

Linee guida per la scelta dei trattamenti integrati dell'utente in carico ai Ser.D.

Vincenzo Lamartora*

SUMMARY

■ *In our study, so-called evidence of efficacy of different treatments used in the addiction clinic is reviewed and discussed.*

In the first part of the study, the criticisms made of psychoanalytic treatment, accused for many years of not being an evidence-based treatment, are examined and refuted.

All types of treatments can be useful for a Service, as long as the Operators are able to carry out a real multi-disciplinary diagnosis of the user and send it according to well-established guidelines, to this or that integrated treatment

In the second part of the study we highlighted four clinical dimensions to be explored – in the diagnosis phase – and four treatment areas (care settings, pharmacological treatments, socio-occupational rehabilitation and the defensive transformations that the user agrees to face).

Combining the four clinical dimensions with the four areas of treatment just mentioned, result in four clusters of users, characterized by increasing severity, each of which has its own clinical and existential characteristics and should be sent to a specific integrated treatment.

The difference between confusion and functional organization lies in the presence of “guidelines” that depending on the Overall Representational Structure of the user and the operating models available to the Service may serve to specifically send this or that user to this or that form of psychological therapy. ■

Keywords: *Ser.D., Guidelines, Choise of treatments, Psicoanalytic treatment, Clinical dimensions and treatment areas, Clusters of users.*

Parole chiave: *Ser.D., Linee guida, Scelta dei trattamenti, Trattamento psicoanalitico, Dimensioni cliniche e aree di trattamento, Profili di consumatori.*

Publicato online: 30/12/2021

Trattamenti evidence based, prove di efficacia, case report, linee guida, trattamenti integrati, regolazione pulsionale, autoconsapevolezza del soggetto, capacità di legare l'oggetto, capacità di simbolizzazione, setting di cura, riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo, psicoterapie cognitivo comportamentali, psicoanalisi. Negli ultimi anni 50 anni si è discusso molto della necessità di verificare empiricamente l'efficacia delle psicoterapie, cioè di differenziare il più possibile le terapie che “funzionano” da quelle che “non funzionano”.

Una delle conseguenze di questi sviluppi è stata la compilazione negli anni '90 degli elenchi dei *Trattamenti Supportati Empiricamente* (EST), dei trattamenti *evidence-based* che sarebbero le uniche terapie che funzionano mentre tutte le altre non dovrebbero più essere praticate.

* *Componente dell'Ufficio di Presidenza nazionale di FeDerSerD. Direttore del Dipartimento Dipendenze ASL Napoli 2 Nord. Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana. Docente di Neuropsicoanalisi delle Dipendenze, Facoltà di Psicologia, Università di Torino.*

Introduzione

Gli EST infatti si sono diffusi tra molti operatori della salute mentale perché tentano di rispondere al bisogno di maggiore *cost-effectiveness* nelle prestazioni assistenziali.

Tuttavia, la posizione di altri operatori e ricercatori è che occorre cautela nel trasferire la logica *Evidence-Based* dalla medicina alla psicoterapia, in quanto c'è il rischio che si trascurino alcuni importanti problemi che possono generare fraintendimenti per la pratica della psicoterapia.

Tra gli autori che hanno maggiormente approfondito questa problematica vi sono Mario Maj (1995), C. Luborsky (1990), Paolo Migone (2001) e Drew Westen. Quest'ultimo, in un lavoro pubblicato su una rivista molto autorevole, il *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [Westen D. & Morrison K., *A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies*, 2001] ha riesaminato la base empirica delle psicoterapie brevi manualizzate, distinguendo una buona risposta iniziale dalla genuina

efficacia a lungo termine, e dimostrando che una terapia che voglia lasciare risultati stabili nel tempo, ovvero non subire ricadute per il paziente nel giro di un anno, deve durare più di due anni.

La metodologia dei trattamenti evidence-based è caratterizzata da sperimentazioni randomizzate e controllate, da utilizzo di campioni omogenei, gruppi di controllo omogenei, utilizzo del placebo, da standardizzazione della tecnica tramite manuali, dall'assunzione in trattamento di pazienti monosintomatici e non comorbili, e dalla verifica delle ipotesi causali tramite strategie di "smantellamento").

Westen e molti altri ricercatori hanno discusso uno per uno gli assunti di base impliciti in questa metodologia di ricerca, dimostrandone la debolezza metodologica.

Questo perché:

1. *I processi psicologici non sono altamente malleabili, e occorrono anni per modificarli.*
2. *La maggior parte dei pazienti, più del 50%, presenta più sintomi, più fenomeni di abuso, e spessissimo anche della comorbidità psicopatologica.*
3. *I sintomi psicologici non possono essere trattati a prescindere dalla personalità di chi li presenta, giacché è dimostrato che la personalità gioca un ruolo rilevante.*
4. *I pazienti non sono sempre capaci di riferire all'inizio della terapia quale è il loro vero problema: quante volte abbiamo assistito a pazienti che chiedevano di essere trattati per sindromi ansiose e depressione, quando invece il trattamento ha svelato altri problemi più strutturali, quali l'identità di genere oppure lutti o traumi non elaborati.*
5. *Infine, poiché le psicoterapie non sono pillole, non è possibile eseguire studi in doppio cieco controllato, come nella sperimentazione dei farmaci.*

La conclusione è che gli assunti di base dei trattamenti evidence based non sono teoricamente neutrali e non sono compatibili con quelli assunti alla base di trattamenti medici evidence based, tant'è che attualmente, sull'efficacia di questa o quella psicoterapia, non vi è alcuno studio esaustivo, almeno secondo quelli che sarebbero i criteri della Cochrane Review.

Tuttavia, a partire dalla fine degli anni '90, la ricerca scientifica sui fattori curanti delle psicoterapie è entrata in una fase più matura e meno pervasa da fanatismi ideologici. Piuttosto che stabilire graduatorie tra quale terapia sia scienza e quale sia stregoneria, si è passati a studiare quali sono i fattori determinanti, specifici e aspecifici, del *processo* terapeutico, e quali sono i fattori determinanti *l'esito* di una terapia.

Si dica solo che attualmente vi sono oltre 50 gruppi di lavoro internazionali che si occupano di questi problemi, e che circa la metà sono costituiti da psicoanalisti (interessati a comprendere le variabili terapeutiche della loro disciplina esattamente come le terapie cognitive comportamentali).

Per quanto ci riguarda, noi partiamo dalla considerazione che comprendere i fattori curativi delle diverse psicoterapie a disposizione dei Servizi per le dipendenze sia utile per due ordini di ragioni:

- perché nessuno di noi può scegliersi i propri colleghi;
- perché in ogni Servizio esistono decine di operatori con modelli culturali e operativi differenti.

La coesistenza di modelli terapeutici differenti in uno stesso Servizio si trasforma in confusione se pensiamo che non esista nessuna variabile che possa contribuire alla scelta o all'esclusione di questa o quella psicoterapia, mentre noi crediamo invece che tali variabili esistano, e siano alla base della definizione di linee guida per l'invio al trattamento integrato dell'utente.

Farò diversi esempi, a pro di alcune delle psicoterapie più rappresentate nell'ambito delle dipendenze patologiche.

Primo: spesso si sente dire che la psicoanalisi sarebbe impraticabile nei servizi pubblici, sia per la durata pluriennale della stessa, sia per la mancanza di setting adeguati ad esercitarla (i SerD sarebbero luoghi caotici, promiscui, che non garantiscono il silenzio e la concentrazione), sia perché non vi sono prove evidence based che la psicoanalisi serva a produrre cambiamenti utili nei soggetti con dipendenze gravi.

Ebbene, a questo primo tipo di obiezioni risponderò dicendo che:

1. ho dimostrato per 27 anni di avere praticato sistematicamente, due volte a settimana, la terapia analitica classica con tanto di lettino e registrazione delle sedute in un SerD pubblico;
2. ho potuto organizzare la mia stanza e il mio setting di cura in modo adeguato, senza interruzioni o interferenze;
3. ho svolto e portato a termine 12 trattamenti analitici, di durata compresa tra 5 e 12 anni. Ognuno degli utenti trattati ha un nome e cognome. Ognuno è stato diagnosticato e mi è stato inviato da un'equipe multidisciplinare indipendente da me;
4. alla fine dei trattamenti, di ognuno di questi dodici utenti ho scritto dei *case reports* lunghi e dettagliati, riportando molte sedute in diretta (corrispondenti a quanto registrato), e molti miei interventi.

Tutti questi case reports sono stati letti dagli utenti e approvati perché considerati aderenti a quanto si era detto e svolto in analisi.

Ognuno di questi case reports è stato presentato in supervisione all'interno del training continuo della SPI, e poi approvato, pubblicato e archiviato nella biblioteca di Via Panama 48, a Roma. (Per una disamina di questi *case reports*, vedi Vincenzo Lamartora, *Psicoanalisi e Neuroscienze, e La civiltà dell'abuso*, 2017).

Secondo esempio.

Venti anni fa accettammo di iniziare una formazione di servizio in psicoterapia fenomenologica.

Alcuni miei colleghi erano interessati ad approfondire questa tecnica specifica.

Per un anno organizzammo gruppi settimanali con il formatore, e questi gruppi erano tanto partecipati quanto attraversati da forti emozioni (pianti, angoscia, imbarazzo).

Alla fine, due colleghi si ritennero convinti dal modello e cominciarono a praticarlo in un Servizio territoriale: i loro gruppi, a distanza di anni, contano ancora decine di utenti che vi partecipano con continuità e soddisfazione.

Terzo esempio.

Nella Regione e nel Servizio in cui lavoravo un tempo, uno dei colleghi cominciò a manifestare interesse per la psicotraumatologia.

Eravamo alla fine degli anni '90, e questo approccio era ancora poco frequentato nei servizi pubblici. Il collega riesci a trovare spazi, risorse e appoggi nella direzione aziendale e dipartimentale cosicché, dieci anni dopo, il suo studiolo pubblico era diventato una Unità Operativa Dipartimentale, e le sue prestazioni terapeutiche erano diventate uno degli strumenti consolidati all'interno di quelli presenti nel Dipartimento di salute mentale.

Adesso, questa Unità di Psicotraumatologia assembla colleghi che praticano EMDR, Mindfulness, Trauma Informed Care.

In ultimo, in uno dei miei Servizi attuali, vi è una collega formata in psicoterapia gestaltica, utile nei trattamenti con i pazienti affetti da DGA; vi è un collega con formazione sistemico relazionale, bravissimo nel trattare pazienti affetti da lunga storia di tossicodipendenza ed emarginazione sociale.

E infine, vi è un'altra collega che ha maturato una notevole esperienza nelle terapie gruppali di genere, conducendo gruppi di sole donne.

Quindi, i Servizi sono capaci di accogliere la diversità dei modelli, e di impiegare tale ricchezza a seconda delle necessità cliniche dell'utente.

L'abilità sta nel conoscere e poter impiegare le varie tecniche psicoterapeutiche in modo appropriato allo specifico utente, sartoriale, in modo sostenibile ed efficace.

L'importante è poter definire delle "linee guida per la scelta del trattamento integrato da proporre all'utente, senza far indossare lo stesso abito a utenti diversi, e facendo in modo che questi possano scegliere tra le varie opzioni terapeutiche quella che più si confà alla loro storia clinica e alle loro aspettative.

In questo approfondimento, partiremo da una disamina veloce delle determinanti della psicoanalisi, per poi passare alla proposizione di criteri clinici e delle linee guida per la scelta del trattamento integrato da proporre all'utente.

Teoria clinica della psicoanalisi

La psicoanalisi nasce ufficialmente nel 1895, con la pubblicazione de *L'interpretazione dei sogni*, di S. Freud.

Nasce con la scoperta, o riscoperta, dell'inconscio, ovvero di quella enorme mole di dati rappresentazionali che costituiscono più del 90% della mente umana.

La coscienza – dice L. Russo – è un piccolissimo isolotto circondato da un immenso oceano di inconscio, cioè di dati engrammati in catene neuronali (rappresentazioni) che per la maggior parte dei casi non accedono alla coscienza poiché non agganciano i neuroni " ω_s " della corteccia frontale.

Le caratteristiche fondamentali della teoria psicoanalitica sono le seguenti:

1. *L'importanza dell'ambiente nel determinare l'Assetto Rappresentazionale Complessivo – ARC – del soggetto.*

Tutti gli analisti del Novecento hanno dimostrato che la qualità e intensità dello stimolo ambientale reiterato sul bambino produce una rappresentazione psichica del suo corpo, cioè un'iscrizione psichica del corpo, diversa a seconda della qualità e intensità stimolo ambientale.

2. *L'importanza assegnata all'inconscio nel determinare le azioni, emozioni, pensieri e parole.*

I neuropsicoanalisti hanno dimostrato, con tecniche di neuroimaging neuropsicologiche, come l'attivazione di rappresentazioni inconsce a seguito dell'interazione con l'ambiente precede di svariati millisecondi la coscienza di cosa sia successo: noi crediamo di "aver scelto" liberamente un pensiero o una risposta agita, mentre in realtà questa è stata processata in modo inconsce diversi millisecondi prima della nostra percezione cosciente.

3. *L'importanza assegnata alla relazione analitica nel determinare il processo e l'esito del trattamento, la cui riuscita non dipende solo dall'efficacia del modello teorico adottato dal terapeuta, ma anche dalla sua equazione personale.*

Questo rende necessario, per la psicoanalisi, che l'analista si sottoponga per primo a un trattamento analitico, e poi a un lungo training formativo esperienziale, prima di prendere in cura i primi utenti.

4. *L'importanza assegnata al transfert (ovvero al trasferimento inconscio, da parte dell'utente sull'analista e di questo sull'utente, di ricordi, fantasie, emozioni e istanze infantili).*

Il transfert a nostro avviso conta più delle parole coscientemente affermate dal paziente, e determina in modo fondamentale la qualità della relazione analista/analizzando, oltreché l'esito del trattamento.

5. *L'importanza assegnata al lavoro sul controtransfert.*

L'esistenza di memorie somatiche, di emozioni, di pensieri, di schemi reattivi e comportamentali, di marcatori somatici che vengono inconsciamente trasferiti sull'utente, rende necessario per l'analista lavorare continuamente sul proprio controtransfert, in modo da non confondere l'utente con i propri elementi interni, e permettere al campo analitico di restare insaturo.

6. *L'importanza assegnata al lavoro del sogno e sul sogno.*

Freud è partito con la scoperta che il sogno fosse una rappresentazione inconscia del desiderio. Ma la riflessione analitica successiva si è focalizzata anche sul lavoro "del" sogno, ovvero sulla funzione che il sogno ha nell'economia della psiche, arrivando a comprendere che esso serve essenzialmente a ripulire la mente dalle rappresentazioni non consolidate o inutili, e a consolidare quelle più adattative per il soggetto.

Al lavoro del sogno notturno, si è via via affiancata la riflessione sul lavoro del *sogno diurno*, quello che si fa ad occhi aperti – come lo chiama W.R. Bion –, una sorta di day dreaming che rappresenta il livello preconscious della mente, e che deve essere il target da raggiungere per l'analista, alla ricerca del cosiddetto "Vero Sé".

7. *La tecnica delle libere associazioni.*

L'analista non cerca di far parlare la coscienza, poiché il materiale coscientemente riferito dall'utente è inconsapevolmente o consapevolmente alterato da distorsioni inconsce o opportunistiche.

L'analista cerca di dare voce al preconscious, cioè di raggiungere e attivare il nucleo di rappresentazioni primarie essenziali per la definizione della identità del soggetto e per il suo equilibrio psicofisico.

A tal scopo, la dislocazione dell'analista rispetto al campo di coscienza dell'utente, dovuta all'uso del lettino, e la sua "attenzione fluttuante", permettono all'analista/ricevente di captare proprio le *onde radio* dell'inconscio, impossibili da captare con l'orecchio della coscienza.

8. *La finalità della psicoanalisi, non è quella di consolidare l'assetto difensivo del paziente, o quello di lavorare su cluster di sintomi, o sugli schemi cognitivi e comportamentali consolidatisi nell'utente, rielaborandoli in senso più socialmente adattativo, ma quello di promuovere modifiche a tale assetto rappresentazionale complessivo.*

Sarà questa la differenza fondamentale su cui l'utente dovrà essere informato e su cui dovrà scegliere.

9. *La prova di efficacia in psicoanalisi.*

Nella psicoanalisi, la prova fondamentale di efficacia sta nella valutazione dell'utente, unico soggetto legittimato a porre obiettivi iniziali e a stabilire l'effettivo esito del trattamento. Pertanto, l'esito delle trasformazioni avvenute a carico del soggetto non può che essere valutato dallo stesso soggetto in analisi, attraverso i "*case reports*", che vengono considerati alla stregua di un test proiettivo scritto a quattro mani, e che sono utili a presentare l'esito del trattamento analitico.

Criteri di invio

Noi partiamo dal postulato che oggi non sia più sostenibile un modello psichiatrico-centrico nella clinica delle dipendenze, e che non sia più sostenibile l'esistenza di un "soggetto presunto

sapere" (J. Lacan), e di un soggetto presunto ignorante (l'utente). Questo postulato, nella nostra esperienza clinica, induce a considerare che:

1. è l'utente colui che sa, meglio di chiunque altro, quali siano i suoi vissuti, quali siano le sue aree di discontrollo emotivo e compulsivo, e quali siano gli obiettivi possibili a cui puntare in un trattamento terapeutico.

È questa la logica della *recovery*, oggi proposta a paradigma della prassi clinica in tema di dipendenze e non solo.

Non sarà indifferente, in termini di outcome, se l'utente sceglie come obiettivo di continuare a bere, magari soltanto riducendo l'entità del consumo e integrando tale condotta in una vita più produttiva socialmente;

2. il gruppo di lavoro e il case manager che prendono in carico l'utente lavorino in modo multidisciplinare e siano indipendenti dal terapeuta a cui invieranno l'utente.

Se uno psicoterapeuta fa parte del gruppo che definisce la diagnosi e l'invio, non può inviare l'utente a se stesso, poiché in tal caso la definizione della diagnosi e la correttezza dell'invio sarebbero viziata da interferenze di varia natura;

3. il Servizio ha il dovere, una volta definita una rappresentazione clinica e rappresentazionale complessiva, di comunicare all'utente quale trattamento vorrebbe proporgli.

Starà alla deontologia dei singoli professionisti del Ser.D. essere chiari, far comprendere bene all'utente che tipo di lavoro si intende fare con lui e per quale motivo.

L'utente è sempre il committente, è colui che conosce i nodi da sciogliere, e dev'essere colui che stabilisce i propri obiettivi terapeutici ed esistenziali, oltretutto valutarne gli esiti.

Noi sosteniamo che la diagnosi del gruppo di lavoro che definisce il Programma Terapeutico Individualizzato non debba essere una diagnosi su Asse I, né una diagnosi di Personalità, ma – in parallelo con il lavoro *multidisciplinare* dei Ser.D. – una rappresentazione de *l'Aspetto Rappresentazionale Complessivo* dell'utente.

Quando parliamo di ARC intendiamo riferirci all'insieme delle macro rappresentazioni integrate che fanno di quel soggetto un soggetto unico e specifico.

Pertanto, l'ARC è l'insieme delle catene rappresentazionali (*neuronal assemblies*) che costituiscono il sostrato neuronale delle memorie somatiche e psichiche inconscie dell'utente, delle sensazioni, emozioni, sentimenti, pensieri e atti che compongono l'unicità del soggetto.

Ne consegue che gli elementi di base da definire nelle intervistoni tra colleghi, e sui quali decidere *l'Invio Terapeutico Personalizzato* a questa o quella forma di trattamento, sono rappresentate da *dimensioni cliniche* e non da sintomi o *categorie* cliniche.

Nella nostra proposta, tali dimensioni sono quattro:

A) \pm **regolazione delle pulsioni.**

Nella dimensione che va da un pervasivo discontrollo pulsionale fino a un eccellente controllo dell'abuso, nell'invio al trattamento si passerà:

- da moduli trattamentali residenziali a moduli semiresidenziali (gruppi appartamento, centro diurno), ambulatoriali o domiciliari;
- da moduli trattamentali di tipo gruppale a moduli familiari o individuali;
- da moduli trattamentali di tipo supportivo (gruppi di sostegno, contingency management, *et al.*) a gruppi psicoeducazionali (che D. Winnicott colloca nella cosiddetta "area terziaria", quando il soggetto è ancora incapace di reggere una relazione duale), a moduli psicoterapeutici dinamici o cognitivo comportamentali (quando invece il soggetto è capace di sostenere una relazione duale).

B) \pm **coscienza del ARC (grado di autoconsapevolezza del soggetto).**

Nella dimensione che va da una configurazione psichica totalmente inconscia (è il caso di soggetti in fasi evolutive primarie, oppure di soggetti affetti da patologie organiche, da demenze, da intossicazioni irreversibili o da gravi deficit di organizzazione del Sé) a una configurazione psichica caratterizzata da una buona coscienza delle proprie pulsioni, emozioni, pensieri o condotte, passando da un minimo di autoconsapevolezza a un massimo di consapevolezza, l'invio transiterà:

- da moduli trattamentali residenziali a moduli semiresidenziali (gruppi appartamento, centro diurno), ambulatoriali o domiciliari;
- da trattamenti con agonisti e psicofarmaci a scalare o a mantenimento, fino alla dismissione di ogni farmaco (o al non utilizzo fin dall'inizio del trattamento di farmaci);
- da moduli trattamentali di tipo gruppale a moduli familiari o individuali;
- da moduli trattamentali di tipo supportivo (gruppi di sostegno, contingency management, *et al.*) a gruppi psicoeducazionali, a moduli psicoterapeutici cognitivo comportamentali o dinamici.

C) \pm **capacità di legare l'oggetto.**

In questa dimensione, che va dall'estremo di una forte distruttività all'estremo di una forte capacità di mantenere buone relazioni oggettuali, nel determinare l'invio a questa o quella forma di trattamento si passerà:

- da moduli trattamentali residenziali a moduli semiresidenziali (gruppi appartamento, centro diurno), ambulatoriali o domiciliari;
- da trattamenti con agonisti e psicoanalitici, a scalare o a mantenimento, fino alla dismissione di ogni farmaco o al non utilizzo fin dall'inizio del trattamento di farmaci;
- da moduli trattamentali di tipo gruppale a moduli familiari o individuali;
- da moduli trattamentali di tipo supportivo (gruppi di sostegno, contingency management, *et al.*) a gruppi psicoeducazionali, a moduli psicoterapeutici cognitivo comportamentali o dinamici.

D) \pm **capacità di simbolizzazione.**

Nello spettro dimensionale che va da un'estrema povertà espressiva a un'eccellente capacità espressiva, l'invio passerà parallelamente da:

- da moduli trattamentali residenziali a moduli semiresidenziali (gruppi appartamento, centro diurno), ambulatoriali o domiciliari;
- da trattamenti con agonisti e psicoanalitici, a scalare o a mantenimento, fino alla dismissione di ogni farmaco o al non utilizzo fin dall'inizio del trattamento di farmaci;
- da moduli trattamentali di tipo gruppale a moduli familiari o individuali;
- da moduli trattamentali di tipo supportivo (gruppi di sostegno, contingency management, *et al.*) a gruppi psicoeducazionali, a moduli psicoterapeutici cognitivo comportamentali o dinamici.

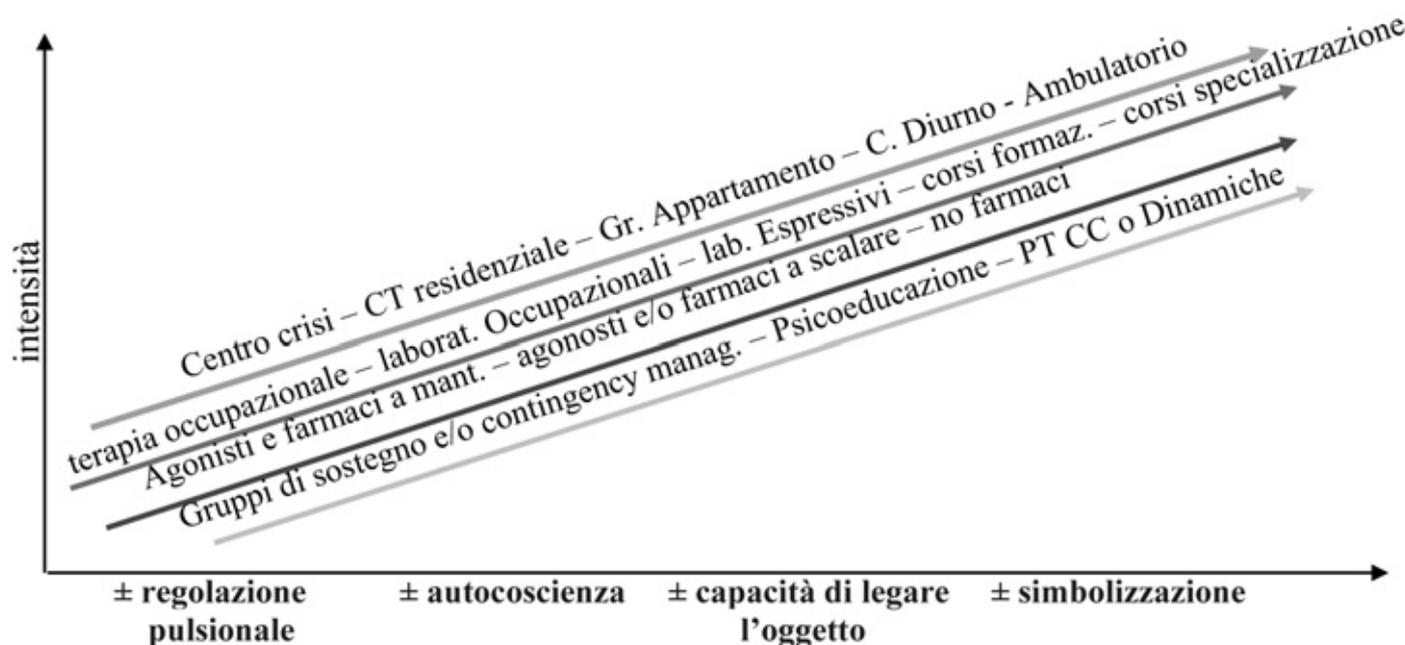
Combinando tra di loro in diverse configurazioni possibili gli elementi di base descritti, ne vengono fuori 4 invii ad altrettante possibili combinazioni trattamentali, che riguardano:

a) intensità trattamentale esterna (ovvero, il setting di cura), la quale procede dal minimo dei trattamenti domiciliari al massimo di un inserimento in un Centro Crisi o in una Comunità residenziale, passando per i trattamenti semiresi-

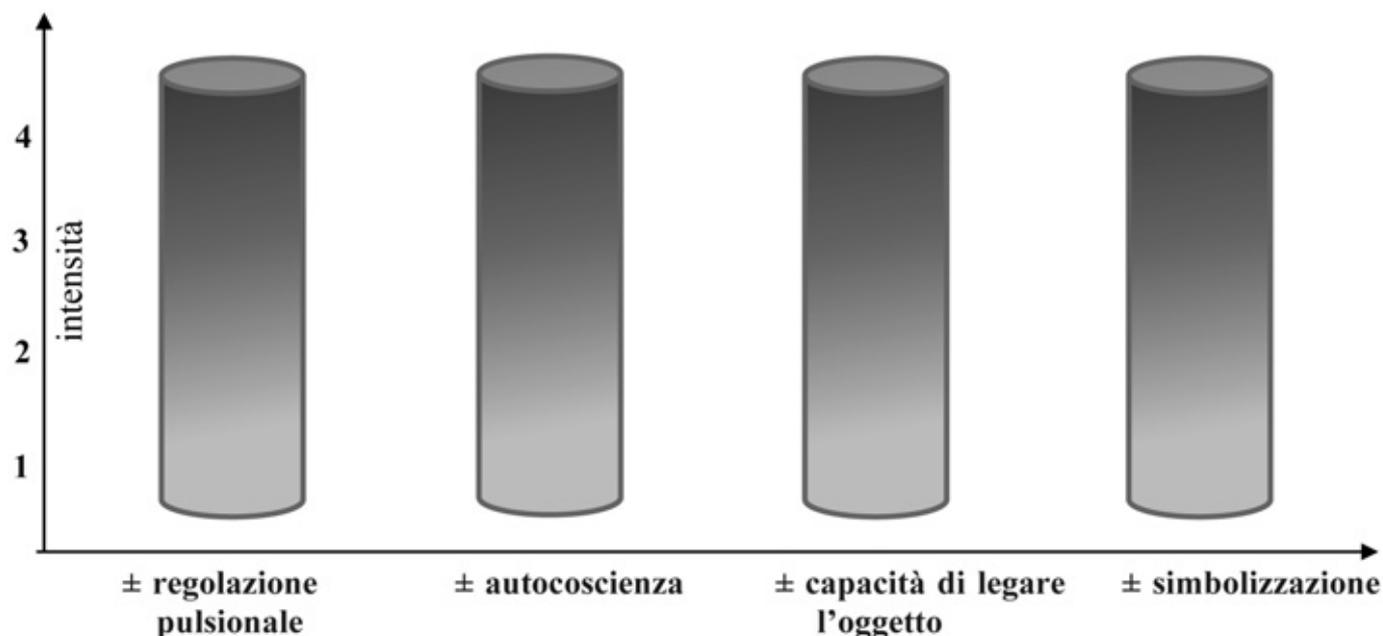
- denziali, ambulatoriali, per i gruppi appartamenti e i centri diurni;
- b) presenza/assenza di trattamenti sostitutivi e/o farmacologici, a scalare o a mantenimento;
 - c) riabilitazione psichiatrica, psicologica e relazionale, e reinserimento socio lavorativo, attuati con l'invio dell'utente a progetti di terapia occupazionale, oppure a laboratori di formazione, oppure con l'assegnazione di borse lavoro, o infine attraverso corsi di formazione specialistica;

d) intensità trattamentale interna, ovvero quel lavoro sulle difese (di tipo adattativo o trasformativo) che va dai trattamenti sul corpo ai gruppi psicoeducazionali, ai trattamenti psicoterapeutici, dinamici o cognitivo comportamentali.

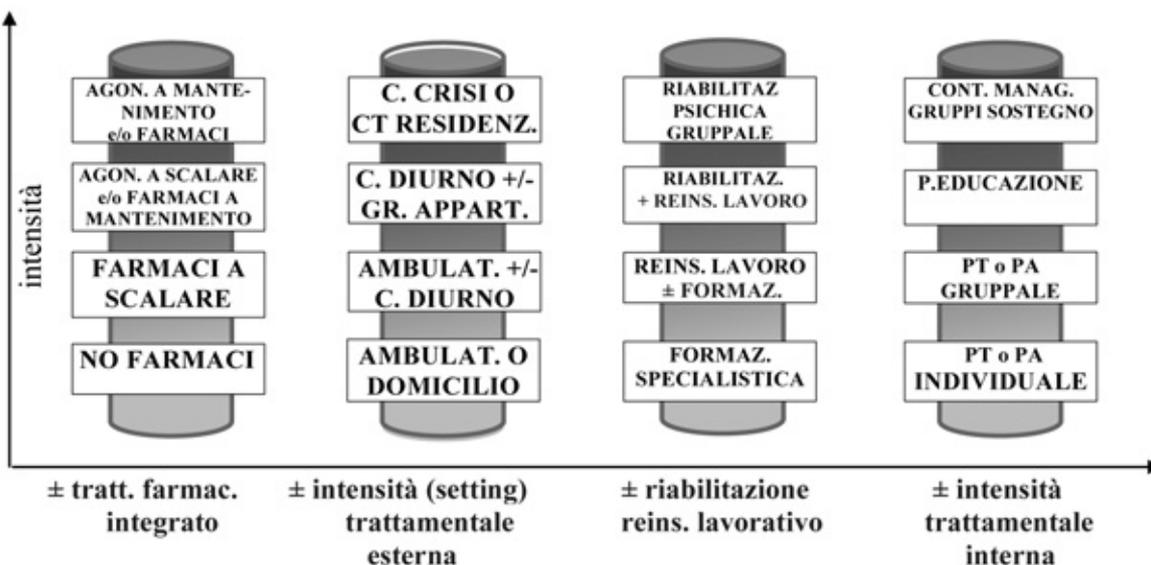
Ecco una rappresentazione diagrammatica dell'aumento dell'intensità trattamentale per ciascuna delle dimensioni del soggetto esplorate durante la diagnosi multidisciplinare:



Qui di seguito, un istogramma che rappresenta l'incremento di intensità trattamentale per ciascuna delle quattro dimensioni esplorate in fase di diagnosi multidimensionale:



Qui sotto, invece, un secondo istogramma che rappresenta i diversi trattamenti farmacologici, i vari setting di cura, le differenti attività riabilitative e le differenti psicoterapie possibili per ciascuna delle dimensioni esplorate:



Ebbene, sovrapponendo i due istogrammi a quattro dimensioni, ne emergono **cluster clinici** che indirizzano il Servizio ad altrettanti invii terapeutici, ovvero ad altrettanti piani terapeutici integrati:

CLUSTER 4 (massima gravità, 4)

Pazienti con ARC di tipo inconscio, scarsa simbolizzazione, scarsa capacità relazionale e regolazione pulsionale.

Si tratta di utenti gravi, tipicamente in fase di scompenso tossicomane ed esistenziale, incapaci di essere gestiti a domicilio o in ambulatorio, caratterizzati da estrema povertà rappresentazionale, grave discontrollo degli impulsi, continui agiti distruttivi, e per i quali l'obiettivo trattamentale (auspicabilmente condiviso con l'utente) sia innanzitutto la stabilizzazione del controllo degli impulsi, la riduzione degli agiti distruttivi e il rientro della crisi. In tal caso, l'invio sarà a un trattamento integrato che preveda:

- inserimento in Centro Crisi o CT residenziale;
- agonisti a mantenimento o a scalare e/o farmaci a mantenimento o a scalare;
- riabilitazione gruppe attraverso l'inserimento in laboratori di ergoterapia o terapia occupazionale;
- inserimento dell'utente in gruppi di sostegno o contingency management.

CLUSTER 3 (gravità media, 3)

Si tratta di pazienti con ARC di tipo inconscio, con una qualche capacità di simbolizzazione, con una iniziale capacità di legare l'oggetto e un discontrollo degli impulsi sporadico ma senza agiti distruttivi.

In questo caso l'invio potrà essere a un trattamento integrato che preveda:

- trattamento residenziale breve, o inserimento in gruppo appartamento;
- trattamento farmacologico con agonisti e/o farmaci a scalare;
- riabilitazione psichica attraverso inserimento in laboratori espressivi o lavorativi o corsi di formazione;
- inserimento dell'utente in gruppi psicoeducativi.

CLUSTER 2 (bassa gravità, 2)

Pazienti con sufficiente coscienza di Sé, sufficiente capacità di legare l'oggetto, sufficiente simbolizzazione e buona regolazione pulsionale (abuso contenuto o assente).

In tal caso, l'utente potrà essere inviato a un trattamento integrato che preveda:

- inserimento in gruppo appartamento, o in C. Diurno, oppure presa in carico ambulatoriale;
- eventuale trattamento farmacologico, a scalare fino a zero;
- trattamento psicoterapico di gruppo o individuale, di tipo cognitivo comportamentale o dinamico a seconda degli obiettivi decisi dall'utente;
- percorsi di laboratori formativi e/o espressivi e/o borse lavoro.

CLUSTER 1 (gravità minima 1)

Pazienti con buona autocoscienza, buone capacità espressive, buone capacità di stabilire e mantenere relazioni duali, ma presenza di angosce e/o abuso saltuario.

In tal caso, l'invio potrà essere a un trattamento integrato che preveda:

- una presa in carico ambulatoriale o domiciliare;
- partecipazione a moduli abilitativi che prevedano corsi di specializzazione o inserimento lavorativo;
- invio dell'utente a psicoterapie individuali di tipo dinamico o cognitivo comportamentale, a seconda degli obiettivi decisi dall'utente.

Conclusioni

Nel nostro studio, abbiamo discusso delle cosiddette prove di efficacia dei diversi trattamenti utilizzati nella clinica delle dipendenze. Abbiamo chiarito come tutti i tipi di trattamenti possono essere utili per un Servizio.

La differenza tra la confusione e l'organizzazione funzionale sta nella definizione di linee guida che a seconda dell'Assetto Rappresentazionale Complessivo dell'utente e dei modelli operativi a disposizione del Servizio possano inviare correttamente e specificamente questo o quell'utente a questa o quella forma di terapia psicologica.

Abbiamo proposto delle linee guida e un modello di invio al trattamento integrato dell'utente in carico ai Ser.D.

Le differenze tra le psicoterapie sono una ricchezza. È un bene avere un ventaglio ampio di tecniche a disposizione dei Servizi. Occorre formare operatori che, oltreché preparati in qualche forma di terapia, siano onesti e capaci di organizzare **percorsi di invio non evidence based ma client based.**