

# LA RESIDENZIALITA' NELLA DIPENDENZA I FUTURI SCENARI NEI PERCORSI DI CURA

Servizio Residenziale Terapeutico Riabilitativo

Paolo Costantino

Responsabile UFM SERT FI/A

Dipartimento delle Dipendenze

Azienda Sanitaria Firenze

# SERVIZIO RESIDENZIALE TERAPEUTICO – RIABILITATIVO

- Minori e giovani adulti
- Donne in Gravidanza e Puerperio
  - “Doppia Diagnosi”
- Definizione – Classificazione 1165

# TERAPEUTICO

- **Accezione ristretta**: cura una malattia, un disturbo?  
Se si, cosa?  
Con quali mezzi terapeutici ?
- **Accezione estensiva**: procura giovamento?  
Se si, cosa?

Il programma terapeutico, l'ambiente comunitario,  
entrambi variamente combinati?



# Riabilitativo

- **Recupero** di una funzione compromessa?

No, credo sia non appropriato.

- **Ri-Abilitare**: processo di soluzione dei problemi con la finalità di far raggiungere al paziente il miglior livello di vita possibile sul piano psicofisico, funzionale, sociale ed emozionale. Restituire alla società soggetti temporaneamente esclusi per la dipendenza da droghe.

Non uno studio sistematico ma  
una riflessione clinica sui casi  
trattati dal 1988 ad oggi

DURATA DEI PROGRAMMI:

**MINIMA 1 GIORNO**

**MASSIMA 9 ANNI E 9 MESI**

# PERIODO INIZIALE

## 1988 - 1999

- **EROINOMANI MONODIPENDENTI**
- **PROGRAMMI NON SUPPORTATI DA TERAPIE FARMACOLOGICHE** (non rispondenti alle Linee Guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della Dipendenza da Oppiacei ma prevalentemente coerenti con il contesto ideologico).
- **PROGRAMMI DERIVATI DA COSTRUTTI COMPORTAMENTALI BASATI SUL CONTROLLO DEL SINTOMO, LINEARI E SCHEMATICI**  
(prevalentemente difensivi: il paziente doveva adattarsi al programma , le resistenze espulse).



# Lo stato psicofisico iniziale

- Disturbo del ritmo circadiano del sonno, disturbo transitorio della memoria, disturbi psicofisiologici vari correlati all'astinenza, craving.
- Difese di basso livello caratterizzate da meccanismi di Acting Out (molti agiti), Aggressione passiva, Ritiro nell'apatia, Scissione dell'immagine del sé o degli altri, Diniego/Negazione, Idealizzazione, Onnipotenza, Svalutazione.
- Molti comportamenti antisociali aggressivi (furti, scippi, spaccio) correlati a sostanza con pesanti conseguenze giudiziarie.
- Labilità del tono dell'umore, litigiosità.

## Le caratteristiche del PT

- Pedagogico
- Comportamentale: controllo dei sintomi
- Prevalente lettura sociologica del fenomeno

# Le risorse di contesto

Operatori precari ma motivati ed entusiasti: incalcolabile il tempo concesso al lavoro.

Clima interno positivo, coesione di gruppo.

Sperimentazione

Famiglie invischiate, traumatizzate, semplici, affettive ma presenti e collaboranti (terapia sistemica relazionale / strutturale).

Solidarietà Sociale, Istituzionale, Politica.

Adeguate opzioni formative/occupazionali.

Buone opportunità di reinserimento sociale.



# PERIODO INTERMEDIO

2000 – 2008

- POLITOSSICODIPENDENZA ( **cocaina** )
- TERAPIE FARMACOLOGICHE

## "I profilo comportamentale "

- Dalla litigiosità alla sospettosità con distorsione dell'esperienza / sensibilità eccessiva ai contrattempi / tendenza a portare rancore persistentemente.
- Iperattività / irrequietezza

## “Il profilo comportamentale”

- Relazioni interpersonali caratterizzate da una forte intensità ed instabilità emotiva con cambiamenti repentini di umore, dipendenza, fuga, odio e risentimento.
- Sentimenti cronici di vuoto.
- Rabbia immotivata e intensa.
- Sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono.
- Instabilità affettiva ( disforia, irritabilità, ansia ) di breve durata.

# Dal tossicodipendente "classico / stereotipato" al tossicodipendente maladattivo?

- Disturbo Paranoide
- Comportamento ipervigile causato dall'abuso di cocaina che evidenzia un assetto temperamentale fragile, compromesso.
- Disturbo Borderline
- Ideazione paranoide sotto stress
- No comportamenti suicidari  
automutilazioni



## ■ PROCESSO TRASFORMATIVO LAVORO

- Individuale degli Operatori per relazionarsi efficacemente con i pazienti avendo chiari gli schemi cognitivi da essi continuamente proposti.
- Di gruppo, per ricercare un buon funzionamento capace di metabolizzare i potenti fenomeni scissionali a cui va incontro. Neutralizzare le tempeste affettive per evitare comportamenti controtransferali di rifiuto.

Gli operatori imparano, faticosamente, a relazionarsi con i pazienti tenendo conto dei loro schemi cognitivi:

- Il mondo è pericoloso e malevolo;
- Sono impotente e malevolo ( una vittima );
- Sono inaccettabile ( nessuno mi vuole bene, se l'operatore non è immediatamente disponibile è perché non vuole interessarsi a me );
- Pensiero dicotomico ( bianco / nero, o va tutto bene o va tutto male, non ci sono sfumature ).

# LA RELAZIONE TERAPEUTICA

- Responsabilizzazione
- Centratura sul paziente
- Gestione delle resistenze
- Orientamento al cambiamento
- Negoziazione dei vari percorsi di trattamento e di ri-abilitazione



**RILEVANZA DELLA CLINICA**  
**REGRESSO DELL'IDEOLOGIA**

**FIRENZE 9 – 12 OTTOBRE 2003**

**I Congresso Mondiale in Italia  
sui Disturbi di Personalità**

**ISSPD** "International Society for the Study of Personality Disorders"

**AISDP** "Associazione Italiana per lo Studio dei Disturbi di Personalità"

- Famiglie **disimpegnate**, a volte **disorientate**, frequentemente **disorganizzate**
- Istituzioni contraddittoriamente presenti.
- Percezione sociale delle droghe.
- Legge Fini – Giovanardi.

# PERIODO ATTUALE

2009 – 2014

- POLITOSSICODIPENDENZA:

psicostimolanti – benzodiazepine - alcol

- Disturbi cognitivi sfumati sottosoglia.
- Disturbi del comportamento alimentare.
- Gravi comportamenti di ritiro sociale / chiusure relazionali indotte da fobie ed inibizione affettiva.
- Famiglie evitanti, ambivalenti, a volte ostili.



# VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLA PERSONALITA'

Perché la personalità influenza la prognosi, la gestione e il rischio di sviluppo di vari disturbi mentali e fisici attraverso un suo effetto su:

- Comportamenti di ricerca d'aiuto
- Adesione alle cure
- *Coping styles*
- Assunzione di rischi
- Stile di vita
- Alleanza terapeutica

- Perché, inoltre, diverse configurazioni di aspetti di personalità risultano correlate secondo modalità specifiche con differenti Disturbi di Personalità.
- Ciò significa che la valutazione della personalità non solo arricchisce il quadro diagnostico, consentendo di conoscere meglio una serie di modalità di funzionamento della persona, ma fornisce anche informazioni utili per la validazione diagnostica, l'impostazione del trattamento e la prognosi.
- Valutare la personalità è una questione di assessment, quindi di valutazione sistematica, standardizzata, quantitativa.

# SCENARI FUTURI





*Struttura Intermedia*

*Integrazione per Moduli*

*Grazie*