

# Smetto quando non voglio: lo smart training orientato DBT per i consumatori di cocaina

B. Bassini\*, D. Lin<sup>^</sup>, G. Giura<sup>o</sup>

## SUMMARY

■ *We report here the experimentation of a group of cocaine users facing two SERDP offices in the province of Bologna enlisted by the reference operators on a “smart” Skills training program of 10 meetings. The candidates were 8 male, with a fluctuating relationship with substances characterized by periods of abstinence and periods of resumption of use often in conjunction with relationship difficulties or emotional crises.*

*All the candidates were socially integrated with a regular job, 3 of them were married with offspring and all had contacted the Relationship Service with a partner or a family member who was the first to see the urgency of asking for help for the dysfunctional behavior of the relative. 4 out of 8 patients were in individual psychotherapy with the group leader who suspended individual interviews in favor of skills training for the entire duration of the group, the others benefited from psycho-social and educational support from a professional educator.*

*All patients underwent the PID 5 test in the diagnostic phase and the pre-treatment phase was treated in terms of opportunity and commitment.*

*After the 10 skills sessions, the patients will be followed up individually by taking the dbt forms and group follow-ups will be organized at 3 and 6 months.*

*The results we report are in terms of frequency (average 66.6%), active participation and evaluation of the experience by problem consumers. ■*

**Keywords:** *Experimentation, Dialectical behavior therapy – DBT, SERDP, Cocaine, Group therapy, Innovation.*

**Parole chiave:** *Sperimentazione, Terapia dialettico comportamentale – DBT, SERDP, Cocaina, Terapia di gruppo, Innovazione.*

La Terapia Dialettico Comportamentale (Dialectical Behavior Therapy-DBT) fa riferimento a Marsha Linehan, professore di Psicologia Clinica presso la Washington University di Seattle (USA) originariamente sviluppato per soggetti con condotte parasuicidarie e in seguito applicato a soggetti con Disturbo borderline di personalità.

Numerosi studi empirici hanno mostrato l'efficacia della terapia dialettico comportamentale che dal 2001 è inclusa nelle linee guida dell'American Psychiatric Association e tra le terapie evidence based delle linee guida NICE dal 2009. Nel corso del tempo la terapia dialettico comportamentale si è adattata ad altre condizioni psicopatologiche in cui la disregolazione emotiva gioca un ruolo importante quali i disturbi alimentari (Telch *et al.*, 2001; Safer *et al.*, 2001)

e la dipendenza da sostanze (Linehan *et al.*, 1999; Linehan *et al.*, 2002; Di Meff, 2012) ma anche della suicidarietà in adolescenza (Rathus e Miller, 2016) e il Disturbo Post traumatico da Stress (PTSD) (Bohus *et al.*, 2017).

La DBT standard prevede terapia individuale e di gruppo (apprendimento di competenze, skills, supporto e confronto dialettico) e la necessità di creare un team multiprofessionale di operatori formati.

Questo modello di riconosciuta efficacia ha spesso trovato difficoltà di applicazione sia nei Centri di Salute Mentale che nei SERDP per l'investimento sul trattamento e la formazione che deve essere deciso e sostenuto dalle Direzioni dei Dipartimenti.

Nel caso dei SERDP, le difficoltà iniziano dalla diagnosi di disturbo borderline di personalità non sempre individuabile quando il paziente è in fase attiva date le alterazioni delle sostanze sul comportamento, l'emotività e le relazioni con l'ambiente ma non mancano anche gli ostacoli organizzativi in Servizi costruiti negli anni '90 e focalizzati

\* Psicologa psicoterapeuta. Incarico di Alta Specializzazione disturbo di personalità e uso di sostanze SERDP SUD Bologna

<sup>^</sup> Educatore professionale SERDP SUD Bologna.

<sup>o</sup> Educatore professionale SERDP Pianura Bologna.

sulla cura dei pazienti eroinomani e sulla somministrazione di farmaci sostitutivi.

Da circa due anni i SERDP a Bologna sono coinvolti all'interno del Dipartimento, nella formazione DBT Regionale e gli operatori sono invitati ad interrogarsi sulle ricadute operative sui Servizi: impostazione e strumenti diagnostici, percorsi terapeutici, interventi di gruppo ed individuali, valutazione di esito.

Sia la nostra Regione che le UOC del Dipartimento sostengono l'attuazione di questo modello nei nostri Servizi e la Regione Emilia Romagna in particolare cura la ricerca in questo campo (linee di indirizzo sui gravi disturbi di personalità 2012 a cura di M. Sanza, ad oggi in aggiornamento).

L'idea di utilizzare alcuni moduli di questo modello di intervento è maturata a seguito dell'ingresso in trattamento di numerosi consumatori di cocaina che ad oggi accettano solo l'intervento psicologico.

Nei Servizi per le Dipendenze Patologiche in Italia si assiste ad un incremento degli accessi per questo tipo di patologia e il consumo di cocaina in Europa è al terzo posto dopo alcool e cannabis (EMCDDA, 2022).

Questi consumatori spesso si rivolgono al Servizio perché spinti dalla famiglia o dal/dalla partner, quando non da "incidenti" stradali o legali e presentano una scarsa motivazione al trattamento, spesso rifiutano la terapia farmacologica che viene loro suggerita dal medico e conservano una visione del Servizio stigmatizzante non riconoscendosi nel tipo di utenza "dipendente" dal SERDP.

Questi consumatori, quando non compromessi cognitivamente o con altre diagnosi in asse 1 del DSM4, solitamente conservano il lavoro, si sentono integrati e appare più che mai importante lavorare con queste persone in termini psicologici, relazionali e motivazionali proponendo percorsi brevi ma intensivi.

Riguardo al trattamento molti sono stati gli autori che, lavorando con questo tipo di utenza, hanno riportato esperienze significative suggerendo alcuni strumenti della terapia cognitivo-comportamentale che consideriamo ad oggi strumenti validi per il monitoraggio del consumo e del craving come l'analisi funzionale e il diario del craving e che hanno sperimentato con successo percorsi brevi e di gruppo (Carrol, 2001; Consoli, 2016; Rigliano e Bignamini, 2009; Cinquegrana e Bussola, 2007).

Riportiamo qua la sperimentazione di un gruppo di consumatori di cocaina afferenti a due sedi SERDP della provincia di Bologna arruolati dagli operatori di riferimento su un programma di Skills training DBT "smart" di 10 incontri.

## I pazienti

I candidati sono stati 8 di genere maschile, con un rapporto altalenante con le sostanze (cocaina e alcol) caratterizzato da periodi di astinenza e periodi di ripresa dell'uso spesso in concomitanza di difficoltà relazionali o crisi emotive.

Tutti i candidati erano e sono integrati socialmente con un'occupazione lavorativa regolare, 3 di loro coniugati con prole e tutti avevano preso contatto con il Servizio per il vincolo con la partner o un familiare che per primo/aveva visto l'urgenza di chiedere aiuto per comportamenti disfunzionali del congiunto.

4 pazienti su 8 erano in psicoterapia individuale con la conduttrice del gruppo che ha sospeso i colloqui individuali a favore dello skills training per tutta la durata del gruppo, gli altri usufruivano del supporto psico-sociale ed educativo da parte dell'educatrice professionale co-terapeuta del gruppo.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti al test PID 5 nella fase diagnostica ed è stata curata la fase pretrattamento in termini di opportunità ed impegno utilizzando le strategie DBT anche in questa fase.

La restituzione dei test è stata curata secondo il modello Good Psychiatric Management di J.G. Gunderson ed è stata utile per trovare insieme al terapeuta un terreno comune di lavoro. Inoltre l'analisi dei test ha dato importanti suggerimenti agli operatori circa i candidati al gruppo e alle caratteristiche di personalità comuni.

La scelta del modello DBT è stata suggerita da:

- comportamenti disregolati emotivamente e disfunzionali;
- difficoltà a gestire il "vuoto": tempo libero che creava ansia e desiderio della sostanza;
- scarsa conoscenza di sé e scarse capacità riflessive;
- tratti (PID5) relative alla labilità emotiva, la depressione e l'anedonia rappresentavano il terreno comune di questi consumatori.

Durante il primo incontro di gruppo è stata mostrata anche la scala di valutazione Zanarini che è stata compilata collettivamente in forma anonima i cui risultati ci mostrano che i pazienti soddisfano 5 su 9 criteri del Disturbo di personalità con chiara prevalenza di rabbia, paranoia, impulsività, instabilità emotiva e relazionale.

Rabbia intensa e inappropriata o difficoltà nel controllare la rabbia	3
Instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore	7
Sentimenti cronici di vuoto	0
Disturbo dell'identità: marcata e persistente instabilità della propria personalità o percezione di se stessi	1
Ideazione paranoide passeggera collegata allo stress o sintomi dissociativi gravi	5
Sforzi frenetici per evitare abbandoni reali o immaginari	0
Ricorrentecomportamento suicidario, o gesti, minacce oppure comportamenti auto-mutilanti	0
Impulsività almeno in altre due aree che sono potenzialmente autodistruttive	7
Casi di relazioni interpersonali instabili ed intensi caratterizzati da alteranza tra eccessi di idealizzazione e svalutazione	6

Considerando questi fattori: impulsività, instabilità affettiva, rabbia e relazioni interpersonali instabili e ambivalenti insieme ai risultati del test PID 5 (labilità emotiva, depressione, angoscia di separazione, anedonia insieme a momenti di insensibilità e grandiosità e tendenza a correre rischi) abbiamo costruito un percorso terapeutico orientato alla DBT rispettando il modello per la *strutturazione della seduta*:

- mindfulness;
- compiti compilati dal paziente infrasettimanalmente;
- momento psico-educativo spiegando e analizzando la skill da apprendere;
- assegnazione e spiegazione delle schede sulle skills da compilarsi per la volta successiva;
- mindfulness finale;
- durata 1h e mezza;
- sede non SERDP.

*Le regole* riguardavano: la frequenza al gruppo almeno dell'80%, l'astensione dall'uso di sostanze, l'uso del cellulare da spegnersi durante la seduta, il rispetto del contesto e dei partecipanti secondo gli assunti DBT (no giudizio, invalidazione, rispetto dei turni di parola).

*Gli obiettivi* riguardavano:

- Una maggior consapevolezza delle emozioni e delle reazioni ad esse o ad eventi stressanti.
- Miglior gestione del craving.
- Aggiustamenti rispetto all'uso.
- Maggiore comunicazione dei propri limiti e dei propri obiettivi.
- Una migliore qualità della vita.
- Migliore gestione dell'impulsività.

*La valutazione* è stata fatta tramite un questionario costruito dagli operatori del team che si è costituito intorno al progetto e che si ritrovava settimanalmente per circa 2 ore.

## Risultati

I risultati sono stati registrati attraverso un questionario costruito dagli operatori e discusso durante l'ultimo incontro. Inoltre è stato effettuato il follow up a distanza di 3 mesi dove è stato predisposto un altro questionario e si è somministrata la scala Zanarini "in uscita" e previsto un altro a distanza di 9 mesi dalla fine del gruppo.

La partecipazione al gruppo è stata in media del 66,6% (5 su 8), i pazienti hanno riconosciuto l'utilità del trattamento in una percentuale del 100%.

Sono risultate utili ai partecipanti tutte le skills: mindfulness, tolleranza alla sofferenza, regolazione emotiva ed efficacia interpersonale e hanno utilizzato in misura maggiore le prime due (mindfulness e tolleranza alla sofferenza).

Le regole sono state accettate e condivise e non si sono verificati comportamenti distruttivi per il gruppo.

I pazienti dichiarano tutti di non aver usato sostanze prima del gruppo.

Gli strumenti suggeriti durante il trattamento che i partecipanti hanno considerato più efficaci sono: il diario delle emozioni, la mindfulness, l'uso del ghiaccio in situazioni di crisi.

I pazienti si sono sentiti compresi nelle loro difficoltà ed hanno riportato di aver sentito gli operatori più vicini emotivamente.

## Suggerimenti dei pazienti partecipanti al gruppo

La catena comportamentale (analisi del comportamento costruendo una sequenza di passaggi dalla vulnerabilità emotiva, ai fatti, alla perdita di controllo) è risultata particolarmente partecipata e gradita.

I pazienti ci suggeriscono un ampliamento di questo momento di riflessione sui loro comportamenti e chiedono per eventuali edizioni successive esercitazioni pratiche sulle skills come il role playing.

Gli operatori continueranno la formazione DBT Regionale e si sono organizzati insieme ad altri operatori del Dipartimento per un calendario di 7 incontri annuali in cui confrontarsi ed approfondire lo studio delle skills (intervisioni).

### Il follow up di gruppo a 3 mesi (Vedi Tabella).

Presenti 3 pazienti su 5.

### N. uso di sostanze negli ultimi 3 mesi (settimanale o mensile)

Tutti riportano una migliore gestione del craving e dei momenti di vuoto e noia.

### Aree riconosciute di miglioramento

Uso di sostanze in termini di riduzione delle assunzioni.

Gestione emotività, capacità di non entrare immediatamente in azione.

Gestione sofferenza e frustrazioni, uso di strategie di tolleranza alla sofferenza.

Gestione vuoto e noia, miglioramento in tutti i partecipanti.

Gestione relazioni interpersonali, modalità comunicative più idonee ai contesti.

Qualità della vita, decisioni a favore: cambio di lavoro, attività fisica.

### Riflessioni

È possibile una migliore qualità della vita.

### Bisogni emersi

Non essere più "incazzato".

Cambiare, cambiare e ancora cambiare.

I pazienti riportano una maggiore capacità di riconoscere le emozioni e darci un nome, riconoscono il valore della validazione, concetto per il quale hanno particolare attenzione soprattutto nell'interazione con i propri figli.

Ricordano inoltre il concetto di mente saggia e della necessità di prendere decisioni in condizioni di equilibrio.

Molti di loro hanno attuato importanti cambiamenti nella loro vita (attività fisica e calo di peso, un cambio di lavoro a seguito di un periodo lavorativo di grande stress) e conservano ad oggi un grande desiderio di cambiamento sulle loro aree disfunzionali.

Rimangono aree critiche per alcuni di loro rispetto alla gestione dell'impulsività e il consumo di sostanze è ancora presente malgrado tutti concordino che gli sforzi fatti hanno diminuito il consumo rispetto ai loro standard.

## Perché investire sulla DBT? Conclusioni e prospettive future

La DBT è senza dubbio un investimento e non è un percorso facile: richiede motivazione, impegno e formazione per gli operatori, chiede ai nostri pazienti dei patti chiari che vanno esplicitati e la possibilità di drop out rimane alta come in altri tipi di intervento. Riteniamo che questa sperimentazione sia stata formativa per noi e utile agli utenti ma rimane l'obiettivo di seguire un protocollo standard e di riuscire a creare un dispositivo di 24 sedute riuscendo ad interagire con altri Servizi del Dipartimento. La fase pretrattamento si è rivelata essenziale per contenere i drop out: tutti i pazienti che hanno "droppato" erano stati inseriti nel gruppo senza il tempo per svolgere questa fase con più calma.

La DBT rimotiva gli operatori al trattamento, crea uno spazio di condivisione profondo tra i professionisti che intervengono sul paziente, ci insegna a non essere giudicanti e a non innescare il pilota automatico.

In questo caso gli operatori hanno acquisito maggiore padronanza dello strumento e hanno goduto di un clima emotivo favorevole, impregnato di emozioni, validazioni e mancanza di giudizio da proporre e sperimentare anche nelle nostre riunioni di Servizio.

Il rapporto di noi operatori e gli utenti è stato ridisegnato sia da noi che da loro e possiamo dire che la DBT riposiziona il nostro ruolo ponendoci a fianco e non di fronte al paziente.

Per gli psicologi, qualsiasi siano i nostri modelli di riferimento, occorre pensare alle diverse sfaccettature della terapia Dialettico Comportamentale, dove è stato possibile in termini psicoanalitici, riuscire a vedere i punti di debolezza del Falso Sé e lavorare a favore di una visione e di sensazioni più autentiche, in un ottica sistemica esce invece dagli stereotipi del consumatore vittima o carnefice.

Il percorso è senza dubbio più lungo della TCC (Terapia Dialettico Comportamentale) ma ci è risultato essere maggiormente collegato alla dimensione emotiva e relazionale, aprendo la possibilità a cambiamenti più profondi ed elaborati.

Rimane comunque il grande valore, che entrambi gli approcci hanno in comune, dell'automonitoraggio del paziente e della sua responsabilizzazione nel percorso terapeutico.

Per i nostri utenti cocainomani questi appuntamenti sono stati una scoperta che hanno accolto con entusiasmo tanto che ci siamo sentiti di proporre per il prossimo anno due tranne di 12 sedute con leader e co-leader che si avvicenderanno tra SERDP e CSM con la possibilità di costruire un team tra i due Servizi.

Le persone del gruppo "Smetto quando non voglio" si dichiarate disponibili a continuare l'esperienza e ad approfondire le skills e questo proposito ci accomuna in vista del raggiungimento dei loro obiettivi e della crescita e dell'innovazione dei nostri Servizi.

## Riferimenti bibliografici

- Carrol K.M. (2001). *Trattamento della dipendenza da cocaina: approccio cognitivo comportamentale*, a cura di A. Consoli. Centro Scientifico.
- Cinquegrana A., Bussola T. (a cura di) (2007). *Cocaina; da piacere a patologia. L'esperienza di un trattamento non farmacologico ambulatoriale*. FrancoAngeli.
- Cinquegrana A., Bussola T., Rigliano P. (2015). *Cura della dipendenza da cocaina. Indicazioni cliniche e organizzative per il trattamento dei pazienti integrati socialmente*. FrancoAngeli.
- European Drug report 2022, EMCDDA.
- Gunderson J.G. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. American psychiatric pub.
- Linehan M. (2015). *DBT Skills Training Manual. Second Edition*. Raffaello Cortina Editore.
- Linehan M. (2015). *DBT Skills Training. Schede e fogli di lavoro*. Raffaello Cortina Editore.
- Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A.M., Brown M.Z., Gallop R.J., Heard H.L., Korslund K.E., Tutek D.A., Reynolds S.K., Lindenboim N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63(7): 757-66.
- Linehan et al. (2006). *NIMH 3 Two-Year Randomized Control Trial and Follow up of DBT*.
- Linehan M.M., Dimeff L.A., Reynolds S.K., Comtois K.A., Welch S.S., Heagerty P., Kivlahan D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1): 13-26.
- Linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna sui DGP (2012).
- Rathus e Miller (2016). *Manuale DBT per adolescenti*. Raffaello Cortina Editore.
- Rigliano P., Bignamini E. (2009). *Cocaina: consumo, psicopatologia, cambiamento*. Raffaello Cortina Editore.
- Safer e Telch (2011). *Binge eating e Bulimia. Terapia dialettico comportamentale*. Raffaello Cortina Editore.
- Sanza M. (2012) (a cura di). *Linee di indirizzo sui Disturbi Gravi di Personalità*. Regione Emilia Romagna.