

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NEI SER.T.

Dr. Alessandro Pigatto

Dr. Luigi Piloni

RUOLO

“Parte sostenuta da un personaggio in novelle, racconti, romanzi, rappresentazioni teatrali o cinematografiche, ecc.” .

(Zanichelli)

Caratteristiche contesto storico culturale – ‘70

- Assenza di modelli di comportamento consolidati e di buoni maestri
- Ricerca di una propria identità professionale e personale
- ✓ Esperienza comune Corso Regionale

Rischi

- Imitare professionalità affini
- Inseguire il farmaco

Punti di forza

- Flessibilità
- Formazione pluralistica
- Competenze nell'ambito dell'antropologia culturale

PRIORITA' (1)

Definire la dipendenza

Comprendere la sofferenza

La persona dipendente

“La persona dipendente è immersa nel dolore, cullata nell’illusione, in rincorsa costante dell’irraggiungibile, manipolatore e scissionista, proiettante e deludente, perdente e aggressivo a volte in modo palese, più spesso in modo nascosto, ma sempre tendente all’ambivalenza tra l’emancipazione autonomistica e il richiamo regressivo della patologia.”

PRIORITA' (2)

**Definire l'intervento
all'interno del SER.T.**

La definizione dell'intervento

- 1. Riferimenti legislativi**
- 2. Esperienza clinica**
- 3. Modelli teorici**

Legislazione (1)

legge 685/1975

- ✓ Rappresenta il primo tentativo di regolamentare l'osservazione e lo studio del fenomeno della tossicodipendenza.
- ✓ E' la prima normativa sulla prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza.
- ✓ Principale aspetto innovativo: dichiarare "non punibile chi illecitamente acquista o comunque detiene modiche quantità delle sostanze ... per farne uso personale non terapeutico" (art. 80).
- ✓ Il tossicodipendente viene considerato "un sofferente" bisognoso di cure. Per la cura e la riabilitazione dei soggetti vengono coinvolti i normali presidi socio-sanitari.
- ✓ Istituisce a livello regionale i Centri Medici e di Assistenza Sociale (comunemente chiamati CMAS, ove alcuni di noi hanno lavorato).

Legislazione (2)

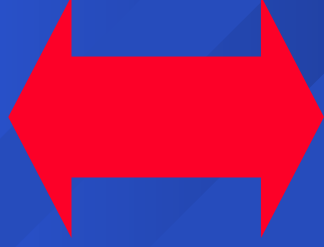
legge 162/1990

- ✓ Delinea gli interventi destinati a fronteggiare la complessità del fenomeno
- ✓ Rende le istituzioni in grado di offrire alla comunità risposte sempre più efficaci
- ✓ Si pone l'obiettivo, non solo di contrastare il traffico e lo spaccio di sostanze stupefacenti e psicotrope, ma anche di prevedere una vasta e articolata gamma di strumenti di recupero e di reinserimento sociale
- ✓ Fa chiarezza circa l'illegalità dell'uso di droga
- ✓ Introduce un più incisivo apporto del "privato sociale" in un rinnovato comune impegno

CENTRI ISTITUITI DALLA LEGISLAZIONE

- **CAD**
- **NOT**
- **CMAST**
- **CMA5**
- **...**

CRESITA PERSONALE



**CRESITA
PROFESSIONALE**

IL PERCORSO OBBLIGATO

In **assenza di teorie consolidate** e **condivise** e di modelli di specifici riferimento

ha prevalso una sorta di **empirismo**, accompagnato da una buona dose di **eclettismo**

che ha spesso portato a **modelli fortemente ideologizzati**

Modello IDEOLOGICO-SOLIDARISTICO

- La relazione terapeutica assume una **connotazione protettiva e paternalistica**, fino ad arrivare a rapporti pseudo amichevoli.
- **molto spazio per l'azione** e poco per la riflessione, rischiando la collusione.
- ✓ Metaforicamente: **genitori perversi e intrusivi**, che non rispettano i confini generazionali.

Modello dell'enfasi psicoterapeutica

- La **psicoterapia** viene usata **come difesa** dal coinvolgimento personale
- L'atteggiamento è **freddo e distaccato**
- Stigmatizza la libertà di **scelta della persona**
- Lo psicoterapeuta utilizza indifferentemente l'**interpretazione**
- Non c'è spazio per l'agire concreto, ma solo per un pensiero **astratto** e meccanico
- ✓ Metaforicamente: **genitori rigidi e distaccati**, incapaci di tenerezza e contenimento.

Modello moralistico-pedagogico-prescrittivo

- Spesso **grupppale**
- La persona, quasi fosse un **peccatore**, viene sollecitato a parlare, a "confessare le sue colpe"
- Non sono ammessi la reticenza e il **segreto**
- L'obiettivo finale è **palingenetico**: il paziente deve diventare una persona nuova

Modello moralistico-pedagogico-prescrittivo

- **Controtransferalmente**, il terapeuta oscilla tra un inebriamento narcisistico da “overdose di **onnipotenza**” e vissuti di totale **fallimento**.
- **Manca il dubbio** ed è privo di originalità e creatività.
- ✓ Metaforicamente: **genitori** costretti ad utilizzare i surrogati **dell'autoritarismo** e **dell'onnipotenza**, non riuscendo ad assumere un'autorità benevola.

**Chiunque sia onesto con se stesso sa
di avere oscillato tra questi approcci, o
perlomeno, di averli presi in
considerazione, tenendo conto che
ognuno di essi ha del buono.**

Caratteristiche psicologo del Ser.T.

- **Duttilità** d'impiego
- Figura **poliedrica** per meglio accogliere e comprendere le diverse forme di sofferenza psichica
- Capacità di integrarsi e di **lavorare in équipe** con le **numeros**e e diverse **figure** che operano nel Ser.T
- Capacità di **collaborare** anche con **servizi differenti**
- Capacità di operare in **contesti diversi**
- Capacità di assumere **punti di vista alternativi**
- Capacità di **confrontarsi** con gli altri in una ottica di **pari dignità**
- ✓ Un buon **esempio**: il Piano Triennale Lotta alla Droga (D.P.R.309)
- Da queste collaborazioni, che scherzosamente potremmo vedere come “**accoppiamenti multipli**”, non nascono mostri ma **creature vitali** in grado di percorrere strade prima sconosciute
- Lo psicologo è **forse la figura più rappresentativa** per la trasmissione di questa esperienza collaborativa

Gli strumenti di lavoro dello psicologo

La relazione

- ❖ E' **indispensabile** creare una relazione con la quale riuscire a soddisfare attraverso gli affetti, i bisogni psichici del paziente stesso
- ❖ In questo senso non solo il metadone, ma anche la relazione diventa una **terapia sostitutiva**
- ❖ La relazione non è solo con il terapeuta, ma **con tutto il Servizio** in un setting allargato
- ❖ Nel Ser.T. di Bassano, da sempre diretto da psicologi, c'è sempre stata una **particolare attenzione all'accoglienza**, al primo contatto con il paziente

Adattamenti e modifiche

- **Gli approcci**, genericamente impostati in senso psicoterapeutico, a favore di interventi più rivolti alla crisi.
- **Il setting**, creando anche sul territorio “**spazi**” e “**momenti**” diversi e multiformi di osservazione e **contatto** con i giovani, in un **continuum dal preventivo al terapeutico**.
- **Esempi**: i CLC, il lavoro con gli Operatori di Strada, gli interventi nelle discoteche, ...

Nodi critici: AIDS

- ❖ Avevamo imparato a fare i conti con la morte: overdose, suicidi, incidenti stradali.
- ❖ A metà degli anni '80, l'AIDS è entrata prepotentemente: la paura della morte ... e del contagio, che non riguardava più solo i nostri pazienti!
- ❖ Potevamo ancora stringere la mano ?
- ❖ Non temevamo forse anche il contagio di emozioni molto più intense?
- ❖ La relazione psicoterapeutica ha rappresentato una possibilità di condividere un segreto, e superare la solitudine che spesso accompagnava drammaticamente la malattia perché, come ci ricorda il poeta J. Donne:

*“Così come la malattia è la sventura più grande, allo stesso modo la sventura più grande della malattia è la **solitudine**”.*

Nodi critici la gestione del “segreto”

RIFERIMENTI

- Leggi ordinarie
- Codice deontologico

N.B.: non si possono trovare sempre soluzioni preconfezionate

- Supervisione

Ambiti applicativi

- **Identità** anagrafica
- **Contenuti** emersi nella psicoterapia

Esempio clinico del segreto

La comunicazione di atti illeciti

Distinguiamo:

- **un atto già compiuto**
- **l'annuncio della volontà di compierlo**

La comunicazione di atti illeciti

**E' importante chiedersi:
“Perché ce lo sta dicendo?”**

- Cerca la nostra *complicità*
- *Mette alla prova la nostra solidità*
- Ci vuole intimidire
- E' una *sfida alla nostra capacità di sopportazione*
- Vuole verificare se siamo in grado di *mantenere questo “segreto”*
- Vuole essere fermato/dissuaso

La comunicazione di un atto già compiuto

Il nostro compito sarà

aiutarlo a **trasformare** i suoi agiti in pensieri che abbiano in sé degli affetti.

Dovremo riconoscere che **ogni atto antisociale** anche come un **atto comunicativo**, che naturalmente **rimanda** alla storia della persona e alla sua **psicopatologia**.

Non dobbiamo colludere, ma nemmeno ergerci a **giudici** e tenere presente che **l'abitudine all'ascolto** di reati, può creare **assuefazione**, e quindi **tolleranza**.

L'annuncio della volontà di compiere un atto illecito

Per quanto **difficile da affrontare** e contenere
può essere **indicativo**
di una raggiunta **capacità di verbalizzare** e
mettere in discussione le proprie intenzioni
prendendone le distanze
offrendo a un terapeuta attento ed accorto e
magari un po' spaventato
la possibilità di aiutarlo a non trasformare
quanto minacciato in atto concreto

Anonimato e minorenni

- ✓ La normativa ne sancisce il diritto
- ✓ Può facilitare l'accesso del minore al Servizio
- ✓ E' d'obbligo comunque rapportarsi con qualcuno rappresentativo in loro vece, cioè il giudice tutelare.

Quasi sempre il desiderio nascosto di un adolescente è che comunque la famiglia partecipi alla cura e che noi possiamo costituire un “ponte” con i familiari

Dopo averne discusso preventivamente con lui non ha in genere le conseguenze catastrofiche temute

SER.T. E “CONTROLLO SOCIALE” (1)

Secondo la Legge Istitutiva dei Ser.T. essi sono sì un luogo di cura ma anche una **struttura di “controllo sociale”** della tossicodipendenza.

Spesso i pazienti provengono da **invarianti istituzionali** come la **Prefettura** e la **Magistratura**.

Il trattamento è quindi **in alternativa** ad una **sanzione amministrativa o penale**.

OBBLIGHI DI LEGGE E TRATTAMENTO

- ✓ Conta molto la nostra **pazienza** nel saper aspettare
- Va explicitato fin dall'inizio, la **possibilità che la sanzione venga applicata**.

Se questo accadrà,
non sarà perché noi abbiamo comunicato
certe informazioni al tribunale,
come d'obbligo,
ma perché il paziente
non ha tenuto fede agli impegni presi.

**Quindi la responsabilità della sua vita e delle sue scelte
rimane tutta sua**

OBBLIGHI DI LEGGE E TRATTAMENTO

Il concetto di responsabilità personale non è per nulla scontato

in una psicopatologia che tende sempre a riportare all'esterno colpe e responsabilità, con conseguenze a volte pericolose per l'operatore stesso.

Ineludibile ed iniziale dato di realtà,
punto di partenza su cui gettare le fondamenta per una solida, duratura,
per quanto all'inizio assai poco ricercata,
alleanza terapeutica

ESSERE “ALLEATI”

non è solo presentare una buona
compliance

(compiacenza/ubbidienza)

ma significa

“sentirsi dalla stessa parte”

aver concordato

luogo-tempo-regole-obiettivi
del processo terapeutico

Per definire i tempi e modi
del processo terapeutico
è fondamentale saper valutare
le risorse delle persone
così da offrire loro occasioni
di cura percorribili
che non li espongano
a sicuri fallimenti

La valutazione preliminare
delle risorse personali e del contesto
L'ASSESSMENT
è una condizione necessaria
per ogni psicologo
indipendentemente dai modelli teorici
di riferimento, che lungi dal dividere
rappresentano risorse sinergiche

Modelli teorici per il trattamento Ser.t. di Bassano del Grappa

- PSICOTERAPIA SUPPORTIVO-ESPRESSIVA
- APPROCCIO MOTIVAZIONALE
- PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

PSICOTERAPIA SUPPORTIVO ESPRESSIVA

Questa **teorizzazione** offre una cornice all'interno della quale considerare gli obiettivi, le caratteristiche e le indicazioni per una **psicoterapia individuale**.

Gli interventi del terapeuta possono essere distinti in **sette categorie** che vanno dal **polo** dichiaratamente **espressivo**, a quello **supportivo**.

PSICOTERAPIA SUPPORTIVO ESPRESSIVA

- **Polo espressivo**

1. Interpretazione
2. Confronto
3. Chiarificazione
4. Incoraggiamento a elaborare
5. Convalidazione empatica
6. Consigli e elogi
7. Conferma

- **Polo Supportivo**

APPROCCIO MOTIVAZIONALE

Il colloquio motivazionale utilizza delle strategie per creare nel paziente una **motivazione al cambiamento**.

La motivazione viene intesa come uno **stato dinamico**, una “**ruota**” che può avere **5 o 6 stadi** secondo il **modello di Prochaska-Di Clemente**.

Stadi del cambiamento secondo il modello di Prochaska-Di Clemente.

- ✓ **precontemplazione**
- ✓ **contemplazione**
- ✓ **determinazione**
- ✓ **azione**
- ✓ **mantenimento**
- ✓ **ricaduta**

principi approccio Motivazionale

- a) esprimere empatia
- b) amplificare le fratture interiori
- c) evitare dispute e discussioni
- d) “rotolarsi” con la resistenza
- e) sostenere il senso di autoefficacia

Perché l'approccio motivazionale nella tossicodipendenza

Questo modello si è reso proponibile per la cura della tossicodipendenza, perché centrato sulle caratteristiche distintive di questa psicopatologia, ovvero la negazione del bisogno e quindi l'assenza di una autentica motivazione al cambiamento.

L'approccio cognitivo-comportamentale

L'approccio cognitivo-comportamentale non si **caratterizza** per specifici contenuti o teorie, ma **per il metodo scientifico sperimentale**: i **modelli teorici** di riferimento non sono dati una volta per tutte, ma si **evolvono continuamente in base a quanto emerge dalla ricerca e verifica scientifica sperimentale**.

L'approccio cognitivo-comportamentale

**La definizione del percorso terapeutico
si basa su criteri di individualizzazione,
coinvolgimento attivo della persona,
verifica costante dei progressi e
flessibilità**

Nel caso delle dipendenze alcune domande fondamentali sono

- “Quale funzione svolge la sostanza (es.: modalità di coping)?
- Cosa mantiene il comportamento di assunzione delle sostanze (es. potere rinforzante)?
- Quale e quanta è la motivazione del cliente ad impegnarsi in un trattamento, secondo le diverse dimensioni correlate (es. concetto di auto-efficacia di Bandura)?
- Quali risorse ha il cliente per produrre un cambiamento (es. abilità sociali possedute)?
- Come definiamo i criteri necessari per una verifica nel tempo del cambiamento? (es. astinenza versus uso controllato)”

La prevenzione delle ricadute

Un apporto importante dell'approccio Cogn. Comp. è rappresentato dal modello di prevenzione delle ricadute di **Marlatt e Gordon**.

CONCLUSIONI

- Il bisogno del paziente rappresenta il punto di partenza sebbene l'utente neghi i suoi bisogni
- Rischioso credersi l'unico, vero conoscitore dei bisogni del paziente.

Il ruolo dello psicologo
richiama quanto teorizzato da **Winnicott:**
un terapeuta “sufficientemente buono”
che sa garantire
holding, handling ed object presentling,
cioè
sostegno, accudimento, capacità di essere presente,
dando le cose che servono al momento e
nel **modo giusto,**
con la giusta dose di **frustrazione**

**Questa presunzione della mamma
sufficientemente buona
che decide arbitrariamente di cosa ha
bisogno il suo bambino,
ci mette in mano un potere
la cui gestione
è sicuramente molto, molto complessa**

**Proprio del nostro ruolo è
offrire una seconda chance
a chi è in difficoltà o
ha fallito
nei suoi primi sforzi di autonomia**

**Winnicott ci dice che
l'infermità mentale è anche
non essere più capaci di trovare qualcuno
che ci sopporti.**

La possibilità di un intervento psicologico è
anche un'offerta da parte di chi
dovrebbe essere disposto a tollerare
quello che ai più pare insopportabile
infondendo loro speranza quando tutti
loro compresi
l'hanno perduta

Grazie per l'attenzione