

## IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NEL SER.T.

### Esperienze di integrazione multidisciplinare

**Dr. Davide Albiero:** Psicologo Psicoterapeuta , Dipartimento delle Dipendenze Az. U.L.S.S. n. 3,  
Bassano del Grappa (VI)

Parlare di integrazione multidisciplinare in una **professione così giovane** fa un po' specie e ci fa interrogare sul fatto se il ruolo dello psicologo sia poi già così definito da poter ben delinearsi rispetto a quello delle altre professioni con cui condivide il campo di lavoro.

Il dr. **Piloni**, nel suo intervento, ha ben descritto il **difficile percorso dello psicologo** nel definirsi all'interno dei servizi per le dipendenze patologiche. Ritengo anch'io che i primi psicologi, che a metà degli anni '70 cominciavano a occuparsi di questi problemi, si trovavano nella difficile situazione di essere privi di ipotesi eziologiche condivise, di distinte identità diagnostiche e approcci terapeutici praticabili e validati nella loro efficacia.

**Oggi però la situazione è in qualche misura diversa:** esiste una esperienza importante nella valutazione e nel trattamento di questi disturbi ed è un obbligo, che definirei deontologico, quello di conoscerla in un'ottica di aggiornamento continuo rispetto a quanto emerge dalla pratica clinica e dalla ricerca scientifica.

Inoltre, molta strada è stata fatta, sia con la definizione dell'albo, sia con altri fondamentali passaggi legislativi e non; tuttavia vi sono ancora degli **aloni di sovrapposizione con altre professioni, soprattutto nell'ambito della valutazione e, meno, nell'ambito del trattamento**. Ritengo infatti che, mentre ciò che lo psicologo fa come psicoterapeuta sia qualitativamente diverso da quello che fanno altre professioni affini, nell'ambito del sostegno psicologico e della **valutazione** le cose siano più sfumate. Proprio in questo ultimo ambito il **confronto** con le altre professioni è **particolarmente proficuo**. Infatti, **ogni professionista vede alcune cose**, diverse dagli altri, in base al proprio particolare punto di vista ed è proprio su queste diversità che è molto utile e costruttivo confrontarsi. E' un atteggiamento errato pensare che il proprio punto di vista sia necessariamente il migliore o il più veritiero. Altre figure, come gli infermieri, che in un Ser.T. distribuiscono il metadone, o gli educatori, che in una comunità seguono gli ospiti nella quotidianità, hanno dei punti di osservazione particolarmente efficaci, che aiutano molto nella definizione di una valutazione valida e attendibile. Penso inoltre che, al di là dell'esperienza e della formazione posseduta, all'interno di ogni equipe, c'è chi ha di per sé molto **"talento"** nel capire e inquadrare le persone che cerchiamo di aiutare. Penso, ad esempio, al talento naturale degli ex-

tossicodipendenti, che nella mia esperienza ho trovato insuperabili rispetto a chi ha conosciuto solo indirettamente il problema della droga.

Certo sono anche molto importanti gli aspetti dell'**esperienza** e della personale **formazione**, che devono portare a una **metodologia** definita che, in un adeguato rapporto “costi-benefici”, permetta di arrivare a produrre delle valutazioni valide ed efficaci. Più avanti descriverò la metodologia che io utilizzo e che si basa su tre strumenti: l'intervista semi-strutturata **ASI** e **i questionari MMPI e MAC**. Ritengo sia qui dove lo **psicologo debba fare la differenza** e cioè negli **strumenti** specifici che utilizza, nei **riferimenti teorici** e nell'**efficacia**. Infatti, dopo un po' che un utente frequenta un servizio o è inserito in una comunità, tutti hanno capito di che tipo di persona si tratta e che cosa ci si può aspettare da lui. Lo psicologo, molto prima degli altri, dopo una valutazione relativamente breve, dovrebbe avere già inquadrato la persona ed essere in grado di dare delle “dritte” agli altri su cosa aspettarsi e come rapportarsi con questa utente. A questo proposito, è molto facile per uno psicologo “bruciarsi”. Basta infatti fare un paio di grossolani errori di valutazione perché i colleghi non considerino più affidabili le sue indicazioni.

Sempre restando sul tema della valutazione, è importante fare una riflessione sia sulle **modalità con cui comunichiamo** agli altri operatori, sia sui contenuti. Il **linguaggio** che utilizziamo è un aspetto sostanziale della nostra capacità di integrarci con le altre figure. E' fondamentale esprimersi in modo che tutti possano capire, anche chi non ha una formazione specifica, come infermieri, assistenti sociali ed educatori perché solo così le idee possono essere condivise ed utilizzate da tutti. Anche rispetto ai **contenuti**, dovremmo saper trasmettere informazioni, che hanno una ricaduta diretta nel lavoro degli altri operatori. Per fare un esempio, servirà abbastanza poco dire a un infermiere o a un educatore che la persona che stiamo trattando ha un disturbo Borderline di personalità, in quanto essi non sono tenuti a conoscere le categorie diagnostiche del DSM. Sarà invece molto utile, se spieghiamo loro che si tratta di una persona impulsiva, manipolativa, che li farà facilmente arrabbiare e che cercherà di non fargli rispettare le regole. Per gli operatori queste informazioni saranno utili e preziose e apprezzeranno di averle sapute in anticipo.

Finora ho parlato di confronto fra diverse figure professionali. In realtà, il confronto c'è anche fra psicologi, che si rifanno a **modelli teorici differenti**, come, ad esempio, quello psicomodinamico e quello cognitivo-comportamentale. La mia formazione è di tipo cognitivo-comportamentale. Qui di seguito, descriverò brevemente gli elementi che distinguono questo modello, sia in generale, sia rispetto allo specifico della tossicodipendenza.

**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.

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

Nel caso specifico della tossicodipendenza, le **domande fondamentali** sono:

- Quale funzione svolge la sostanza (es.: modalità di coping)?
- Cosa mantiene il comportamento di assunzione delle sostanze (es. potere rinforzante)?
- In quale circostanze la persona assume sostanze (es. sotto stress; a seguito di conflitti interpersonali, ...)?
- Quali risorse ha la persona per produrre un cambiamento (es. abilità sociali possedute)?
- Quale e quanta è la motivazione della persona ad impegnarsi in un trattamento, secondo le diverse dimensioni correlate (es. stadi del cambiamento di Prochaska e DiClemente)?
- Come definiamo i criteri necessari per una verifica nel tempo del cambiamento (es. astinenza versus uso controllato)?

In realtà, credo che **molti clinici si possano riconoscere** nei concetti sopra-esposti, al di là dell'approccio di riferimento. Nel trattamento della tossicodipendenza, **nessuno può dire di aver sviluppato tecniche**, che si siano dimostrate **assolutamente superiori** alle altre e tutti siamo alla continua ricerca di modalità, sempre più efficaci, per trattare questo difficile problema.

Da un punto di vista pratico, al di là dei diversi modelli teorici di riferimento, quando si tratta di vedere, usando **l'esperienza clinica e il buon senso**, quale può essere la cosa migliore da fare nell'interesse della persona che stiamo cercando di aiutare, c'è sempre spazio per un **confronto sinergico**. Questa è di fatto **la mia esperienza** quotidiana. Nel Ser.T. dove lavoro, ho diversi casi che condivido con il mio responsabile, uno psicologo psicoterapeuta di orientamento psicodinamico, con il quale c'è un'ottima intesa basata sulla stima e il rispetto reciproco. Vi sono inoltre sempre più concettualizzazioni che mettono assieme orientamenti differenti, che sono ora forse più simili di quanto non siano diversi. A volte il **contrasto è più nelle parole, che nei concetti utilizzati**. Penso ad esempio al concetto squisitamente psicodinamico delle "relazioni oggettuali interiorizzate" ampiamente sovrapponibile a quello cognitivo-comportamentale di "comportamenti e schemi cognitivi appresi". Comunque, di fronte a **problemi simili**, come quello della motivazione al trattamento o la gestione del segreto professionale, pur partendo da approcci diversi, le **soluzioni** sono molto **simili**, perché tutte finalizzate a produrre l'esito migliore. La preoccupazione di tutti gli operatori è di favorire cambiamenti in senso positivo e ciò induce ad assimilare quanto di efficace emerge dalla ricerca scientifica e dalla pratica clinica, al di là poi dell'appartenenza teorica. A questo ritengo sia dovuta la **fortuna di approcci** come il colloquio motivazionale di Miller e Rollnick o il modello di prevenzione delle ricadute di Marlatt e Gordon, o il notevole interesse esercitato dal cosiddetto "approccio evidence-based", che definisce i protocolli di trattamento dimostratisi efficaci secondo la metodologia scientifico-sperimentale.

**Nel caso specifico della tossicodipendenza** però di “**evidence**”, allo stato attuale, c’è solo la **difficoltà comune** di trattare con efficacia questo problema e i risultati sostanzialmente modesti di tutti gli approcci. In verità, **la diversa efficacia**, non la si riscontra tanto nelle diverse tecniche, abbastanza equiparate, ma **nelle modalità relazionali del singolo terapeuta**, nelle sue capacità di prendersi cura della persona sofferente.

L’approccio cognitivo-comportamentale, nato in contrapposizione alle teorie psicoanalitiche, ha cercato di dimostrare l’efficacia delle sue tecniche indipendentemente dalla relazione che si aveva con il paziente, così enfatizzata dalle seconde. Ci è anche riuscito, salvo poi dover ammettere che tecniche di per sé efficaci, lo erano ancora di più in funzione della relazione all’interno della quale venivano applicate.

Come dicevo nel corso di questa relazione, è importante darsi anche un **metodo**, scientificamente fondato e clinicamente efficace in quello che si fa. Rispetto alla **valutazione** iniziale e degli esiti del trattamento, ho trovato un buon compromesso nell’applicazione dei tre strumenti che citavo prima e che **descriverò brevemente qui di seguito**.

### **Una proposta metodologica: ASI-MMPI-MAC**

Nel mio lavoro, al fine di ottenere in maniera sufficientemente attendibile e con impegno di tempo limitato le informazioni sopra esposte, mi avvalgo di tre strumenti:

- 1) L’intervista semi-strutturata ASI, che occupa il tempo di un normale colloquio (40/50 minuti)
- 2) Il questionario auto-compilato MMPI, che richiede circa un’ora alla persona valutata e altri venti minuti per l’elaborazione dei punteggi.
- 3) Il questionario, sempre auto-compilato, MAC, che occupa solo una decina di minuti.

#### ***1 Intervista ASI***

L’A.S.I. (Addiction Severity Index) consiste in un’intervista semi-strutturata costruita appositamente per essere utilizzata con persone con problemi di alcool o droga. In questa intervista vengono esplorate sette aree potenzialmente problematiche: 1) Condizione Medica, 2) Condizione Lavorativa, 3) Uso di Alcool, 4) Uso di Droga, 5) Status Legale, 6) Relazioni Familiari e Sociali, 7) Stato Psicologico. Vi sono inoltre delle domande specifiche rispetto ad argomenti come: tentativi di suicidio, ricoveri psichiatrici, sintomi psicotici, comportamenti violenti o illegali, precedenti trattamenti, ...

I tempi necessari per la somministrazione sono compresi fra i 40 e i 50 minuti, a seconda della complessità del caso. Questa intervista può essere applicata anche da figure professionali quali educatori o assistenti sociali, purché adeguatamente formati.

E' stato dimostrato che un adeguato abbinamento fra paziente e programma terapeutico effettuato sulla base dei dati raccolti attraverso l'A.S.I. rende possibile aumentare l'efficacia dell'intervento stesso.

## **2 L'MMPI**

L'MMPI è uno degli strumenti più utilizzati sia per la ricerca che per la diagnosi psicopatologica. L'MMPI consiste in un questionario auto-compilato, che permette di ottenere una serie di informazioni sia sull'attendibilità del test stesso, sia sulla presenza di disturbi o tratti psicopatologici. Personalmente lo ritengo complementare all'ASI, in quanto approfondisce e verifica in maniera efficace gli eventuali sintomi psichiatrici presenti nella persona valutata. Infatti l'ASI, pur essendo costruito per raccogliere tutte le informazioni fondamentali rispetto a un soggetto tossicodipendente e/o alcolista, permette una valutazione "psicologica" solo per gli elementi più vistosi, che possono essere colti anche da una persona che non ha una specifica formazione clinica, come, ad esempio, una grave depressione o il fatto che vi siano stati dei precedenti ricoveri per disturbi psicologici o emotivi.

## **3. Il MAC**

Il MAC/E permette di valutare, in maniera rapida ed obiettiva, il livello di motivazione al cambiamento nelle dipendenze da eroina e all'uso di alcool e cannabinoidi.

Questa è una informazione molto importante per poter definire una proposta terapeutica che possa avere le massime probabilità di essere accettata e quindi portata avanti con continuità ed efficacia.

La versione da noi utilizzata è quella relativa all'uso di eroina realizzata e validata da Spiller e Guelfi (1998), composta da 28 item, a cui la persona deve rispondere secondo una scala Likert a cinque livelli, che indica il grado di accordo o disaccordo con il contenuto della frase.

Nella concettualizzazione degli autori, l'analisi dei fattori motivazionali che spingono al cambiamento viene effettuata valutando tre aspetti distinti, a cui corrispondono determinati raggruppamenti di item:

- 1) Quanto la persona si sente pronta a cambiare, mediante la collocazione negli stadi del cambiamento (Prochaska e DiClemente, 1986);
- 2) Quanto ritiene di essere in grado di cambiare, mediante una valutazione della fiducia nelle proprie possibilità (in riferimento al concetto di autoefficacia: Bandura, 1977;1982);

3) Quanto forte sente la spinta al cambiamento, mediante una valutazione dell'intensità della frattura interna (Miller e Rollnik, 1991).

Il quadro teorico di riferimento è dato dall'approccio motivazionale (Spiller e Guelfi, 1998) che, da una valutazione del livello di motivazione, sviluppa un modello di intervento che, con atteggiamenti e tecniche definite, permette di intervenire attivamente sulla motivazione della persona, stimolandone, se necessario, un accrescimento ed aumentando la sua disponibilità ad accettare il trattamento più opportuno (Miller, 1985).

Gli stadi di cambiamento (Prochaska e DiClemente, 1986) a cui si fa riferimento al punto 1) sono i seguenti:

- a) *Precontemplazione*: l'uso della sostanza è ego-sintonico e non viene riconosciuto come un problema
- b) *Contemplazione*: emerge una ambivalenza rispetto all'uso;
- c) *Determinazione*: viene attivamente cercata una soluzione al problema
- d) *Azione*: la persona agisce la soluzione che ha scelto di intraprendere
- e) *Mantenimento*: dopo un certo periodo di tempo (circa sei mesi) le nuove abitudini si possono consolidare fino ad un eventuale definitivo abbandono del problema;
- f) *Ricaduta*: in qualsiasi fase del processo può verificarsi un ritorno a fasi precedenti e un riemergere del comportamento-problema.

Rispetto al punto 2) si fa riferimento al concetto di autoefficacia come concettualizzato da Bandura (1977; 1982) ovvero come la fiducia di un individuo nella propria capacità di attuare un comportamento specifico, che gli permetta di raggiungere un obiettivo specifico in un tempo determinato.

Per "frattura interiore" di cui al punto 3) si intende la percezione delle contraddizioni esistenti fra la propria attuale condizione ed importanti aspirazioni, valori e mete ideali (Scaglia, Spiller, Guelfi, 1996).

La situazione ottimale si verifica per valori intermedi sia di auto-efficacia, che di frattura interiore. Questo perché valori eccessivamente elevati o bassi possono comunque portare a non intraprendere il trattamento.

Il tipo di intervento da fare, l'atteggiamento terapeutico più adatto dovranno infine essere calibrati rispetto allo stadio in cui la persona si trova.

## **Conclusioni**

E' ormai fatto assodato che la **complessità dei problemi** collegati alle dipendenze patologiche necessiti l'intervento di una **equipe multiprofessionale**, che deve agire in maniera unita e integrata. Questo è particolarmente vero per le dinamiche innescate dalle modalità relazionali disturbate del **tossicodipendente** in genere, che **tende a contrapporre** un professionista all'altro e a disturbare gravemente le comunicazioni fra gli stessi. Questa è la modalità più comune che il tossicodipendente utilizza per mettere in scacco l'equipe. Tutti i professionisti coinvolti ne devono **essere consapevoli e agire in maniera sinergica**, in un'ottica di pari dignità, seppur nella propria specificità, in maniera da produrre un intervento coerente e integrato, che ne garantisca la massima efficacia. Chi è **massimamente responsabile** della fluidità e trasparenza nei processi comunicativi e collaborativi è la figura che ne ha fatto propria precipua materia di studio, cioè lo **psicologo**. Ritengo essere nostra responsabilità aiutare, con la nostra **specificità formazione e sensibilità**, la comunicazione fra le diverse figure professionali, agendo per la soluzione dei conflitti, la chiarificazione degli equivoci e il confronto costruttivo ed efficace.

## INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE

- 1) Albiero D., Altafini P., Serragiotto S. (1999), *Etica dei Servizi per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche*. La Professione di psicologo nel Veneto; (16), 28-29.
- 2) Albiero, D., Zanusso, G., (1998), *L'Addiction Severity Index (A.S.I.): uno strumento per l'assessment del tossicodipendente*. Noumen (20), 25-47.
- 3) Bandura A. (1977), *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change*. In: Spiller V. e Guelfi G. P.. *La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E*. Boll. Farmacodip. e Alcolis. 1998; XXI (2), 7-16.
- 4) Bandura A. (1982), *Self-efficacy mechanism in human agency*. In: Spiller V. e Guelfi G. P.. *La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E*. Boll. Farmacodip. e Alcolis. 1998; XXI (2), 7-16.
- 5) Bennardo A. & Consoli A. (1995),. *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo - Addiction Severity Index*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- 6) Del Corno F., Lang M. (1993), *Psicologia Clinica: La diagnosi testologica*. FrancoAngeli, Milano.
- 7) Gabbard, G. O. (1995) *Psichiatria Psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- 8) Hathaway S.R. e J. C. McKinley, (1997), *MMPI-2 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- 9) Lis A., Venuti P., De Zordo M. R. (1991), *Il colloquio come strumento psicologico*. Giunti, Firenze.
- 10) Lyddon W. J. e Jones J. V. (2002), *L'approccio evidenced-based in psicoterapia: Protocolli di trattamento sperimentalmente validati*. McGraw-Hill, Milano.
- 11) Manganelli R. A. M. (1990), *Il Questionario: aspetti teorici e pratici*. CLEUP, Padova.
- 12) Martin G. W., Wilkinson (1993), *Considerazioni metodologiche circa la valutazione dei trattamenti per le tossicodipendenze*. Basis, 3, 7/9.
- 13) McBurney H. D. (1986), *Metodologia della ricerca psicologica*. Il Mulino, Bologna.
- 14) Meazzini P., Battagliese G. (1995), *Psicopatologia dell'handicap*. Masson S.p.A, Milano.



- 15) Miller W. R., Rollnick S. (1991), *Motivational interview, Preparing People to Change Addictive Behaviour*. In Spiller V. e Guelfi G. P.. *La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E*. Boll. Farmacodip. e Alcolis. 1998; XXI (2), 7-16.
- 16) Miller W., Rollnick S. (1994), *Il colloquio di motivazione*. Erickson, Trento.
- 17) Mosticoni R., Chari G. (1979), *Una descrizione obiettiva della personalità: Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*. Edizioni Organizzazioni Speciali, Firenze.
- 18) Prochaska e di Clemente (1986), *Toward a comprehensive model of change*. In Spiller V. e Guelfi G. P.. *La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E*. Boll. Farmacodip. e Alcolis. 1998; XXI (2), 7-16.
- 19) Rubini V. (1984), *Test e misurazioni psicologiche*. Il Mulino, Bologna.
- 20) Sanavio E. (1991), *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- 21) Scaglia M., Spiller V., Guelfi V. (1996), *Studio sulla frattura interiore nel soggetto tossicodipendente: variazioni della discrepanza, collegamenti con il processo del cambiamento, implicazioni terapeutiche*. In: Spiller V. e Guelfi G. P.. *La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E*. Boll. Farmacodip. e Alcolis. 1998; XXI (2), 7-16.
- 22) Spiller V. e Guelfi G. P.. *La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E*. Boll. Farmacodip. e Alcolis. 1998; XXI (2), 7-16.
- 23) Trentini G. et Al. (1989), *Teoria e prassi del colloquio e dell'intervista*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- 24) Zanusso, G., Giannantonio, M. (1996), *Tossicodipendenza e comunità terapeutica: Strumenti teorici ed operativi per la riabilitazione e la psicoterapia*. FrancoAngeli, Milano.