenza sta penalizzando drammaticamente non solo le realtà in atto, ma anche la possibilità di crearne altre innovative.

5 - Infine, e solo alla fine, voglio ricordare che abbiamo seri problemi anche di risorse. I progetti che attualmente abbiamo messo in campo per le DD sono realizzati con i finanziamenti del Fondo nazionale per la lotta alla droga (legge 309) e durano un anno. Il pericolo serio è che non possano essere rifinanziati e perciò destinati a estinguersi. Il nuovo Governo regionale non potrà dilazionare la presa in carico.

Conclusione.

“La portata di un ponte si misura dalla forza del suo pilone più debole. La qualità umana di una società dovrebbe misurarsi sulla qualità della vita dei suoi membri più deboli...Propongo di considerare questo il solo metro di misura che il Welfare State possa sopportare, ma anche il solo di cui abbia veramente bisogno” (ZYGMENT BARMAN, sociologo, “Sono forse io il custode di mio fratello?”, in “La società individualizzata”, Il Mulino 2003, p. 104).

C'è una frase di GESU' nel Vangelo che è una istanza morale e un valore da perseguire per chiunque, specie se cristiano, allaccia relazioni di aiuto con un altro uomo:

“Io non voglio spegnere
un lucignolo fumigante
né voglio spezzare
una canna incrinata”.

III – Bibliografia

Bibliografia Generale

Biondi F., Dimauro P. E. (2002), *La doppia diagnosi in una prospettiva istituzionale*, Centro Documentazione e ricerca sul fenomeno delle dipendenze patologiche, ASL N° 8, Arezzo (www.cedostar.it)

Clerici M., Carrà G. (2003), *36 Month follow up of opiate dependents in three levels of treatment intensity*, in: Clerici M., Carrà G. (editors), *Dual Diagnosis: filling the gap*, John Libbey Eurotext, Paris.

Clerici M. (1993), *Tossicodipendenza e psicopatologia*, F Angeli, Milano.

Clerici M. et al. (1989), *Substance abuse and psychopathology: a diagnostic screening of Italian narcotic addicts*, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 24.

Clerici M., Carrà G. (1997), *Implicazioni cliniche della comorbidità per depressione nei disturbi da uso di sostanze* Bollettino OMS Salute Mentale e Neuroscienze, 4.

Clerici M., *Linee guida per il trattamento dei pazienti con disturbi da uso di sostanze in comorbidità psichiatrica*, <http://www.ti.ch/dss/dsp/uffmc/settori/dipendenze/temi/letture.htm>

De Maria M.R., Millucci M., Bandini G., Barbi C. (2002), *Il processo diagnostico in disintossicazione*, Salute e Prevenzione, N° 32, Franco Angeli, Milano.

Fioritti, A. (1997), *Diagnosi e trattamento delle condizioni di Dual Diagnosis*, Personalità/Dipendenze, Vol. 3, Settembre 1997.

Gerra G., Frati F. (2000), *La ricerca sui Disturbi Psichiatrici nei pazienti tossicodipendenti ed alcoolisti*, Personalità Dipendenze Vol. 6, Fascicolo I, 73-87.

Maremmani I., Cannoniero S., Giuntoli G., Pacini M. (2000), *Tossicodipendenza e comorbidità per disturbi dell'umore* Nòs Aggiornamenti in Psichiatria, vol. 6 n°2, 111-132.

Maremmani I., Pacini M. (2002), *Doppia Diagnosi: Semeiotica e gestione Terapeutica*, Informa SER.T., anno 5°, n°1, 11-14.

Margaron H. (2000), *Doppia Diagnosi: Nuova entità nosografica o esigenza organizzativa?*, Terza Conferenza naz. sui problemi connessi con la diffusione delle Sostanze, Genova, 28-30 Nov. 2000.

McLellan A.T. (2003), *Is Addiction an illness – Can it be treated?*, in: Clerici M., Carrà G. (editors), *Dual Diagnosis: filling the gap*, John Libbey Eurotext, Paris.

Pani P.P. et al. (1991), *Eterogeneità psicopatologica nel tossicodipendente da oppiacei*, Min. Psichiatrica 32, 1991.

Pani P.P. et al. (1997), *Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive metadone maintenance treatment program*, Drug and Alcohol Dependence 48.

Pozzi G., Bacigalupi M., Serretti A., Tempesta E. (1993), *Prevalenza dei disturbi mentali fra gli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze in Italia: uno studio multicentrico*, Boll. Farmacodip. e Alcolis., XVI (3-4).

Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S. et al. (1990), *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drugs abuse: results from Epidemiological catchment area (ECA) study*, JAMA, 264, 2511-18.

Salomon, J. (1996), *Doppia Diagnosi*, Personalità/Dipendenze, Vol. 2, Dicembre 1996.

Sperandeo R. Starace F. (1997), *Tossicodipendenza e disturbi di personalità: aspetti diagnostici*, Bollettino dell'OMS Salute Mentale e Neuroscienze Vol.3, n°4

Zanda G., Margaron H., Martorano G., Mauri G., Zazzo M. (2000), *Il problema della doppia diagnosi: l'esperienza dalla regione Toscana*, Terza Conferenza naz. sui problemi connessi con la diffusione delle Sostanze, Genova 28-30 Nov, 2000.

Doppia Diagnosi e Comunità Terapeutica

Cancrini L., Nocerino S. (2000), *Tossicodipendenti con problemi psichiatrici e comunità terapeutica: un'esperienza di lavoro*; I Quaderni di Itaca, n° 6, 23-37.

Clerici M., Bertolotti Ricotti P., Malagoli M. (2000), *Epidemiologia e diagnosi della comorbilità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze. Un modello di lavoro applicato ai programmi residenziali*, I Quaderni di Itaca, n° 6, 40-55.

Cibin M., Marin et Al. (2001), *I programmi residenziali nel trattamento integrato dell'alcolismo*, Psycomedia Telematic Review (www.psycomedia.it), maggio 2001

Fernandez Gomez C., Llorente del Pozo L.M., Gutierrez Fraile M.A. (1997), *Caratteristiche di personalità in eroinomani trattati in Comunità Terapeutica*, Personalità Dipendenze, vol. 3, fasc. I, aprile 1997, pp. 3-17.

Monteleone C., Lanzafame G. (2001), *Analisi critica delle metodologie dell'intervento terapeutico nelle comunità per politossicodipendenti del Centro Sociale "Il Sentiero" - O.D.A. Catania. Valutazione dei dati epidemiologici e diagnostici sugli utenti e di supervisione degli operatori*, Boll. Farmacodip. e Alcolis., XXIV (2).

Contributi dell'Associazione Mondo X - Sardegna

Cois A., Congia P. Portas M., *Doppia diagnosi e trattamento in comunità terapeutica: considerazioni sui predittori di ritenzione*, 1° congresso Nazionale su disturbi mentali e tossicodipendenza, Chia Laguna, Domus De Maria (CA), 2002

Cois A., Morittu S., Murgia S., Portas M., *L'impatto della doppia diagnosi in una struttura residenziale per tossicodipendenti: caratteristiche di personalità e psicopatologiche dell'utenza 2001-2002*, 1° congresso Nazionale su disturbi mentali e tossicodipendenza, Chia Laguna, Domus De Maria (CA), 2002

Cois A., Morittu S., *Struttura di personalità e aderenza al trattamento residenziale: quali relazioni?*, Convegno Nazionale "Aggiornamenti nella terapia delle tossicodipendenze, Cagliari, 29-31 gennaio 2004

Cois A., Morittu S., *Comorbilità psichiatrica in una trattamento residenziale ad alta soglia: l'esperienza dell'Associazione Mondo X - Sardegna*, Convegno Nazionale "Aggiornamenti nella terapia delle tossicodipendenze, Cagliari, 29-31 gennaio 2004.