

Il Counseling Individuale nella Dipendenza da Cocaina

Una guida per il trattamento individuale
della dipendenza da cocaina
attraverso il counseling
cognitivo comportamentale

Edizione italiana a cura del



**DIPARTIMENTO
POLITICHE
ANTIDROGA**

Il Counseling Individuale nella Dipendenza da Cocaina

Una guida per il trattamento individuale
della dipendenza da cocaina
attraverso il counseling
cognitivo comportamentale

Testo originale:
Mercer D.E. Woody G.E. "*Individual Drug Counseling*"
Therapy Manuals for Drug Addiction Series N. 3, NIDA, 1999.
www.nida.nih.gov

Traduzione e adattamento a cura di:
Francesco Maselli e Antonia Cinquegrana
Dipartimento Dipendenze ASL Brescia
Annalisa Rossi
Dipartimento Dipendenze ULSS 20 Verona

Supervisione scientifica:
Giovanni Serpelloni
Capo Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Editing e copertina:
Diana Candio e Alessandra Gaioni

Pubblicazione "no profit" – Gennaio 2009
Vietata la vendita

Presentazione dell'edizione italiana

L'aumento dei consumi della cocaina, soprattutto nel mondo dei giovani-adulti, ha colto impreparati i sistemi socio-sanitari di risposta, sia per quanto riguarda gli aspetti preventivi che quelli terapeutici.

In particolare, le strutture e gli operatori del settore si sono trovati in pochi anni a dover affrontare un nuovo fenomeno che presenta aspetti molto diversi rispetto alla dipendenza da eroina, non solo per quanto concerne l'area della prevenzione ma anche la cura e la riabilitazione.

Con questo strumento di consultazione, pratico ed immediato, ho ritenuto indispensabile promuovere e sostenere, anche avvalendomi della collaborazione di prestigiosi centri di ricerca internazionali, come il National Institute on Drug Abuse, le conoscenze degli operatori e la diffusione di informazioni chiare, accreditate e utili per fronteggiare con competenza questo nuovo pericolo per la salute delle persone.

Senatore Carlo Giovanardi

Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri

con delega alle politiche per la famiglia, al contrasto delle tossicodipendenze e al Servizio Civile

Premessa

Questo manuale tecnico realizzato dal National Institute on Drug Abuse americano sull'approccio del counseling nel trattamento della dipendenza da cocaina, descrive le terapie più efficaci e scientificamente supportate dell'approccio cognitivo comportamentale per il trattamento individuale del cocainismo.

Al fine di favorirne la diffusione si è ritenuto utile curarne la traduzione in lingua italiana, affinché gli operatori e i professionisti che operano nell'ambito delle tossicodipendenze possano disporre di linee guida internazionali basate sulla ricerca scientifica. L'attività di divulgazione scientifica, la diffusione di informazioni accreditate e di risorse professionalmente utili e la pubblicazione di linee guida rientrano, infatti, tra i numerosi compiti del Dipartimento Politiche Antidroga.

Un ringraziamento particolare va ai curatori e ai collaboratori dei Dipartimenti delle Dipendenze che hanno collaborato e grazie ai quali è stato possibile concretizzare la versione italiana di questo manuale.

Dr. Giovanni Serpelloni
Capo Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri

INDICE

1. Introduzione

Introduzione	11
Supporto alla ricerca	11
Filosofia del trattamento	12
I contributi dell'approccio dei 12 passi	12
Il ruolo dei gruppi di auto-aiuto	13
Il ruolo di altre persone significative nel trattamento	14

2. Informazioni generali

Informazioni generali su questo approccio di counseling	15
Confronto tra il counseling e la psicoterapia	15
Approcci simili e dissimili	17
Compatibilità con altri trattamenti	17

3. Logistica del modello

Frequenza e durata delle sessioni	19
Durata del trattamento	19
Popolazione target	20
Il setting	20

4. La valutazione

La valutazione	21
L'indice di gravità della dipendenza	21
I campioni biologici	21

5. Il ruolo del counselor

La relazione paziente – counselor	23
L'alleanza terapeutica	24
Comportamenti da evitare	24

6. Il modello di counseling individuale per la tossicodipendenza

Scopi ed obiettivi del Counseling individuale	27
Fasi del trattamento	28

7. Inizio del trattamento

Inizio del trattamento	31
Gli obiettivi	31
Argomenti di discussione durante il trattamento	31
La negazione	31
L'ambivalenza	32
Gli incontri introduttivi	33

8. L'astinenza iniziale

L'astinenza iniziale	35
Gli obiettivi	35
Gli argomenti da affrontare durante il trattamento	36
La dipendenza e i sintomi associati	36
Persone, luoghi e cose	37
Organizzare il proprio tempo	38
Esempi di programmi	39
Craving	41
Situazioni ad alto rischio	41
Pressione sociale all'uso	42
La condotta sessuale compulsiva	42
I sintomi astinenziali post acuti	43
Utilizzo di altre droghe	43
La partecipazione a gruppi dei 12 passi	43

9. Il mantenimento dell'astinenza

Il mantenimento dell'astinenza	47
Obiettivi	47
Argomenti del trattamento	48
Gli strumenti per prevenire la ricaduta	48
L'identificazione del processo di ricaduta	49
Le relazioni nel processo di guarigione	50
Lo sviluppo di uno stile di vita drug-free	52
La spiritualità	54
Vergogna e colpa	54
L'inventario personale	55
I difetti caratteriali	56

L'identificazione e l'appagamento dei bisogni	57
La gestione della rabbia	58
Il rilassamento e il tempo libero	59
Il lavoro e la gestione del denaro	60
Il passaggio ad altri comportamenti compulsivi	61
10. La guarigione avanzata	
La guarigione avanzata	63
La conclusione	63
Incontri di potenziamento del trattamento	64
Obiettivi degli incontri di potenziamento	64
11. Affrontare i problemi che si presentano	
Gestire il ritardo o la mancata presenza	65
Negazione, resistenza o scarsa motivazione	65
Strategie per affrontare le crisi	66
Gestire la ricaduta	66
Livelli di gravità della ricaduta	66
Le scivolate	67
Diversi giorni di utilizzo	67
Utilizzo prolungato e ripristino dello stato di dipendenza	67
12. Caratteristiche e formazione del counselor	
Caratteristiche personali ideali del counselor	69
Formazione richiesta	69
Credenziali ed esperienza richiesti	69
Counselor che hanno avuto in passato esperienze di tossicodipendenza	70
13. La supervisione	
La formazione e la supervisione	71
L'uso della scala di aderenza	71
14. Bibliografia	
Bibliografia	73
15. Appendice	
Scala aderenza-competenza per Drug Counseling Individuale (IDC)	77

1. INTRODUZIONE

Introduzione

Questo manuale vuole essere una guida per counselor delle dipendenze per il trattamento individuale della dipendenza da cocaina.

Il modello di counseling qui descritto è stato sviluppato originariamente per il suo utilizzo all'interno del collaborative Cocaine treatment Study (Mercer and Woody 1992) sponsorizzato dal National Institute on Drug Abuse. E' nato per il trattamento ambulatoriale di pazienti in programma drug free e in programma di trattamento metadonico (Woody et al. 1977). La filosofia dei 12 passi e la partecipazione hanno un ruolo centrale in questo modello. Inoltre, sono presenti i contributi di clinici e teorici in questo campo come Alan Marlatt, Terrene Gorski, Dennis Daley e Arnold Washton.

Questo modello di counseling individuale può essere considerato come una componente di un più vasto programma di trattamento ambulatoriale per la Dipendenza da cocaina.

Può essere offerto indipendentemente dagli altri trattamenti ed essere punto di riferimento per altri tipi di intervento, a seconda dei casi.

Supporto alla ricerca

Il "Collaborative Cocaine Treatment Study" è stato un ampio studio che ha riguardato quattro centri del nordest degli Stati Uniti nei quali si è misurata l'efficacia di quattro tipi di trattamento psicosociale per la dipendenza da cocaina. Il modello di counseling individuale qui illustrato è stato sviluppato per un utilizzo specifico nell'ambito di questo studio. Sono stati assegnati in maniera random 487 adulti affetti da dipendenza da cocaina al drug counseling individuale accompagnato dal drug counseling di gruppo, alla terapia cognitivo comportamentale e al drug counseling di gruppo, alla psicoterapia psicodinamica supportivo espressiva e al drug counseling di gruppo, oppure al solo drug counseling di gruppo (Crits-Christoph et al. 1997).

Le sessioni di terapia individuale si tenevano due volte la settimana per tre mesi, successivamente una volta alla settimana per tre mesi. Le sessioni di terapia di gruppo si svolgevano una volta a settimana per sei mesi. I risultati hanno dimostrato che i pazienti nei diversi gruppi di trattamento riducevano l'uso di cocaina in maniera significativa e, comunque, i pazienti che ricevevano il drug counseling individuale riducevano l'uso più rapidamente ed in maniera ancor più sostanziale dei pazienti negli altri gruppi di trattamento.

Filosofia di trattamento

Secondo la filosofia che è alla base del counseling individuale (DCI), la dipendenza è una malattia complessa che danneggia il paziente fisicamente, mentalmente e spiritualmente. Proprio per la natura solistica di questa malattia, la terapia ottimale deve tener presente i diversi bisogni del paziente: fisici, emotivi, spirituali e interpersonali.

La filosofia di questo approccio comprende due importanti elementi: il riconoscimento della dipendenza come malattia e la dimensione spirituale del processo di guarigione. Queste caratteristiche differenziano questo tipo di trattamento dagli altri e riflettono l'influenza della filosofia dei 12 passi.

Il modello di malattia considera sostanzialmente la dipendenza come un male su cui è possibile esercitare uno scarso controllo, o addirittura nessuno, a differenza di altri comportamenti che uno sceglie di mettere in atto. La ricerca recente ad indirizzo biologico suggerisce una componente genetica nella dipendenza da alcol e da altre sostanze e mette in risalto i cambiamenti fisiologici nel cervello conseguente all'uso di stupefacenti (Bloom 1992; Heinz et al. 1998).

L'elemento della spiritualità è molto generale e non si ispira a nessuna religione in particolare. Tre dei principi fondamentali, presi dalla filosofia di Narcotici Anonimi, sono l'onestà, l'apertura mentale e la volontà. Questa componente spirituale implica un processo di guarigione in atto e l'astinenza dalla sostanza è soltanto il primo passo piuttosto che l'obiettivo finale. Viene incoraggiata la prospettiva solistica nell'individuo, il che suggerisce che la guarigione comporta un ritorno al rispetto di sé attraverso l'onestà con se stessi e con gli altri. La spiritualità presuppone inoltre il credere in qualcosa di più grande di se stessi, in coerenza con alcuni dei più recenti modelli di psicoterapia. Il ruolo della spiritualità nel processo di guarigione comunque, nell'ambito del counseling per la tossicodipendenza, tende ad essere maggiormente evidenziato rispetto agli altri orientamenti terapeutici.

I contributi dell'approccio dei 12 passi

Secondo numerosi autori (es. Galanter e Pattison 1984; Waston 1989) i gruppi dei 12 passi hanno un ruolo importante nel trattamento della dipendenza. Storicamente, i programmi dei 12 passi sono fortemente collegati alla guarigione dall'abuso alcolico e dalla tossicodipendenza. Dalla loro introduzione nel 1935 si stima che un milione di persone abbiano raggiunto la guarigione attraverso i programmi degli Alcolisti Anonimi. Si stima inoltre che più di 100.000 tra uomini e donne in tutto il mondo siano coinvolti, in ogni momento, nei programmi degli A.A. (AA World Services, Inc. 1986).

Comunque, né la filosofia dei 12 passi né le sue procedure sono correlate intrinsecamente all'alcol. Gli A.A. hanno sviluppato numerosi programmi di recupero per altre dipendenze o per altri problemi emotivi. I Narcotici Anonimi sono un programma di 12 passi derivato dagli A.A. La

differenza principale tra i due è che N.A. è un programma più globale in quanto comprende la dipendenza da qualsiasi altra sostanza in grado di alterare l'umore. Cocaina Anonima (CA) è un gruppo più piccolo che si occupa in modo specifico di dipendenza da cocaina, come dice il nome stesso. N.A. e C.A hanno la stessa filosofia e le stesse credenze degli A.A. L'idea di base è che la maggior parte degli aspetti della dipendenza da sostanze siano trascendenti, piuttosto che specifici, per ogni determinata sostanza. L'ideologia dei dodici passi offre ai pazienti in cerca di guarigione un nuovo *modus vivendi*, o stile di vita, che li supporterà nell'interruzione del ciclo della dipendenza e nel mantenere l'astinenza. La forza e l'utilità dell'approccio dei 12 passi deriva da più punti. Ogni situazione può essere gestita con efficacia applicando i principi derivati da più di 60 anni di vita della filosofia dei 12 passi.

Essenzialmente questi passi suggeriscono un approccio di crescita nei processi di recupero dalla dipendenza. Sono organizzati in modo tale da portare gli individui motivati alla guarigione, ad introdurre gradualmente nella loro vita dei cambiamenti, dai più semplici ai più complessi. I racconti di altre persone che lottano contro la dipendenza offrono spunti convincenti per supportare l'individuo in cerca di guarigione. Lo aiutano a fare un raffronto con la propria esperienza di tossicodipendenza e a riconoscere i danni che questa ha procurato a sé e ai suoi cari. Questo approccio prevede inoltre che gli individui affetti da dipendenza riconoscano l'esistenza di un potere superiore e includano questo credo nella loro vita, anche solo per il fatto che è stato dimostrato che contribuisce alla guarigione (Galanter and Pattison 1984).

Il ruolo dei gruppi di auto-aiuto

La partecipazione ai gruppi di auto-aiuto costituisce uno strumento prezioso per la guarigione, probabilmente non per tutti, ma per molti. Aiuta gli individui a sviluppare una rete di supporto sociale al di fuori del loro programma di trattamento, insegna le abilità necessarie al recupero ed aiuta i pazienti a prendersi la responsabilità della loro guarigione. La partecipazione ad un gruppo fornisce un senso di appartenenza e può fornire un nuovo senso d'identità a persone la cui identità principale era quella di un alcolizzato o di un tossicodipendente.

Nel Collaborative Cocaine study, è stata studiata la partecipazione a gruppi di auto-aiuto prima del trattamento per vedere se questo permetteva di predire l'astinenza in 519 pazienti dipendenti da cocaina che sarebbero poi entrati in trattamento (Weiss et al. 1996). Il 34% aveva partecipato ad almeno uno degli incontri di auto-aiuto nella settimana precedente e di questi, l'85% aveva partecipato attivamente al programma attraverso la lettura della letteratura sui 12 passi, o l'incontro con una persona di supporto o la testimonianza durante un incontro. Si è scoperto che il 51% dei partecipanti ai gruppi di auto-aiuto era astinente dalla sostanza, mentre tra i non partecipanti solo il 40% era astinente. Inoltre la partecipazione attiva sembra essere molto più efficace del semplice assistere ai gruppi: il 55% dei partecipanti attivi ha raggiunto l'astinenza, di

coloro che assistevano soltanto il 38%, di coloro che non avevano partecipato affatto il 40%. A.A. e N.A. sono risultati i gruppi di auto-aiuto più frequentati, probabilmente perché più diffusi rispetto a C.A. e ad altre organizzazioni a 12 passi.

Oltre ad incoraggiare i pazienti alla partecipazione ai gruppi di auto-aiuto almeno tre volte a settimana e a trovarsi un interlocore di sostegno, il counseling educa il paziente all'ideologia dei 12 passi incorporando molti concetti nei contenuti del programma. Presentando e promuovendo numerosi dei concetti dei 12 passi, il programma espone le idee ai pazienti restii a partecipare agli incontri in quel determinato momento.

Nell'ambito delle sedute di counseling sono affrontati concetti quali: vincere la negazione, evitare persone, luoghi e cose che possono indurre il craving, tenere un inventario personale, lavorare sui difetti caratteriali, includere la spiritualità come elemento di guarigione. Dovrebbe essere incoraggiata la partecipazione a qualsiasi programma riconosciuto di auto-aiuto, indipendentemente dal fatto che sia a 12 passi o meno. I pazienti potrebbero orientarsi verso vari gruppi di auto-aiuto non basati sulla filosofia dei 12 passi o verso gruppi religiosi, secondo le loro preferenze individuali e secondo la disponibilità a livello locale. L'approccio a 12 passi è comunque, in linea di massima, il più noto, e i gruppi che seguono questo metodo sono più diffusi di altri. Questo è il motivo principale per cui questo programma è divenuto parte integrante della guarigione di numerosi tossicodipendenti. Ci si focalizza perciò più sui programmi a 12 passi che su altri e si attinge a questo metodo nel counseling.

Il ruolo di altre persone significative nel trattamento

Questo modello di counseling non è centrato essenzialmente sul ruolo degli altri membri della famiglia nel trattamento. Questo non perché il coinvolgimento familiare sia un elemento di scarso rilievo, ma perché il counseling individuale non vuole essere un trattamento omnicomprensivo. I membri della famiglia possono avere un ruolo cruciale nella guarigione.

In generale, possono facilitare il processo di recupero sia i partner che i familiari, anche gli amici stretti per es. nell'ambito di sedute familiari. Incoraggiare la partecipazione della famiglia può aiutare il paziente a crearsi una migliore rete di supporto (Galanter 1986) e può ridurre comportamenti di codipendenza e situazioni che facilitano la dipendenza e che tendono ad ostacolare la guarigione del paziente. Questo permetterà al counselor di intervenire in situazioni familiari problematiche che potrebbero facilitare la ricaduta.

2. INFORMAZIONI GENERALI

Informazioni generali su questo approccio di counseling

Il drug counseling individuale si focalizza sui sintomi della dipendenza e sulle relative aree disfunzionali del comportamento, oltre che sul contenuto e sulla struttura del programma terapeutico in atto. Questo modello di counseling prevede una revisione periodica ed enfatizza i cambiamenti comportamentali. Fornisce al paziente delle strategie di gestione dei problemi e degli strumenti per la guarigione, promuove la filosofia dei 12 passi e la partecipazione ai gruppi. L'obiettivo primario è quello di assistere il paziente nel raggiungere e mantenere l'astinenza da sostanze stupefacenti e da comportamenti di dipendenza. L'obiettivo secondario è aiutare il paziente a riprendersi dai danni che la dipendenza ha prodotto nella sua vita.

Il counseling aiuta il paziente, in primo luogo, a prendere coscienza del proprio problema e dei pensieri irrazionali ad esso associati. Successivamente, il paziente è incoraggiato a raggiungere e a mantenere l'astinenza e a sviluppare le competenze psicosociali e lo sviluppo spirituale necessari per proseguire il percorso verso la guarigione, che è un processo che dura tutta la vita.

All'interno di questo modello di counseling, il paziente è il vero artefice del cambiamento. È il paziente che deve assumersi la responsabilità di lavorare proficuamente per raggiungere l'obiettivo attraverso un programma di guarigione. Il paziente, anche se la guarigione è fondamentalmente una sua responsabilità, va incoraggiato a cercare fortemente il supporto di altri, tra cui il counselor e altri operatori addetti al trattamento, lo sponsor, compagni drug free o comunque in via di guarigione e membri della famiglia.

Praticamente, la tossicodipendenza è considerata una modalità maladattativa, di varia eziologia, di far fronte ai problemi della vita. Talvolta sfocia in compulsività e porta ad un progressivo deterioramento della vita di un individuo. L'utilizzo compulsivo di droghe è la tossicodipendenza, definita come malattia. Danneggia la persona fisicamente, mentalmente, e spiritualmente.

Confronto tra il counseling e la psicoterapia

Nel protocollo di ricerca per il quale il counseling individuale era stato originariamente sviluppato, era estremamente importante chiarire il confine tra counseling e psicoterapia. È stato fatto un confronto tra counseling e psicoterapia per vedere quale dei due interventi risultava più efficace per il trattamento della dipendenza da cocaina. Nella pratica clinica comunque, il confine tra i due è spesso non ben definito. Per agevolare la comprensione della differenza tra counseling e psicoterapia, sono qui analizzati gli elementi distintivi dell'uno e dell'altro.

Il counseling è centrato sul raggiungimento di *obiettivi a breve termine*. Benché il raggiungimento di un'astinenza continuata supportata da un cambiamento dello stile di vita non sia un obiettivo a

breve termine, la filosofia di "un giorno alla volta", propria dei 12 passi, determina un modo di procedere a breve termine che porta ad un cambiamento graduale dello stile di vita.

Gli obiettivi del counseling sono sempre *direttamente collegati alla guarigione dalla dipendenza*. Per esempio, un obiettivo appropriato per il paziente potrebbe essere quello di porre termine ad una relazione sociale disfunzionale che ha favorito l'uso di stupefacenti; sarebbe invece inopportuno per il paziente andare a lavorare su aspetti che derivano da una relazione patologica con un genitore in tenera età.

Un altro obiettivo adeguato del counseling sarebbe quello di far prendere coscienza dell'impatto che l'umore disforico ha sul proprio uso di sostanze e di sviluppare strategie per contrastare questo stato d'animo che non prevedano l'uso di sostanze. Sarebbe tuttavia poco opportuno fare un'analisi cognitiva dei pensieri alla base della disforia.

Il counselor cerca di offrire al paziente strategie di comportamento concrete per facilitare il processo di guarigione. Tra queste sono comprese: l'evitamento di situazioni in grado di stimolare l'uso di sostanze, la partecipazione a gruppi di auto-aiuto, l'abbandono o il cambiamento di situazioni o relazioni che contribuiscono alla dipendenza.

Infine, il counseling si focalizza principalmente sul presente, piuttosto che sul passato. Il counselor potrebbe acquisire familiarità con alcuni momenti significativi della storia di un individuo, ma non imposterebbe gli interventi per comprendere le conseguenze di eventi passati, eccetto forse per quegli eventi che sono associati alla dipendenza.

Di seguito viene riportato un confronto tra il counseling e un modello tipico di psicoterapia, che comprende metodi psicodinamici e terapia cognitiva, insieme ad altri approcci. Non tutti i modelli di psicoterapia comunque, sono in linea con questo modello semplificato.

Counseling per la Dipendenza	Psicoterapia
Obiettivi a breve termine	Obiettivi a breve e a lungo termine
Obiettivi comportamentali	Obiettivi cognitivi, emotivi e comportamentali
Obiettivi strettamente correlati alla dipendenza	Obiettivi correlati a tutti gli aspetti della guarigione
Attenzione al presente	Attenzione al passato e al presente

Approcci simili e dissimili

Diversi altri approcci utilizzati nel trattamento della dipendenza sono piuttosto simili al modello di counseling qui presentato. Probabilmente il più simile è il modello Minnesota, oppure quello definito comunemente approccio Hazelden. Un altro noto tipo di approccio simile è il modello CENAPS (Gorski 1989). Il modello a 12 passi (Nowinski et al. 1994), sviluppato nell'ambito dello studio MATCH (Project MATCH Research Group 1993), finanziato dal National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, è anch'esso simile per la sua enfasi sulla filosofia dei 12 passi e per la partecipazione ai gruppi.

Altri approcci sono differenti, ad esempio l'approccio Synanon fornito in comunità terapeutica. La differenza non riguarda il contenuto che potrebbe, infatti, essere simile, ma il contesto in cui ha luogo, che essendo quello della comunità terapeutica, prevede probabilmente un intervento più strutturato, punitivo e confrontazionale. Il nostro approccio inoltre, è fatto ad hoc per il trattamento ambulatoriale, non vi è quindi la possibilità di una immersione totale in comunità, che è in genere considerato un intervento di grande efficacia.

Un altro approccio dissimile sia nella filosofia che nel contenuto è il modello psicoterapico che non si focalizza principalmente e in modo specifico sul cambiamento comportamentale della persona dipendente, come le terapie psicoanalitiche o psicodinamiche, tra le quali la terapia supportivo-espressiva (Luborsky 1984; Marck and Luborsky 1992) e la terapia interpersonale (Rounsaville et al. 1985).

Compatibilità con altri trattamenti

Questo approccio di counseling è fortemente compatibile con altre forme di trattamento per la dipendenza, ed è tale perché appositamente studiato per essere posto all'interno di una serie più complessa di trattamenti. Tale programma di trattamento probabilmente includerebbe iniziali valutazioni di tipo medico e psicosociale, se necessario la detossificazione, la partecipazione a terapie di gruppo, se opportuno servizi psichiatrici e medici, un gruppo di supporto familiare, possibilmente counseling lavorativo e la partecipazione ad un programma di auto-aiuto contemporaneamente al counseling individuale.

Questo approccio di counseling comunque, si presta bene all'utilizzo associato ad altri tipi di trattamento presso strutture private, ad es. terapie familiari, o di coppia o terapie alternative. Il modello può essere anche facilmente coordinato con interventi di tipo farmacologico sia per il trattamento della dipendenza che della comorbidità psichiatrica. Talvolta le persone in trattamento per dipendenza da cocaina, oltre al counseling, ricevono farmaci antidepressivi per gestire i problemi di comorbidità depressiva. Un tipo di counseling simile è stato utilizzato in associazione al naltrexone prescritto per la dipendenza alcolica.

Una situazione più complessa si presenta quando il paziente in cura per la dipendenza viene trattato anche per un problema psichiatrico con un farmaco con potenziale di abuso. Per esempio, un paziente con dipendenza da cocaina e comorbidità di attacchi di panico potrebbe essere trattato in maniera legittima per il panico con benzodiazepine. In questi casi è particolarmente importante, quando è prevista la prescrizione di farmaci, chiarire al paziente che l'astinenza da sostanze psicoattive non comprende i farmaci prescritti in modo legittimo.

3. LOGISTICA DEL MODELLO

Frequenza e durata delle sessioni

La frequenza ottimale delle sessioni di counseling è due volte a settimana, perlomeno inizialmente. Più di due volte a settimana può risultare pesante per il paziente che può avere impegni lavorativi, familiari e sociali. Meno di due volte a settimana può essere insufficiente per creare un forte senso di legame, di supporto e di monitoraggio che è utile alla persona che sta lottando per guarire. La frequenza necessaria dipende in gran parte dalla rete di supporto già presente nella vita di una persona e dalla sua capacità di crearsene una nuova e di dedicarsi ad attività salutari.

Quando è stato sviluppato questo modello di counseling per lo studio, le sessioni di counseling si svolgevano due volte a settimana dalla prima alla dodicesima settimana e poi si riducevano ad una volta alla settimana dalla tredicesima alla ventiquattresima settimana.

Al completamento del trattamento, dopo 24 settimane, le sedute di rinforzo venivano ridotte. Le sedute di rinforzo aiutano il paziente a mantenere più a lungo le conquiste fatte. Anche sedute di controllo sporadiche, magari una volta al mese, tendono a ricordare al paziente l'obiettivo e possono aiutarlo a percepirsi supportato e monitorato.

Settimane	1-12	13 -24	25 -36
Sessioni a settimana	2	1	0.25

Nel modello di counseling individuale, ciascuna sessione dovrebbe durare circa 45 minuti, a meno che il paziente non arrivi in ritardo, nel qual caso la durata della sessione viene ridotta.

È responsabilità del counselor fissare gli appuntamenti e, nel caso in cui il paziente non si presenti, provvedere il prima possibile ad una nuova programmazione.

Il counselor dovrebbe sempre essere puntuale e ricordarsi che la relazione di counseling è una relazione professionale e che il paziente va trattato con rispetto.

Durata del Trattamento

Questo modello ha una durata di tempo limitata, con 36 sessioni programmate nell'arco di 6 mesi. È difficile stabilire la durata ottimale di un trattamento di counseling per la dipendenza o di una qualsiasi altra terapia poiché dipende molto dalla motivazione e dai progressi del paziente. Sei mesi rappresentano un buon lasso di tempo, superiore ad alcuni programmi, anche se inferiore rispetto alla durata standard di un modello di trattamento in una struttura privata.

Il vantaggio di un trattamento limitato nel tempo è il fatto che il paziente sa di dover strutturare la sua guarigione avendo a disposizione soltanto una determinata quantità di sessioni.

Nella terapia a tempo limitato, il counselor dovrebbe evidenziare bene al paziente la durata del trattamento durante le sessioni introduttive e, insieme, counselor e paziente dovrebbero programmare la conclusione del trattamento e il raggiungimento degli obiettivi nel tempo a disposizione.

Inoltre, in prossimità della conclusione del trattamento il counselor dovrebbe ricordare al paziente il termine imminente. Giunti al termine, counselor e paziente dovrebbero stabilire un piano e degli obiettivi in modo tale che il paziente abbia un'idea di come orientarsi alla fine del trattamento.

Popolazione target

Il counseling individuale per la dipendenza è stato messo a punto per una popolazione adulta maschile o femminile con dipendenza da cocaina, ma può essere utilizzato anche per persone che, oltre alla cocaina, utilizzano o hanno una dipendenza da altre sostanze, con la sola eccezione degli oppiacei trattati con mantenimento metadonico. Un counseling simile sarebbe adatto per pazienti cocainomani in corso di mantenimento metadonico, con le opportune modifiche. Inoltre, sebbene questo particolare tipo di approccio sia indirizzato in modo specifico alla gestione dei sintomi astinenziali post acuti della dipendenza da cocaina, tutte le altre tematiche generali di intervento (tutte eccetto specifiche informazioni sulla cocaina) possono essere utilizzate nel trattamento anche di altre dipendenze.

Alcuni pazienti necessitano di interventi più robusti rispetto a questo tipo di counseling o rispetto ad altri trattamenti focalizzati sulla dipendenza. Per esempio, gli individui con doppia diagnosi e una psicopatologia importante spesso necessitano di un trattamento differente rispetto a quello previsto da questo tipo di approccio. Il counseling comunque, può essere utilizzato in associazione alle terapie farmacologiche per altri problemi psichiatrici; talvolta viene utilizzato nell'ambito di un pacchetto di offerta nel quale un counselor si focalizza sulla dipendenza mentre un clinico, in genere uno psicologo o uno psichiatra, si occupa della psicoterapia e/o delle terapie farmacologiche per far fronte ad altri problemi psichiatrici.

Il setting

Questo counseling è stato ideato all'interno di un programma ambulatoriale per la dipendenza, ma potrebbe essere adattato tranquillamente anche all'interno di un programma residenziale o di un programma di trattamento intensivo. A tale scopo basterebbe mantenere la struttura e il contenuto delle sessioni modificando, invece, la loro frequenza e la durata complessiva del trattamento. Il counseling individuale ha una durata di sei mesi e prevede 36 sessioni durante la fase di trattamento attivo, e una sessione al mese di follow up per altri tre mesi. In genere, i trattamenti ambulatoriali intensivi di un giorno sono più brevi, ma più frequenti.

4. LA VALUTAZIONE

La valutazione

L'entrata in trattamento prevede necessariamente una valutazione complessiva della condizione del paziente, dei problemi specifici, dei bisogni medici e psichiatrici, e dello status psicosociale. Spesso, nei protocolli di ricerca, questa operazione viene effettuata dallo staff della ricerca prima dell'inizio del counseling. In molti altri contesti invece, è il counselor ad avere la responsabilità di completare la valutazione psicosociale oltre che di raccogliere l'anamnesi nelle prime due sedute.

L'indice di gravità della dipendenza (addiction severity index)

Il principale strumento di valutazione utilizzato di routine nel counseling per la dipendenza è l'indice di gravità della dipendenza (ASI) (McLellan et al. 1992). Si tratta di un'intervista che valuta l'uso di sostanze e i problemi connessi negli ultimi 30 giorni. Viene completata quando il paziente entra in trattamento per stabilire il punto di partenza e identificare le aree dei bisogni e successivamente misurare il cambiamento in determinati momenti di follow up. L'ASI valuta sette aree relative alla dipendenza: l'uso di sostanze, l'uso di alcol, problemi medici, problemi psichiatrici, problemi legali, problemi sociali/familiari, problemi lavorativi. Richiede circa 45 minuti per la somministrazione iniziale e 25 – 30 minuti per quelle successive.

I campioni biologici

Le uniche procedure di valutazione che sono previste necessariamente nel counseling per la dipendenza sono l'uso riferito e alcune forme di campioni biologici. Il test di screening più comunemente utilizzato è quello delle urine, in grado di verificare l'uso di sostanze oltre che di altri farmaci. Viene effettuato lo screening delle più comuni sostanze d'abuso tra cui gli oppiacei, la cocaina, le benzodiazepine, le anfetamine, i barbiturici e la cannabis. È possibile identificare quando un paziente riceve un farmaco a base oppiacea o una benzodiazepina per scopi curativi, come nel caso del metadone, e abusa al tempo stesso anche di eroina. I tempi di permanenza delle varie droghe e dei loro metaboliti nelle urine sono infatti diversi. L'alcol viene testato attraverso la prova del palloncino per la sua convenienza, il suo costo ridotto e per la sua immediatezza. Esistono anche altri metodi che comportano vantaggi e svantaggi ma che sono generalmente meno utilizzati nel trattamento della dipendenza.

Nel trattamento ambulatoriale, l'uso di sostanze riferito dal paziente dovrebbe essere supportato dall'esame delle urine e da altre forme di campioni biologici. Il counselor ha maggiori capacità di monitorare la guarigione del paziente e di assicurarsi dell'onestà del paziente nel riferire l'uso di

droghe. In genere, il paziente avverte che la supervisione attenta del counselor è di supporto alla sua guarigione e lo dissuade dal mentire a se stesso e agli altri. Inoltre, il paziente che lotta per raggiungere la guarigione apprezza spesso il feedback concreto del test delle urine. Il counselor dovrebbe sempre ricordarsi di dare al paziente un feedback del drug test il prima possibile e cogliere ogni opportunità fornita dall'esito positivo del test per complimentarsi con lui per i suoi progressi.

5. IL RUOLO DEL COUNSELOR

La relazione paziente - counselor

Il ruolo del counselor nel trattamento della dipendenza è quello di fornire sostegno, formazione e confronto senza dare giudizi. Deve stabilire un buon rapporto con il paziente. Il paziente deve avere la sensazione di essere compreso e di avere un alleato. Il counselor deve saper trasmettere al paziente di essere cosciente dei suoi sforzi e la necessità che egli venga supportato durante tutto il processo di guarigione.

La metafora dell'autostoppista e della guida è utile per concettualizzare la relazione paziente – counselor. Il counselor guida il paziente almeno attraverso le prime fasi della guarigione, ma il processo di guarigione alla fine appartiene al paziente. È solo il paziente il vero responsabile del proprio processo di guarigione. Il counselor deve aiutare il paziente a focalizzare il concetto della responsabilità personale. Nel confronto dovrebbe avere un atteggiamento supportivo piuttosto che punitivo.

Deve trovare una via di mezzo tra l'essere direttivo e lasciare al paziente l'autogestione. Questo processo risulta facilitato se il counselor struttura i propri incontri lasciando spazio alla discussione degli ultimi esiti dei test urinari, e dell'andamento generale del processo di guarigione e di eventuali ricadute.

Il counselor sceglie e presenta l'argomento dell'incontro, basandosi su ciò che sembra essere più rilevante per il paziente. A volte può essere utile che il counselor faccia pressione diretta ed esplicita affinché il paziente modifichi alcuni comportamenti, ad es. spingendo alla frequentazione dei gruppi dei 12 passi.

Il paziente viene comunque, incoraggiato all'autogestione. Per esempio, rispetto al saper far fronte alla pressione sociale all'uso di droga, il paziente viene aiutato dal counselor a trovare le migliori strategie per gestire questo problema.

Se il paziente risulta incapace di modificare alcuni aspetti del comportamento additivo, ad es. mettersi in situazioni a rischio, il counselor deve accettarlo e aiutarlo ad analizzare le varie situazioni in modo tale da portarlo, la volta successiva, ad agire diversamente, in modo migliore. Il counselor dovrebbe scoraggiare comportamenti regressivi che potrebbero riportare alla dipendenza. Dovrebbe esserci un equilibrio tra il rispetto e l'accettazione del paziente e una pressione costante verso l'astinenza e la guarigione.

L'alleanza terapeutica

Il counselor dovrebbe creare un senso di partecipazione ad una collaborazione e ad una partnership. Questo obiettivo si può conseguire in tre modi.

Per prima cosa il counselor dovrebbe avere una conoscenza approfondita della dipendenza e dello stile di vita dei tossicodipendenti. In secondo luogo, per quanto esperto egli sia, deve sapere che è il paziente il vero esperto nel discutere la propria vita. Il counselor deve ascoltare con attenzione, enfatizzare in modo efficace ed evitare un atteggiamento giudicante. In terzo luogo, il counselor dovrebbe trasmettere al paziente che ha un alleato nel difficile processo verso la guarigione.

Ognuno di questi approcci dovrebbe aiutare a rinforzare l'alleanza terapeutica e a rendere collaborativi la relazione.

Generalmente gli interventi più utili, che facilitano una forte alleanza terapeutica, sono quelli in cui il counselor ha un atteggiamento di ascolto attivo e quelli che enfatizzano la collaborazione (Luborsky et al. 1997). Per esempio, quando un paziente riferisce di una ricaduta, il counselor potrebbe dire "esaminiamo che cosa è avvenuto e mettiamo a punto insieme un piano per evitarlo la prossima volta". Questo tipo di linguaggio sottolinea lo sforzo combinato nella relazione.

Se all'inizio l'alleanza terapeutica sembra essere debole, il counselor può adottare questa strategia per far fronte al problema: chiedere al paziente cosa non funziona nella loro relazione o quale sia, secondo il paziente, l'ostacolo alla loro relazione.

Spesso il paziente sa benissimo cosa potrebbe migliorare la relazione ma, per non si sa quale motivo, non si sente di parlarne fino a quando non è il counselor a tirare fuori l'argomento. Perché si abbia un miglioramento, il counselor dovrebbe accettare le osservazioni del paziente e possibilmente cambiare il tipo di approccio. Questo non significa dover modificare le modalità di base dello stile di trattamento oppure l'intera filosofia alla base dell'intervento ma semplicemente modificare il proprio stile interpersonale per migliorare l'alleanza.

Comportamenti da evitare

Il counselor deve evitare di avere un atteggiamento giudicante rispetto ai comportamenti additivi del paziente. Dopo tutto, se il paziente non fosse affetto da dipendenza da sostanze non sarebbe lì in primo luogo, perciò prendersela con il paziente per il suo comportamento non ha molto senso.

Inoltre, il paziente prova spesso vergogna e senso di colpa per le sue condotte. Per superare questi sentimenti il counselor dovrebbe incoraggiare il paziente a parlare con onestà del suo uso di droga e di altri comportamenti compulsivi e ad accettare ciò che gli viene detto.

Il counselor dovrebbe essere rispettoso del paziente e sempre professionale, arrivando puntuale agli appuntamenti e non rivolgendosi a lui in maniera denigratoria o irrispettosa. Inoltre, dovrebbe evitare di aprirsi troppo. Solo se questo avviene occasionalmente può essere d'aiuto al paziente per aprirsi o per motivarlo vedendo in lui un modello. Un'eccessiva apertura sposta invece

l'attenzione del paziente dalla sua guarigione. Prima di farlo comunque, è buona norma che il counselor abbia un obiettivo preciso del suo intervento e poi analizzi il motivo per cui sceglie di rivelarlo in quel determinato momento. Nel dubbio è meglio astenersi.

Infine, i counselor devono essere consapevoli quando i problemi del paziente vanno a stimolare propri aspetti personali e cercare di slegarsi dal proprio contesto nel dare delle risposte. Per es. un counselor, per il quale è stato estremamente importante rompere con persone tossicodipendenti, ora che ha un paziente con un partner tossicodipendente che non vuole separarsi da lui/lei, deve essere flessibile e rispondere in maniera creativa alla percezione del paziente del suo problema. Non deve insistere rigidamente sul fatto che la separazione da tutte le persone tossicodipendenti sia l'unica strada percorribile per arrivare alla guarigione. In generale, la proiezione riflessiva, non critica dei bisogni del counselor sulla situazione del paziente può essere dannosa, o comunque, controproducente.

6. IL MODELLO DI COUNSELING INDIVIDUALE PER LA TOSSICODIPENDENZA

Scopi ed obiettivi del Counseling Individuale

Il Drug counseling si occupa: 1) dei sintomi della dipendenza da stupefacenti e delle aree disfunzionali ad essa connesse; 2) del contenuto e della struttura del programma di recupero in corso. Nel corso del programma di counseling il counselor:

1. aiuta il paziente ad ammettere di avere un problema di tossicodipendenza.
2. Mette in evidenza i segnali e i sintomi della dipendenza che riguardano il paziente.
3. Insegna al paziente a riconoscere e a ri-orientare il suo desiderio di sostanze.
4. Incoraggia e motiva il paziente a raggiungere e a mantenere l'astinenza.
5. Controlla ed incoraggia l'astinenza attraverso il test delle urine.
6. Discute con il paziente eventuali episodi di ricaduta.
7. Aiuta il paziente ad identificare le situazioni in cui è ricorso all'uso di sostanze stupefacenti per far fronte ai problemi quotidiani e a rendersi conto della inutilità di questo.
8. Aiuta il paziente a sviluppare nuove e più efficaci strategie di problem solving.
9. Presenta al paziente la filosofia dei 12 passi e incoraggia fortemente la partecipazione ai gruppi AA, NA.
10. Esorta il paziente ad intraprendere un percorso di guarigione che dura per l'intera vita.
11. Aiuta il paziente a riconoscere e a modificare atteggiamenti e comportamenti problematici che possono favorire una ricaduta.
12. Incoraggia il paziente a migliorare la sua autostima esercitando le abilità di coping e le strategie di problem solving apprese.

Le sedute di counseling hanno una struttura ben definita, ma il contenuto dipende molto dal paziente. All'interno di questa struttura la gestione della discussione è nelle mani del paziente. Si cerca di tener presenti i bisogni individuali del paziente in tutte le fasi del trattamento pur riconoscendo i molti tratti comuni della dipendenza e del processo di guarigione. Ogni persona è unica, anche se spesso gli schemi di comportamento delle persone dipendenti da cocaina tendono a ripetersi. È importante valutare sia gli aspetti personali che quelli più generali.

Fasi del trattamento

Le fasi di trattamento qui descritte sono le seguenti:

1. inizio del trattamento;
2. astinenza iniziale;
3. mantenimento dell'astinenza;
4. guarigione avanzata.

Proprio come la teoria delle fasi dello sviluppo, anche la teoria delle fasi del recupero è soltanto un modello. Gli individui superano le diverse fasi secondo un loro ritmo, le fasi spesso si sovrappongono tra loro anziché distinguersi. I soggetti possono ricadere in determinati momenti e possono aver bisogno di rielaborare le fasi precedenti. Questa teoria ritiene comunque utile avere un modello cui fare riferimento per sapere a che punto del trattamento è il paziente e quali azioni è necessario intraprendere per procedere.

Il trattamento per la dipendenza varia a seconda dei soggetti e deve essere modellato sui bisogni del paziente che spesso cambiano nel corso del processo di recupero. Il trattamento deve essere graduale così come graduale è il processo di guarigione del paziente. Il counseling ottimale dovrebbe essere sensibile ai bisogni in continua evoluzione dei pazienti. Il counselor, per garantire un approccio graduale, deve affrontare diversi argomenti nel corso del trattamento, adottare diversi tipi di interventi, e mantenere il paziente ad un livello di responsabilità differente man mano che procede verso la guarigione.

In ogni incontro

Preparazione dell'incontro

Il counselor deve prepararsi ad ogni incontro controllando i risultati degli esami delle urine recenti, rivedere gli argomenti trattati nell'incontro precedente. Il counselor deve comprendere la natura graduale del trattamento ed avere familiarità con gli argomenti che sono adatti per quella fase del processo di guarigione. In sintesi:

1. controllare le urine;
2. ripassare gli argomenti dell'ultimo incontro;
3. prepararsi a discutere gli argomenti adatti a quella determinata fase del trattamento.

Durante ogni incontro

All'inizio di ogni incontro il counselor dovrebbe chiedere al paziente come sono andate le cose dall'ultimo incontro e se ha fatto uso di stupefacenti. L'eventuale ammissione di aver utilizzato droghe va annotata. Se il paziente ha avuto una ricaduta, il counselor ed il paziente analizzeranno

insieme gli elementi che l'hanno generata e pianificheranno insieme strategie che possano in futuro evitarla. Questo processo può occupare anche l'intero incontro.

Se il soggetto si presenta con problematiche relative a dinamiche familiari o economiche urgenti correlate all'utilizzo di stupefacenti, il counselor affronterà innanzitutto questi problemi nel corso dell'incontro. Bisognerà mettere in evidenza come questi problemi siano connessi all'uso di sostanze. Scopo fondamentale sarà elaborare strategie per gestire questi problemi senza ricorrere all'uso di sostanze. La perdita del lavoro, la malattia di una persona cara o gravi problemi nelle relazioni sentimentali richiederanno una certa attenzione durante il counseling. L'obiettivo principale dell'incontro è comunque quello di promuovere la sua guarigione dalla dipendenza, non trovare la soluzione agli altri problemi del paziente.

Il counselor dovrebbe sempre dare un feedback al paziente rispetto ai risultati delle sue recenti analisi delle urine. Nel caso in cui il test risulti positivo alla cocaina, il counselor dovrebbe confrontarsi con il paziente a riguardo. Anche se il paziente ammette l'uso recente della sostanza, i risultati del test andrebbero sempre discussi, in modo tale che il paziente venga rassicurato sul fatto che il counselor sta monitorando i suoi sforzi per mantenere l'astinenza. Nel caso in cui invece il paziente neghi l'uso nonostante il risultato positivo del test, cosa abbastanza comune, il counselor dovrebbe considerarlo indicativo di negazione, sottolineando che potrebbe essere dovuto a un senso di vergogna. Affronterà quindi il tema della vergogna e della negazione.

Un approccio utile è quello di discutere di come il paziente si sentirebbe e cosa significherebbe se avesse usato sostanze. Se ancora il paziente continua ad insistere che non vi è stato alcun uso di cocaina, il counselor probabilmente lascerà cadere l'argomento in quel momento e si limiterà a non essere d'accordo. Continuare a confrontarsi in questo senso non è saggio perché il counselor rischia seriamente di compromettere l'alleanza terapeutica. Se il paziente continua ad insistere sul fatto che ci sia un qualche errore di laboratorio, il counselor potrebbe ricorrere ad un altro test ad es. quello della saliva.

Se non ci sono argomenti urgenti da trattare, è bene discutere dei bisogni presenti del paziente legati alla sua dipendenza. Gli argomenti più strettamente inerenti il recupero dalla dipendenza da cocaina e le fasi del processo di recupero sono affrontati nei capitoli successivi.

E' importante non affrontare mai più di due argomenti per incontro. Può essere utile però, a distanza di tempo, ritornare sugli argomenti trattati. Riassumendo, il counselor dovrebbe:

1. Sapere come è stato il paziente rispetto all'ultimo incontro.
2. Sapere se dall'ultimo incontro il paziente ha usato sostanze. Se si è verificata una ricaduta, questa va analizzata e vanno sviluppate delle strategie per prevenirla in altre future. Se il paziente ha usato altri stupefacenti, bisogna sottolineare quanto è importante l'astinenza da qualsiasi sostanza.

3. Appurare se esistono problemi urgenti che vale la pena affrontare e, in caso positivo, discuterli.
4. Fornire un feedback positivo o negativo in base all'esito dei controlli urinari.
5. Prendere in considerazione le tematiche che in quella fase del programma risultano più rilevanti per il paziente e i suoi bisogni particolari.

7. INIZIO DEL TRATTAMENTO

Inizio del trattamento

Spesso i pazienti entrano in trattamento con forti sentimenti di ambivalenza circa la sospensione dell'uso di cocaina. Il counseling inizia cercando di motivare il paziente a partecipare al trattamento e ad accettare l'astinenza come obiettivo da raggiungere. Il counselor può aiutare il paziente a riconoscere e a comprendere gli effetti dannosi della dipendenza, ad affrontare la sua negazione del problema e ad acquisire la motivazione verso il recupero.

In questo modello graduale di trattamento l'ambivalenza del paziente viene discussa in modo specifico nelle prime due settimane di trattamento, anche se la motivazione e l'impegno nel processo di recupero possono essere argomenti di discussione nel corso dell'intero trattamento.

I primi due incontri dovrebbero essere dedicati alla descrizione del programma di trattamento, alla raccolta di dati anamnestici e alla pianificazione del trattamento. Proprio per l'estrema strutturazione del programma, i counselor dovrebbero attenersi alle indicazioni per ciascuna seduta.

L'ambivalenza e la negazione hanno un ruolo centrale nel processo verso la guarigione, vanno perciò affrontati subito nei primi incontri così come in altri momenti del trattamento.

Gli obiettivi

1. Descrivere al paziente il programma e cosa aspettarsi da esso. Nel caso in cui il counseling abbia un tempo limitato, ciò va precisato.
2. Raccogliere la storia del paziente e sviluppare un piano di intervento.
3. Aiutare il paziente ad acquisire la consapevolezza che la dipendenza da cui egli è affetto è una malattia.
4. Aiutare il paziente a decidere di smettere.
5. Aiutare il paziente a riconoscere i vantaggi di una vita drug-free.

Argomenti di discussione durante il trattamento

1. La negazione.
2. L'ambivalenza.

La negazione

La negazione è definita come il rifiuto di accettare quali reali alcune circostanze della propria vita. Può trattarsi del rifiuto di credere di essere dipendente da una sostanza o di prendere atto delle perdite significative generate dalla dipendenza.

I pazienti talvolta entrano in trattamento negando la propria dipendenza. Questo atteggiamento deve essere quindi valutato e discusso nelle prime fasi del counseling.

Nonostante l'evidenza, alcuni tossicodipendenti sono convinti di poter controllare il loro uso. Non ritengono di essere affetti da dipendenza e sono spesso ambivalenti sul fatto di interrompere il loro uso di sostanze. Alcuni pazienti che ricorrono alla negazione hanno le stesse credenze sbagliate ossia:

1. Rifiutarsi di credere di essere affetti da dipendenza.
2. Pensare di poter ridurre l'uso della cocaina senza eliminarla completamente. Alcuni dichiarano di voler tenere di nuovo la sostanza "sotto controllo".
3. Rifiutarsi di credere che l'uso di una sostanza secondaria (ad es. l'alcol) costituisca un problema al pari della sostanza principale.
4. Rifiutarsi di considerare utile la partecipazione a gruppi come gli AA o i NA, perché ci si percepisce diversi e con un problema non così grave.
5. Continuare a frequentare "amici" che favoriscono l'uso di sostanze.

Quando il counselor si accorge che la negazione va ad interferire con il programma, il counselor deve aiutare il paziente a realizzare il fatto di non riuscire ad avere una visione reale della dipendenza, evidenziando i costi che la dipendenza ha comportato nella sua vita, e invitandolo ad astenersi temporaneamente dall'uso se è vero che non è affetto da dipendenza.

L'ambivalenza

Il paziente inizia il trattamento con sentimenti di ambivalenza rispetto al fatto di mantenersi sobrio o impegnarsi nel trattamento. La motivazione al trattamento va valutata nelle prime fasi del counseling. Sentimenti di ambivalenza sono presenti per le seguenti ragioni:

- 1 Il paziente associa l'utilizzo di droga a cambiamenti emotivi positivi.
- 2 L'uso di droga può essere un modo per fronteggiare i problemi ed il paziente non conosce ancora strategie alternative migliori.
- 3 Il paziente può sentirsi troppo debole per interrompere il circolo dell'addiction.

Il counselor deve saper valutare bene gli elementi alla base dell'ambivalenza per poter poi aiutare il paziente a riconoscerla e ad identificarne le motivazioni.

La motivazione si riferisce a quanto il paziente è disposto ad impegnarsi nell'intento di rimanere sobrio. Un paziente può entrare in trattamento già in qualche modo motivato poiché di recente "ha toccato il fondo", magari in seguito alla perdita del lavoro, o alla perdita del proprio compagno, per aver prosciugato il conto in banca o per essere stato arrestato.

Benché questi eventi possano motivare il paziente, talvolta possono non essere sufficienti ad una svolta completa. Il counselor deve incoraggiare e supportare il paziente a rimanere sobrio.

Il counselor deve discutere l'ambivalenza e la motivazione del paziente, i pro e i contro dell'uso di sostanze e deve mettere in evidenza tutte le conseguenze negative dell'uso e, quanto meno rinforzare il desiderio del paziente di raggiungere l'astinenza.

Il fatto che il paziente debba identificare i benefici personali derivanti da uno stile di vita drug-free, e in particolare che cosa desidera dalla vita, lo aiuta a mettere in luce i vantaggi legati all'essere sobri. Identificare gli aspetti positivi personali derivanti dall'astensione dall'uso e, in particolare, capire che cosa desidera dalla vita, aiuta il paziente ad essere più intraprendente nel mettere in atto cambiamenti positivi.

Gli incontri introduttivi

Incontro 1

Nel primo incontro il counselor deve cercare di stabilire la relazione, di definire le regole di partecipazione al trattamento ed iniziare a conoscere il paziente. Il paziente deve comprendere quali possono essere le aspettative del programma e convenire sulla loro importanza per una buona riuscita del programma stesso.

Successivamente, il counselor deve raccogliere una dettagliata storia tossicologica e un'anamnesi dei precedenti trattamenti per potersi focalizzare sugli aspetti propri della dipendenza del paziente. Inoltre deve sapere se il paziente sta già partecipando ad altre attività (incontri NA, attività religiose ecc.) e che tipo di supporto ha (partner, famiglia ecc.).

Incontro 2

Al termine della raccolta dei dati sulla storia del paziente, il counselor dovrà elaborare il piano di trattamento, che consiste sostanzialmente in un contratto di collaborazione con il soggetto.

Il piano dovrà contemplare i problemi da affrontare durante il trattamento e gli obiettivi desiderati. Il problema principale dovrebbe sempre essere la dipendenza da droghe, gli altri problemi dovrebbero essere correlati alla dipendenza. Nel drug counseling individuale l'obiettivo fondamentale dovrebbe essere l'astinenza totale da tutte le droghe, non soltanto dalla cocaina.

Il piano di trattamento iniziale deve sempre essere essenziale. Il suo scopo è quello di rendere chiaro al paziente che entrambi devono impegnarsi per il raggiungimento del recupero.

Il counselor deve capire se il paziente ha esperienza con il metodo di trattamento dei dodici passi, e se partecipa ad incontri, o se ha mai partecipato in passato. In caso contrario il counselor spiegherà brevemente in cosa consiste il metodo e dovrà incoraggiare il paziente a frequentare gli

incontri almeno 3 o 4 volte la settimana nell'ambito del suo programma di trattamento. La partecipazione ai gruppi di auto-aiuto dovrebbe essere registrata nel piano di trattamento.

Esempio di piano di trattamento

Obiettivi:

1. astensione dall'uso di sostanze stupefacenti.
2. Partecipazione a tutti gli incontri di counseling programmati e test delle urine quando prescritto.
3. Partecipazione ad almeno 3 incontri a settimana ad NA e, ad almeno uno, come speaker.

Firma del Paziente _____

8. L'ASTINENZA INIZIALE

L'astinenza iniziale

La seconda fase del trattamento della dipendenza da droghe è l'astinenza iniziale.

Dopo che il paziente ha realizzato la necessità di trattamento e ha dimostrato un suo impegno preliminare, il counselor ed il paziente devono cominciare a lavorare sull'astinenza iniziale. Ciò prevede:

1. Riconoscere gli aspetti medici e psicologici della sindrome astinenziale da cocaina.
2. Identificare gli eventi che innescano l'utilizzo e mettere a punto tecniche per evitarli.
3. Imparare a gestire il craving in stato di astinenza.

Il counselor deve incoraggiare il paziente ad adottare uno stile di vita senza droghe, che preveda la partecipazione a gruppi di auto-aiuto, l'evitamento di contatti sociali con persone associate all'uso di droga, il ricorso ad attività ricreative più salutari in sostituzione delle attività droga correlate.

Questo periodo di trattamento dura dal momento in cui è presa la decisione preliminare di raggiungere l'astinenza per circa 3 mesi, partendo dal presupposto che il paziente faccia progressi ragionevoli.

Gli argomenti qui descritti sono particolarmente importanti per i bisogni del paziente a questo punto del trattamento. L'ordine con il quale sono presentati rappresenta in genere l'ordine con cui sono trattati nel corso dei colloqui. Il counselor tuttavia può, a sua discrezione, scegliere gli argomenti secondo l'adeguatezza per ciascun paziente.

Gli argomenti si possono anche ripetere, se necessario. Il counselor può enfatizzare ciascun tema secondo i bisogni del paziente in via di guarigione. Non dovrebbero mai essere introdotti più di due temi a sessione. In un processo di revisione è possibile invece affrontare anche tutti gli argomenti già introdotti. Anche se l'ordine con cui sono presentati e anche la relativa enfasi utilizzata possono essere modificati, negli incontri andrebbero trattate tutte le tematiche qui identificate.

Gli obiettivi

1. Insegnare al paziente a riconoscere e ad evitare i fattori ambientali che portano all'uso di sostanze.
2. Insegnare al paziente strategie alternative da mettere in atto quando si verifica il craving.
3. Aiutare il paziente a raggiungere e a mantenere l'astinenza da tutte le sostanze.
4. Stimolare il paziente a partecipare ad attività salutari.
5. Incoraggiare la partecipazione a gruppi di auto-aiuto.

Gli argomenti da affrontare durante il trattamento

1. La dipendenza e i sintomi associati.
2. Persone, luoghi e cose.
3. L'organizzazione del proprio tempo.
4. Il craving.
5. Le situazioni ad alto rischio.
6. Le pressioni sociali all'uso.
7. Il comportamento sessuale compulsivo.
8. I sintomi astinenziali post acuti.
9. L'uso di altre sostanze.
10. La partecipazione ai gruppi dei 12 passi.

La dipendenza e i sintomi associati

Il counselor dovrebbe rivedere con il paziente il concetto di dipendenza ed i sintomi comportamentali e quelli medico/psicologici. Nel parlare dei sintomi, dovrebbe focalizzarsi su quelli specifici della cocaina ma trattare anche quelli derivanti dall'uso di altre sostanze, se necessario.

La tossicodipendenza induce l'utilizzo compulsivo di una sostanza, un utilizzo che non permette al soggetto alcun controllo sul suo comportamento. Proprio per il fatto che il soggetto dipendente non ha controllo sul suo comportamento, continuerà ad usare la sostanza, anche se ciò comporta danni alla salute fisica ed emotiva, alle sue attività sociali e lavorative e alle sue relazioni intime.

I sintomi comportamentali dell'addiction comprendono: il restringimento del repertorio di gesti e comportamenti, la predominanza della sostanza nella vita quotidiana della persona, passare molto tempo dediti a procurarsi la sostanza e a riprendersi dai suoi effetti, continuare l'uso nonostante i molti problemi. Il counselor discuterà con il paziente i sintomi specifici della dipendenza che egli presenta, si focalizzerà principalmente sulla capacità della dipendenza di travolgere la vita e sull'importanza di evitare l'uso di sostanze per prevenire ricadute.

Anche i sintomi medici e psicologici dovrebbero essere affrontati. Sintomi come l'aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, l'ansia, la paranoia, le allucinazioni, le convulsioni, le aritmie cardiache, l'arresto cardiaco, il rischio di ictus. L'eventuale possibilità che questi sintomi si presentino, devono essere vagliate in base alla loro frequenza. Per esempio ansia e paranoia sono molto più frequenti delle convulsioni o dell'arresto cardiaco. Sintomi astinenziali come la mancanza di forze, la depressione e l'insonnia vanno anch'essi descritti, sottolineando come questi non si verificano in ogni soggetto.

Se il paziente fa uso di droga per via endovenosa ed è dedito ad attività sessuali a rischio, magari anche in modo compulsivo sotto effetto di cocaina, può correre il rischio di contrarre il virus HIV. Il counselor deve valutare il livello di conoscenza di questo problema, quanto il paziente sia cosciente

dei rischi che corre e se li corre, dovrebbe incoraggiare dei cambiamenti comportamentali per ridurre tali rischi. Vanno poi analizzati gli effetti di altre droghe, alcol compreso, nel caso in cui il paziente ne faccia uso.

Persone, luoghi e cose

Le persone, i posti, le cose sono un modo per definire gli stimoli esterni che possono innescare il craving o l'urgenza di usare droga. Il paziente deve imparare a gestire questi stimoli per mantenere l'astinenza. Questo è un argomento centrale nel counseling e spesso, nel corso degli incontri, bisogna tornarci più volte. Innanzitutto è importante che il counselor aiuti il paziente a identificare con esattezza quali sono questi elementi che scatenano il craving. Successivamente deve spiegare al paziente che è indispensabile evitare persone, posti e cose che possono scatenare il craving e discutere con lui le modalità per evitarli (ad es. farsi accreditare direttamente il denaro invece di andare ad incassare un assegno, usare un mezzo pubblico per attraversare una zona a rischio piuttosto che andarci in macchina). Il counselor ed il paziente dovrebbero collaborare per sviluppare strategie che aiutino il paziente a gestire o ad evitare le situazioni più difficili, prendendo le distanze (ad es. da partner che fuma crack).

Durante la dipendenza situazioni come frequentare certe persone o certi locali, il denaro oppure gli strumenti per fumare sono associati al consumo e diventano stimoli che accendono il craving. Il counselor dovrebbe incoraggiare il paziente ad evitare elementi quali luoghi, persone che usano, e a sviluppare strategie da mettere in atto per gestire tali situazioni come restituire il proprio bancomat, far gestire il denaro a persone di famiglia. Talvolta può risultare d'aiuto affrontare gli elementi di stimolo insieme ad un'altra persona non utilizzatrice, ad es. il proprio partner o il proprio figlio.

Esempio clinico

Un paziente di nome Giovanni riferisce che la sua ragazza, Lisa, con cui vive, ha un grave problema con la cocaina. Fuma circa 25 dollari di crack ogni sera, quando ha i soldi per acquistarla.

Gli chiede spesso in prestito del denaro per comprare la coca e, quando la compra, gliela offre. Per lui è quasi impossibile resistere quando lei la usa in sua presenza. Inoltre, dato che possiedono una sola macchina, spesso gli chiede di accompagnarla a comprarla.

Interventi

1. E' chiaro che Lisa costituisce per Giovanni un incentivo al consumo di cocaina. Innanzitutto il counselor deve capire quanto Lisa sia importante per Giovanni. Se questi dovesse dichiarare di non essere innamorato di lei e di non aver intenzione di mantenere questa relazione, la

cosa ideale sarebbe quella di convincere Giovanni a lasciarla o a smettere di vivere con lei, in modo tale da dedicare maggiori sforzi alla sua guarigione.

2. Nel caso in cui Giovanni manifesti il suo desiderio di rimanere legato a lei e di convivere, il counselor dovrebbe capire quanto Lisa sia disponibile a partecipare al trattamento terapeutico. Egli dovrebbe discutere la questione prima con Giovanni e poi proporgli di invitare Lisa a partecipare ad una seduta di coppia. L'obiettivo dovrebbe essere quello di fare in modo che Giovanni comunichi a Lisa quanto importante sia per lui la sua collaborazione al trattamento, proponendole di arrivare all'astinenza e di entrare in trattamento. In alternativa, potrebbe supportarlo nel suo trattamento evitando di portare droga a casa, di usarla in sua presenza, di chiedergli denaro o di essere accompagnata per acquistarla. Se la ragazza acconsente ad aderire ad una di queste proposte, questo è certamente un segno positivo. Il counselor dovrebbe aiutare Giovanni ad imparare ad essere assertivo rifiutandosi di prestare denaro a Lisa, di accompagnarla a comprare droga e, in generale, facendo in modo che mantenga fede a suoi propositi, qualsiasi essi siano.
3. Il counselor dovrebbe anche analizzare la natura della loro relazione sessuale. La loro relazione sessuale comporta il consumo di cocaina? Riescono ad avere una attività sessuale soddisfacente senza il consumo di cocaina? Ovviamente, se la relazione sessuale comporta il consumo di cocaina, questa situazione disfunzionale deve essere analizzata profondamente. L'obiettivo è rendere consapevole Giovanni di quanto sia rischioso questo tipo di condotta e convincerlo a non usare cocaina per fare sesso. Se questo non fosse possibile, il counselor dovrebbe consigliare a Giovanni di rinunciare a praticare sesso almeno fino a quando non sia riuscito ad astenersi dall'uso di cocaina per un certo periodo di tempo. Inoltre il counselor dovrebbe riuscire a capire se sono prese delle cautele e quali siano o sono state le accortezze prese per minimizzare il rischio di esposizione all'HIV. In base alla risposta, il counselor deciderà se proporre un intervento di educazione sanitaria, che chiarisca le modalità per avere rapporti sessuali protetti.
4. Infine, il counselor dovrà identificare attività ricreative sane che la coppia può intraprendere senza usare cocaina. Per esempio andare insieme al cinema, partecipare ad eventi sportivi, fare una camminata o andare a fare shopping.

Organizzare il proprio tempo

Se il paziente ha uno stile di vita caotico o disorganizzato, il counselor deve aiutare il paziente a identificare le attività più importanti e ad organizzare la sua vita in maniera più funzionale. Molti pazienti organizzano la propria vita in modo che procurarsi droga, assumerla e riprendersi dagli effetti diventino le cose più importanti dell'intera giornata. Proprio per questo molti pazienti, una volta che queste attività si sono esaurite, sperimentano un forte senso di vuoto. Spesso non

riescono ad immaginare altro modo di occupare il tempo se non procurandosi e consumando droga. La cosa migliore da fare è organizzare insieme al paziente un programma settimanale di attività ben strutturato sulle attività di routine giornaliere e verificare, nell'incontro successivo, se il paziente è riuscito ad attenersi.

Pianificare la giornata e tenersi occupati aiuta il paziente a non avere quel tempo libero che lo porta ad usare droga. Quando il paziente è nelle prime fasi di guarigione e ha a disposizione così tanto tempo libero è maggiore la probabilità che torna a rievocare i momenti in cui utilizzava droghe. Queste esperienze cosiddette "memorie euforigene" possono portare al craving.

Una vita strutturata porta il paziente a gestire gli effetti residui dell'uso di cocaina e a diminuire il senso di vuoto e di noia. Il tempo strutturato significa alzarsi ed andare a dormire ad orari prefissati, organizzarsi le attività per andare 3, 4 volte agli incontri dei gruppi dei 12 passi, gestire le faccende personali e trovarsi dei passatempo che migliorino la qualità di vita.

Esempi di Programmi

Riportiamo qui di seguito due esempi di programmi. Il counselor può decidere quale dei programmi si adatti meglio alle necessità e allo stile di vita del paziente. Il modulo di programma può essere dato al paziente perché lo compili a casa oppure lo si può preparare insieme e discuterlo. Il programma è utile se la vita del paziente è particolarmente caotica oppure se la vita ruota tutta intorno al consumo di droga. Con il programma si possono mettere in risalto i momenti più critici della giornata oppure si può rinforzare positivamente la partecipazione ai gruppi dei 12 passi o la partecipazione puntuale alle sedute di counseling. Si può discutere del senso di noia che spesso affligge i pazienti e trovare possibili soluzioni per contrastarli.

Programma quotidiano di Danny	
7.00	Sveglia, vestirsi
8.00	Portare a spasso il cane
9.00	Counseling
10.00	Incontro NA
11.00	Ritorno a casa
12.00	Pausa pranzo
13.00	
14.00	
15.00	
16.00	
17.00	
18.00	

19.00
20.00 Guardare la televisione o andare fuori
21.00
22.00
23.00 Tornare a casa e andare a letto

Danny è disoccupato e la sua vita è molto disorganizzata, il counselor ha programmato due incontri a settimana per il counseling e tutti i giorni incontri NA. Questo approccio aiuta Danny ad alzarsi sempre alla stessa ora. Dalla scheda emergono troppe ore vuote di possibile noia. Ora Danny ed il counselor devono trovare un modo di riempire quelle ore, magari andando a visitare un familiare che non usi droghe, andando a scuola, trovandosi un lavoro part-time o facendo del volontariato, andando ad un secondo incontro di NA oppure passando del tempo con un'altra persona in programma di recupero.

Organizzare un programma può essere utile anche per quei pazienti che hanno una vita ben strutturata ma che in certi momenti hanno degli spazi liberi che sono a rischio. È il caso di Elaine che è impegnata durante tutta la settimana ma tra venerdì e sabato il suo ex marito viene a prendere i bambini e lei rimane sola. Inoltre Elaine si sente stressata e sovrastata dalle responsabilità e ha bisogno di qualcosa con cui rilassarsi e coccolarsi nel weekend. Purtroppo molti pazienti utilizzano droghe per "coccolarsi" quando si sentono stanchi della vita di tutti i giorni, e la droga rappresenta un "rapido aiuto" anche se poi li farà stare peggio.

Programma settimanale di Elaine						
Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
7.00 sveglia	7.00 sveglia	7.00 sveglia	7.00 sveglia	7.00 sveglia		
9.00-14.00 lavoro		9.00-14.00 lavoro		9.00-14.00 lavoro		
	12.00 incontro NA		12.00 incontro NA			
15.00 prendere figli	15.00 prendere figli	15.00 prendere figli	15.00 prendere figli	tempo libero		15.00 prendere figli
16.00-19.00 faccende	16.00-19.00 faccende	16.00-19.00 faccende	16.00-19.00 faccende	I figli sono con il padre		16.00-19.00 faccende
23.30 a letto	23.30 a letto	23.30 a letto	23.30 a letto	23.30 a letto		23.30 a letto

In questa situazione il counselor mette in evidenza come Elaine durante la settimana è occupata da molte responsabilità e ha poco tempo per sé. Poi si potrà discutere come impegnare il tempo libero ed evitare l'uso di droga. Si può prendere in considerazione che si iscriva ad un club ciclistico, prenda lezioni di danza, legga un buon libro, vada dal parrucchiere oppure vada a trovare qualche familiare o qualche amico in via di guarigione. Questo programma può mettere in evidenza un sovraccarico di impegni e la mancanza di tempo per rilassarsi. In persone in recupero avanzato si verifica la tendenza a riempire troppo il tempo, e utilizzando un programma anche questo può essere messo in rilievo.

Craving

Il concetto di craving va discusso con il paziente. Il craving è un forte desiderio che un soggetto dipendente prova verso la sostanza scelta, ad es. la cocaina. Alcuni pazienti non riescono a identificarsi con il termine craving e preferiscono usare il termine "voglia". Per molti il craving si manifesta con modalità differenti, in genere descrivono i sintomi fisici e psicologici.

Per alcuni si manifesta con palpitazioni, respiro affannoso, pensieri ossessivi sulla droga, pianificazione su come comprarla o su come procurarsi denaro. Il craving è legato a fattori biologici e a fattori comportamentali di apprendimento. Probabilmente tutti i cocainomani sperimentano il craving.

Il counselor deve insegnare al paziente come riconoscere i sintomi del craving, questo processo faciliterà il paziente nel mantenimento dell'astinenza. Il counselor può insegnare al paziente che riconoscendo il fenomeno potrà gestirlo semplicemente attendendo che passi. Sarà anche utile spiegare al paziente che, mantenendosi astinente, la forte urgenza del craving diminuirà di intensità con il passare del tempo, ma con il continuo utilizzo il craving rimarrà forte.

Situazioni ad alto rischio

Le situazioni ad alto rischio sono tutte quelle in cui persone, posti e cose coinvolte possono accendere il craving e far precipitare la ricaduta.

Il counselor deve discutere con il paziente strategie alternative per gestire o evitare le situazioni. Tutti questi elementi vanno analizzati e valutati a fondo per rendere consapevole il paziente di quanto siano potenzialmente pericolosi. Situazioni ad alto rischio sono quelle in cui viene offerta droga, si frequentano persone che consumano, si partecipa a situazioni sociali in cui è presente la droga. Il counselor deve provare ad inscenare con il paziente queste situazioni e trovare insieme al paziente soluzioni alternative per gestirle. Una volta identificate tutte le più frequenti si possono prendere in considerazione anche quelle più insolite. Inoltre bisogna incoraggiare il paziente a ricorrere all'aiuto di parenti o amici ecc.

Pressione sociale all'uso

Molti tossicomani raccontano che la loro vita ruota intorno alle sostanze. L'addiction restringe il campo di interazione sociale e, spesso, rimanere in contatto con le persone vuol dire continuare ad usare; la sospensione del consumo spesso implica la perdita di contatti sociali. I tossicodipendenti sperimentano una vera pressione sociale verso l'uso perché spesso i loro compagni non vogliono avere intorno persone che stanno smettendo, per non ricordarsi dei loro tentativi falliti. Spesso le tattiche per disincentivare i tentativi possono essere critiche aperte oppure più sottili come ricordare i bei tempi insieme.

Il counselor deve chiedere al paziente se sta sperimentando pressioni per uscire dal programma, analizzarle e trovare strategie per gestirle. La più semplice alternativa è evitare tutte le persone che utilizzano stupefacenti. Gli utilizzatori possono sentirsi molto soli, è bene ricordare al paziente che le persone che si frequentavano non erano veri amici e che è indispensabile trovarsi nuovi amici in quei gruppi che partecipano insieme ai processi di recupero. La partecipazione a gruppi dei 12 passi è un'ottima alternativa perché offre l'opportunità di contatti sociali con persone che non usano, riempiendo il vuoto lasciato dai precedenti compagni, creando così una pressione sociale positiva.

La condotta sessuale compulsiva

Spesso l'attività sessuale è associata all'uso di cocaina, in molti ritengono che la cocaina potenzi l'esperienza sessuale. In realtà la cocaina distorce la percezione del sesso, e questa attività diventa una ricerca affannosa per lo sballo perfetto, per un'esperienza che ricordi l'eccitazione da cocaina. Molti cocainomani hanno un problema di sesso compulsivo, un tema che va affrontato nel corso del counseling. Nelle prime fasi di astinenza bisogna capire se il sesso per il paziente è uno stimolo al consumo. È necessario capire se gli stimoli di natura sessuale sono in grado di innescare il craving. In tal caso, bisogna consigliare al paziente di evitare questi stimoli. È bene indagare se il paziente si prostituisce per procurarsi la droga, se incontra prostitute o se usa materiale pornografico, se questi fungano da elementi che scatenano il craving. Il counselor deve mettere a punto con il paziente strategie per evitare questi stimoli o trovare alternative sane per la sua gratificazione sessuale. All'inizio può essere utile evitare qualsiasi attività sessuale. Successivamente si possono trovare insieme spunti per un'attività sana, discernendo quale risponde a necessità affettive e quali attività sono su base compulsiva, analizzando con il paziente come fare a distinguerle. Anche i rischi connessi con attività sessuali non protette vanno discussi.

I sintomi astinenziali post acuti

Alcune persone che per lunghi periodi hanno fatto uso di grosse quantità di cocaina sperimentano grossi cambiamenti di umore, affettivi e di memoria. Questi cambiamenti possono persistere per giorni o settimane dopo che l'uso è stato interrotto. Ansia, depressione e difficoltà nel sonno sono sintomi comuni, alcune persone sperimentano attacchi di panico che perdurano a lungo. Alcune persone riportano difficoltà nella memoria a breve termine, proprio come gli alcolisti in fase di detossificazione. L'anedonia e la mancanza di motivazione sono altri sintomi comuni. Sono presenti disturbi dell'umore di vario grado, cosiddetti sintomi astinenziali post acuti.

Alcuni pazienti non sperimentano questi sintomi, altri lo fanno per una quantità di tempo minima. Il counselor deve conoscere questi sintomi e discuterli con il paziente per aiutarlo a correlarli con l'uso di cocaina. Il paziente potrebbe credere che dipendano esclusivamente da lui e tentare di controllarli usando ancora cocaina o passando ad altre droghe. Il counselor deve mettere in rilievo la correlazione sintomi e cocaina e spiegare al paziente che con un ulteriore uso di cocaina non può altro che peggiorare la situazione.

Utilizzo di altre droghe

Alcuni pazienti sono convinti di essere dipendenti solo dalla sostanza di abuso primario e che le altre sostanze usate non lo riguardino. Ritengono per es. che alcol e marijuana siano sostanze che non creano dipendenza. Il counselor deve convincere il paziente che risolverà il problema della dipendenza da cocaina solo se rinuncerà anche alle altre droghe.

Il counselor deve scoprire se il paziente sta usando altre sostanze. In caso positivo, i rischi devono essere discussi con il paziente in maniera approfondita. Il counselor deve spiegare che:

1. L'uso di alcol riattiva il craving da cocaina.
2. La dipendenza da cocaina può trasformarsi in dipendenza da altri stupefacenti.
3. Le altre sostanze possono interferire con i processi di apprendimento comportamentale, per cui si impara a gestire gli stress quotidiani, a rilassarsi e divertirsi solo usando una sostanza.

È bene che il counselor non inizi una lotta di potere con il paziente, ma piuttosto che lo inviti a rinunciare almeno in modo parziale all'uso di altre droghe per fargli apprezzare i vantaggi. Più avanti nel corso del counseling potrà ridiscutere la sospensione dell'uso di altri stupefacenti.

La partecipazione a gruppi dei 12 passi

A tutti i pazienti in trattamento viene consigliato di partecipare ai gruppi di auto-aiuto. I più noti sono i gruppi dei 12 passi: alcolisti anonimi, narcotici anonimi, cocaina anonimi. Il counselor deve avere dimestichezza con la filosofia dei dodici passi, conoscerli ed essere in grado di discuterli con

il paziente. Ripassarli con il paziente lo aiuta a familiarizzare con essi e ad incentivarlo alla partecipazione.

Il counselor dovrebbe sincerarsi della partecipazione del paziente e discutere con lui le sue impressioni, le esperienze e le riflessioni ricavate in questi incontri. Il counselor deve facilitare la partecipazione del paziente procurandosi gli indirizzi dei gruppi più vicini e se il paziente è esitante a partecipare insieme ad altre persone, il counselor deve cercare di conoscere con quale tipo di persone il paziente si trova a proprio agio e facilitare la partecipazione a gruppi di cui conosce i componenti.

Deve essere spiegato al paziente che nel gruppo egli troverà uno sponsor e che questo sponsor lo seguirà e sarà di supporto nei momenti critici, utilizzando soprattutto la sua esperienza personale. Lo sponsor sarà scelto tra quei soggetti che sono ad un livello più avanzato di recupero ed hanno maggior esperienza. Lo sponsor sarà del suo stesso sesso per evitare complicazioni di carattere sessuale o sentimentale. La cosa importante è che il paziente sappia che la relazione con lo sponsor sarà molto stretta, ma non di carattere sessuale o sentimentale. La discussione della partecipazione a questi gruppi è utile ad introdurre al paziente il concetto che il processo di recupero dura per l'intera esistenza.

Esempio clinico

Certe volte dopo il lavoro a Bill piace andare in un bar del suo quartiere a bere un paio di birre e a giocare a freccette. Dice che la birra non gli ha mai creato problemi, il suo unico problema è la cocaina. Gli piace socializzare in quel bar, dove in genere beve solo un paio di birre e poi torna a casa da sua moglie. Spinto dal counselor, Bill rivela che in realtà trova nel bar il suo "contatto" cioè la persona che è per lui un tramite per la cocaina. Spesso nei weekend beve più del solito rispetto gli altri giorni e allora incontrando nel bar il suo "contatto" va con lui a comprare cocaina. Bill è un forte consumatore e durante i momenti di binge spende anche 500 dollari, un costo che supera le sue possibilità economiche.

Interventi

1. Questo è un tipico esempio di negazione. Il counselor vuole che Bill riesca a correlare il consumo di alcol con quello di cocaina. L'approccio può essere improntato ad uno stile morbido (soft). Il counselor potrebbe dire "bene, hai capito che tutte le volte che bevi birra non necessariamente consumi cocaina, ma d'altro canto è evidente che consumi cocaina solo dopo che hai bevuto la birra". Sorprendentemente i pazienti spesso non riescono a fare questo collegamento.
2. Il counselor potrebbe cercare di far percepire a Bill la gravità della sua dipendenza, facendogli capire quanto l'uso di cocaina sia troppo costoso per lui in termini finanziari.

3. L'obiettivo del counselor è aiutare Bill ad allontanarsi da questa condotta nociva. La cosa migliore sarebbe che lui rinunciasse ad andare al bar, evitando così di consumare alcol e conseguentemente cocaina. Se Bill non dovesse essere capace di rinunciare a questa situazione, che rappresenta per lui una occasione di socializzazione, dovrebbe per lo meno impegnarsi a frequentare il bar consumando bibite al posto della birra, portando con sé non più di 10 dollari, ed evitando inoltre di andarci nei weekend. Poiché questo compromesso non è certo per Bill la migliore delle scelte possibili, il counselor dovrà essere sempre a conoscenza del comportamento del paziente e, se questa strategia di condotta non dovesse funzionare, dovrà intervenire con sollecitudine per convincerlo a smettere di frequentare il bar e a non usare cocaina e alcol.
4. Bill potrebbe rispondere che è irrilevante non avere denaro con sé, perché può comperare cocaina anche a credito. Il counselor potrebbe convenire su questo, ma deve anche ricordargli che il non portare denaro rende comunque da una parte più difficile procurarsi cocaina e dall'altra più facile resistere al desiderio di comprarla. La mancanza di denaro può essere utile per ricordargli il suo impegno a non usare cocaina e può rappresentare un incentivo a lasciare il bar senza averla comperata. Se invece avere del denaro con sé è un elemento che serve a Bill per mantenere la sua autostima, il counselor può rafforzarla, connotando positivamente il fatto che il paziente non porta con sé del denaro superiore allo stretto necessario.
5. Il counselor dovrebbe anche esaminare approfonditamente la situazione della relazione coniugale di Bill. Per sua moglie è un problema che passi del tempo al bar? Se questi asserisce che la sua relazione matrimoniale è stabile e che la frequentazione del bar è una modalità consueta di passare il tempo, ampiamente condivisa dagli altri uomini del quartiere, il counselor dovrebbe esortarlo a passare più tempo libero con sua moglie. Se invece vengono riferiti problemi coniugali, il counselor deve cercare di scoprire se questi siano correlati al consumo di cocaina e, se sì, evidenziare tale fatto al paziente.

9. IL MANTENIMENTO DELL'ASTINENZA

Il mantenimento dell'astinenza

La fase successiva nel processo di recupero è il mantenimento dell'astinenza. Il paziente che ha raggiunto l'astinenza deve ora sforzarsi di mantenerla, evitando stimoli ambientali, riconoscendo gli elementi emotivi e psicosociali scatenanti il craving e sviluppando modalità sane di gestione degli agenti stressanti. Adesso il paziente si esercita nello stile di vita drug-free iniziato nella fase precedente. Uno dei punti chiave nel prevenire la ricaduta è mantenere un atteggiamento di umiltà nei confronti del potere dell'addiction senza dare per scontata la guarigione. La vigilanza personale nei confronti della ricaduta è di importanza capitale. È di grande importanza la partecipazione continua ai gruppi di auto-aiuto e un atteggiamento di onestà verso pensieri ed emozioni che possono correlarsi ad un'eventuale ricaduta.

In linea di principio, questa fase inizia all'incirca al quarto mese di trattamento, sempre che il paziente abbia raggiunto l'astensione nella fase precedente.

Gli argomenti qui trattati sono particolarmente adatti ai bisogni del paziente a questo punto del trattamento. L'ordine con cui sono presentati è generalmente quello con cui emergono spesso durante gli incontri, ma è a discrezione del counselor sceglierli in base alle necessità del paziente.

Gli argomenti possono essere riaffrontati quando necessario, con l'accento posto sulle situazioni più importanti in quel momento. Per evitare di confondere il paziente o di sovraccaricarlo è bene non affrontare più di un argomento alla volta. Nel riassumere i punti fondamentali si può ritornare sugli argomenti più importanti, è bene saper sempre mantenere un atteggiamento di flessibilità.

Gli obiettivi

1. Aiutare il paziente a mantenere l'astinenza.
2. Rendere consapevole il paziente della possibilità di ricaduta e delle modalità per evitarla o contenerla.
3. Aiutare il paziente a riconoscere gli stimoli emotivi della ricaduta.
4. Insegnare al paziente le abilità necessarie per gestire situazioni di vita critiche senza ritornare all'uso di sostanze.
5. Dare l'opportunità al paziente di sperimentare le abilità apprese.
6. Incoraggiare costantemente i cambiamenti comportamentali e di atteggiamento necessari per mantenere uno stile di vita drug-free.

Argomenti del trattamento

1. Gli strumenti per prevenire la ricaduta.
2. L'identificazione del processo di ricaduta.
3. Le relazioni nel processo di recupero.
4. Lo sviluppo di uno stile di vita drug-free.
5. La spiritualità.
6. La vergogna e la colpa.
7. L'inventario personale.
8. I difetti del carattere.
9. L'identificazione e la soddisfazione dei bisogni.
10. La gestione della rabbia.
11. Il rilassamento e le attività di svago.
12. La gestione e l'impiego del denaro.
13. La conversione dei comportamenti di abuso.

Gli strumenti per prevenire la ricaduta

La prevenzione della ricaduta è una componente estremamente importante del processo di recupero. Una volta raggiunta l'astensione, il paziente dovrebbe iniziare a sviluppare le abilità necessarie per prevenire la ricaduta. Il paziente deve imparare a gestire situazioni critiche e stati emotivi negativi senza ricorrere all'uso di cocaina o ad altre sostanze.

La prevenzione della ricaduta prevede l'insegnamento al paziente del riconoscimento in anticipo di quella costellazione di eventi e stati emotivi che precedono una ricaduta. La ricaduta ha inizio prima che il soggetto ricorra alla sostanza. Il paziente deve imparare a riconoscere tutti gli elementi premonitori di un'imminente ricaduta. Questi elementi possono essere definiti semplicemente come un cambiamento negativo di atteggiamenti, di sentimenti e di comportamenti. In genere, i pazienti sono in grado di riconoscere esempi di questi cambiamenti negativi nella loro vita e di sviluppare quindi una comprensione del processo di ricaduta. Una volta che il paziente ne capisce la natura, il passo successivo è quello di sviluppare la capacità di intervenire e di modificare i sentimenti negativi e i comportamenti a rischio che ne derivano. La ricaduta è determinata dalla mancata osservanza alle prescrizioni del programma. Il compito del counselor e del paziente è quello di identificare preventivamente quelle situazioni in cui il paziente comincia a deviare dal programma e ad adoperarsi per prevenire tale deviazione.

Prima di qualsiasi ricaduta c'è la necessità di stabilire i cambiamenti comportamentali concreti che il paziente deve attuare per uscire dal processo della ricaduta e per ritornare ad aderire al suo programma di guarigione. Tali cambiamenti possono prevedere: la frequentazione di incontri con una maggiore frequenza, più tempo a contatto con persone in grado di supportare il recupero, una

maggior stabilità nella propria vita, e l'esclusione di stimoli esterni ad es. ritornare in zone dove si era soliti procurarsi le sostanze.

L'identificazione del processo di ricaduta

Come riconoscere i primi segnali di una ricaduta è una tecnica molto utile da insegnare al paziente e sulla quale vale la pena tornare più volte.

La ricaduta è un evento molto comune dopo un periodo di detossificazione e può verificarsi in un qualsiasi momento del recupero. Poiché è appunto un evento comune, complesso e difficile, il counselor deve educare il paziente a comprendere il processo di cambiamento associato ad una ricaduta imminente. Particolarmente importante è il riconoscimento di segnali, eventi, o situazioni in cui il rischio è particolarmente elevato, in modo tale che il paziente consideri la ricaduta come tale e la eviti.

Come descritto successivamente, Gorsky e Miller (1982) hanno indicato 11 passaggi che portano alla ricaduta. Insegnare al paziente a comprendere il processo può non essere necessario se egli comprende bene il concetto di "cambiamento dell'atteggiamento, dei sentimenti e del comportamento". I concetti seguenti possono aiutare il counselor a comprendere meglio il processo in maniera più esaustiva. Questi concetti possono poi essere illustrati al paziente in modo tale che li possa comprendere ed utilizzare nel modo più opportuno. Secondo Gorski e Miller questi sono i passaggi:

1. Un cambiamento dell'atteggiamento per cui il paziente non avverte più la necessità di partecipare al programma di guarigione, oppure un cambiamento della sua routine quotidiana o di una situazione che rappresenta un potenziale evento stressante.
2. Forte situazione di stress, che si manifesta con una iper reattività agli eventi della vita.
3. Riattivazione dei meccanismi di negazione in modo particolare rispetto agli eventi stressanti, per cui il paziente è stressato ma non vuole parlarne e nega il problema. Questo è un atteggiamento che deve destare preoccupazione per la sua somiglianza alla negazione tipica della dipendenza da sostanze.
4. Il ritorno di sintomi astinenziali post acuti che si verificano in genere in concomitanza con momenti stressanti, e che costituiscono un pericolo perché possono portare a cercare sollievo nelle droghe e nell'alcol.
5. Un cambiamento comportamentale del paziente dopo un periodo di stress, che si manifesta con un cambiamento dell'atteggiamento e della routine quotidiana.
6. Chiusura sociale. La struttura sociale che il paziente ha sviluppato comincia a cambiare, non frequenta più gli amici fuori dall'ambiente della droga, oppure si chiude in se stesso e si stacca dalla famiglia.

7. Perdita della struttura. La routine quotidiana che il paziente si è dato durante il programma di guarigione viene alterata, per cui dorme fino a tardi, salta i pasti, non si rade.
8. Perdita della capacità di giudizio. Il paziente ha difficoltà a prendere decisioni, e quelle che prende sono poco sagge. Si manifestano segni di indifferenza emotiva e di iper reattività.
9. Perdita di controllo. Il paziente opera scelte irrazionali e non riesce a cambiarle.
10. Perdita della capacità di scelta. Il paziente si sente stressato e pensa che non gli rimanga altro da fare se non riprendere l'uso di sostanze oppure andare incontro ad un collasso fisico ed emotivo.
11. Ricaduta con consumo di droga.

Il counselor dovrebbe conoscere questi passaggi ed esporli al paziente così che anch'egli possa riconoscerli. Inoltre il counselor dovrebbe prestare attenzione all'eventuale comparsa di questi sintomi nel paziente. Nell'evenienza della loro comparsa, il counselor dovrebbe farli notare al paziente ed elaborare con lui strategie per superarle. Consigliare una frequenza più assidua ai gruppi può essere una soluzione, così come cercare di vivere in un ambiente drug-free e di risolvere i propri problemi personali, affettivi e lavorativi. L'obiettivo del counselor è quello di aiutare il paziente a ritornare ad uno stile di vita rilassato, organizzato e drug-free, quindi più adeguato al processo di guarigione.

Le relazioni nel processo di guarigione

Normalmente quando un tossicodipendente è in fase attiva, la sua relazione principale è con la droga. Il repertorio comportamentale di un tossicodipendente si restringe considerevolmente, poiché la persona passa gran parte del tempo in attività droga correlate. Il tempo e l'energia sono spesi alla ricerca del denaro per acquistare la droga, per farne uso e per riprendersi dagli effetti. Proprio per questo il tossicodipendente trascurava le relazioni con persone che non usano sostanze e, addirittura, alcuni non hanno proprio relazioni con persone che sono al di fuori della droga.

Relazioni positive e sane costituiscono una parte importante del processo di recupero. Il counselor deve discutere ed approfondire la natura di queste relazioni. Deve sapere se il paziente ha delle relazioni sociali o familiari che possono essergli di supporto, o delle relazioni disfunzionali che lo mantengono nello stato di addiction. Negli incontri il counselor aiuta il paziente ad esaminare le relazioni poco sane e ad uscirne. Due tipi di comportamento contribuiscono al mantenimento dell'uso, la codipendenza ed il comportamento collusivo.

Esempio clinico

Sandy è totalmente astinente da cocaina da 3 mesi e mezzo. Se le viene chiesto, lei dice che sono 110 giorni che non ne fa uso. Questo fatto la fa sentire molto bene, così bene da sentirsi pronta a tornare al lavoro, cosa che il suo counselor condivide.

Sandy è impiegata come cameriera in un ristorante esclusivo e i suoi datori di lavoro sono ben contenti di riaverla, perchè è un'eccellente lavoratrice. In breve tempo però diviene molto impegnata sul lavoro, fa straordinari per aumentare il suo stipendio, cosa di cui ha molto bisogno, e questo fatto riduce la sua partecipazione agli incontri di NA. La struttura di vita ordinata che si era data ben presto viene meno: lavora fino a tardi, si sveglia tardi la mattina, non consuma pasti regolari, non va nemmeno più in palestra, attività che le piaceva molto. Il counselor teme che abbia intrapreso una strada che la riporterà a ricadere nell'uso di droga e che sia sul punto di farlo. Sandy però nega che questo stia avvenendo (risposta tipica) e cerca di trovare una giustificazione plausibile negli importanti impegni lavorativi e nella necessità di dover guadagnare di più.

Interventi

1. Il counselor spiegherà a Sandy il processo della ricaduta, evidenzierà che questo ha inizio molto tempo prima che la persona ricominci l'uso della sostanza e identificherà le fasi verso la ricaduta che riguardano Sandy. Nel suo caso, i segni sono: un cambiamento di atteggiamento (non avverte più come priorità la partecipazione ai gruppi NA), un forte stress (dovuto al superlavoro), la riattivazione della negazione (in quanto non riconosce i pericoli del suo nuovo modello di comportamento), un cambiamento comportamentale (iniziato con il suo ritorno al lavoro ma poi aumentato con la frequentazione fuori dal lavoro dei colleghi), e la perdita di uno schema di vita ordinata (determinata dal fatto che va a letto tardi la sera, si alza tardi la mattina, salta i pasti e non va più in palestra).
2. L'obiettivo principale del counselor sarà quello di analizzare la negazione e di far comprendere a Sandy che il suo stile di vita poco salutare la porterà probabilmente ad una ricaduta. Il passo successivo sarà quello di aiutare Sandy a riprendere una piena adesione al trattamento e a ripristinare alcuni comportamenti salutari, come ad es. frequentare almeno tre incontri NA alla settimana, facendo soltanto un certo numero di straordinari, e prendendosi il tempo per socializzare con altre persone anch'esse in via di guarigione.
3. Se Sandy è restia ad ammettere di avere una ricaduta, il counselor può incoraggiarla a discuterne con lo sponsor (persona di riferimento all'interno di NA) o con un'altra persona che si trova in una fase di recupero più avanzata. Inoltre si può esortare Sandy a trarre insegnamento dagli errori altrui.

La *codipendenza* si verifica quando il partner o altri membri della famiglia si lasciano controllare dal paziente. I codipendenti si comportano come tali perché hanno imparato a credere che l'amore, l'accettazione, la sicurezza e l'approvazione, nella relazione con il paziente, funzionano nelle modalità desiderate dal tossicodipendente. Nei loro processi decisionali lasciano decidere al tossicodipendente quale è la realtà. Questa eccessiva accondiscendenza promuove però il comportamento di addiction. Alcuni codipendenti sono figli adulti di alcolisti o tossicodipendenti ed il loro comportamento deriva dalla crescita in un ambiente di addiction.

Il *comportamento collusivo* si verifica quando un soggetto spesso codipendente incoraggia l'utilizzo di droga direttamente o indirettamente. Esempi sono i partner che nascondono la malattia del proprio compagno ai vicini o i figli che aiutano i genitori tossicodipendenti a mentire o i cosiddetti amici che prestano denaro per comperare droga.

Il counselor aiuterà il paziente ad identificare le amicizie positive nelle relazioni supportive al recupero.

Se il paziente non ha alcun tipo di amicizia di questo tipo, il counselor dovrà stimolare il paziente a frequentare i gruppi dei 12 passi, o incoraggiare la frequentazione di organizzazioni religiose o di altre associazioni ricreative.

Lo sviluppo di uno stile di vita drug-free

Il recupero è un processo che dura l'intera esistenza e che richiede uno stile di vita drug-free, uno degli obiettivi più importanti del trattamento. L'intera vita di molti tossicodipendenti è centrata sul fatto di procurarsi droga, usarla e associarsi con altri consumatori di droga. Quando interrompono l'uso devono instaurare nuove amicizie, stabilire nuovi schemi di interazione sociale e intraprendere nuove attività ricreative.

Se il paziente è drug-free bisogna incoraggiarlo a sviluppare amicizie e relazioni sane e a dedicarsi con loro ad attività di svago. In mancanza di relazioni o di una famiglia di questo tipo cui rivolgersi, il paziente va esortato a partecipare a gruppi religiosi, comunitari o di volontariato.

Un altro metodo per rinforzare uno stile di vita drug-free è quello di stabilire un programma giornaliero. Il counselor dovrebbe cercare di capire in che modo il paziente può strutturare la sua vita in modo tale da supportare l'astinenza. Rivedere il programma giornaliero offre al counselor l'opportunità di discutere con il paziente deviazioni dal programma, che potrebbero portare a ricadute o ad altri problemi emergenti. E' spesso utile per continuare a guidare il paziente verso la guarigione.

Esempio clinico

Giovanni, il paziente di cui abbiamo parlato prima, è molto ambivalente rispetto alla sua relazione con Lisa, la sua convivente. Continua a ripetere al suo counselor di vivere sì con Lisa, ma di non amarla e di vivere con lei solo perchè questa non ha un posto dove andare.

Il problema fondamentale è che Giovanni vuole raggiungere la totale astinenza dalla cocaina, mentre Lisa non ha voglia di intraprendere un percorso di recupero. Continua infatti ad assumere cocaina in sua presenza, ignora le richieste di Giovanni di evitare tali condotte e non riesce ad assumere nei confronti del partner un comportamento supportivo. In ogni caso Giovanni non è capace di dar seguito a quanto lui e il counselor hanno concordato, ovvero di separarsi da Lisa. Il dato positivo è che Giovanni è riuscito a mantenersi astinente per 2 mesi e vuole continuare il suo percorso di recupero; dichiara però di avere difficoltà a lasciare Lisa, perché lei dipende da lui finanziariamente e affettivamente.

Interventi

1. Il counselor evidenzia come Giovanni si comporti da codipendente e assuma un atteggiamento collusivo, supportando in questo modo la dipendenza di Lisa sia verso di lui che verso la cocaina. In primo luogo il counselor spiegherà al paziente i due concetti e li discuterà con lui: Giovanni è collusivo quando dà a Lisa il denaro per la droga o la facilita nelle sue iniziative per acquistarla ed è codipendente quando non riesce a separarsi in via definitiva da lei e le permette di usare droga in sua presenza.
2. Il counselor deve ben spiegare come la collusione e la codipendenza costituiscano un ostacolo al recupero. L'ovvia conclusione è che queste condotte minino la guarigione e facilitino una ricaduta. Si deve ben evidenziare come in questa fase del percorso terapeutico un eventuale fallimento possa avere un elevato costo emotivo.
3. Giovanni dovrebbe essere aiutato a comprendere quali effetti producano su Lisa la sua codipendenza e la sua collusione. Tali atteggiamenti facilitano infatti la dipendenza della ragazza e tutto ciò la danneggia piuttosto che aiutarla. Giovanni dovrebbe quindi capire cosa sente veramente per Lisa, cosa desidera per lei e per loro come coppia.
4. Il counselor dovrebbe identificare delle azioni concrete che Giovanni dovrebbe mettere in pratica per evitare che si instaurino la collusione e la codipendenza, ad esempio non accettando che Lisa continui ad usare droga e a portarla a casa oppure comunicandole la sua intenzione di volersi separare e discutendo con lei un piano in tal senso.
5. Il counselor dovrebbe incoraggiare Giovanni a discutere della sua situazione durante gli incontri a 12 passi e magari cominciare a frequentare i "Codipendenti Anonimi" se non ne trae beneficio. Giovanni deve cercare il sostegno di altri che hanno avuto un'esperienza simile.

Se il paziente ha raggiunto e mantiene l'astensione ci si può concentrare su obiettivi più ampi. Pur tenendo in mente che il recupero avviene giorno per giorno, si possono affrontare obiettivi come il tornare a scuola, il cambiare lavoro oppure risparmiare per comperare una casa. Il counselor ed il paziente possono insieme vedere in che modo raggiungere questi obiettivi nell'ambito di un processo orientato alla guarigione.

La spiritualità

La spiritualità, o guarigione del sé, è un aspetto del recupero riconducibile ai 12 passi, merita comunque un approfondimento perché ha un ruolo importante nel processo di recupero. Qui è intesa in senso generico come l'aver valori e scopi altruistici nella propria vita, piuttosto che in senso strettamente religioso. I pazienti sono guidati a relazionarsi con un potere superiore e trascendente. Il potere superiore come concetto è elaborato dal paziente e non dal counselor e implica il rivolgersi ad un potere che va oltre le preoccupazioni di vita quotidiane. Questa forma di accettazione del potere superiore può esprimersi nel volontariato, partecipando a gruppi religiosi oppure prestando lavori caritatevoli.

In ogni caso il paziente è incoraggiato a raggiungere la sua realizzazione e la sua felicità andando oltre sé stesso. Il ruolo del counselor è quello di introdurre ed enfatizzare questo concetto al paziente incoraggiandolo a metterlo in pratica nelle suddette attività.

Vergogna e Colpa

La dipendenza a lungo andare genera sentimenti di vergogna e colpa che finiscono per minare l'autostima del paziente. Vergogna e colpa sono due sentimenti correlati ma distinti. La vergogna infatti, è correlata a sentimenti negativi verso sé stessi, ad es. sentirsi debole, inutile o inadeguato. La colpa si riferisce invece, alla sensazione di avere dei comportamenti sbagliati, come ad es. rubare per trovare soldi per acquistare droga. Poiché la vergogna riguarda sé stessi, mentre la colpa riguarda il comportamento, i sentimenti di vergogna creano dei danni più profondi e sono più difficili da guarire.

I tossicodipendenti, in genere, provano vergogna e sensi di colpa per il loro comportamento persino nella loro fase attiva e pensano di non meritare la guarigione. Possono essere stati coinvolti in azioni che generano colpa come la prostituzione o furti per procurarsi il denaro per la droga. Pensano di aver rovinato le loro famiglie e di aver compromesso delle amicizie. Possono avere il rimpianto per ciò che hanno perso, il lavoro, la casa, la famiglia. Un comportamento additivo genera un momentaneo sollievo a queste brutte sensazioni, nel caso in cui il paziente si senta in colpa. Talvolta è un modo di punirsi, infliggendosi dolore tramite la reiterazione

dell'addiction. Spesso la dipendenza è una spirale discendente, lo sballo genera il sollievo dal dolore generato dallo sballo.

Il counselor deve incoraggiare il paziente ad identificare e ad analizzare questi sentimenti, sottolineando come l'addiction non sia un vero sollievo, ma acuisca invece la vergogna e la colpa. Va incoraggiata una vita sana e responsabile come mezzo per aumentare l'autostima ed il rispetto di sé. Chiedere scusa alle persone che si pensa di aver danneggiato è un altro modo di ricreare la stima di sé. Anche tenere un inventario personale aiuta il paziente ad analizzare con onestà i comportamenti negativi avuti durante la tossicodipendenza attiva. Questo offre la possibilità di chiedere scusa e conseguentemente permette di alleggerire i sentimenti di colpa e vergogna.

Esempio clinico

Sandy, la paziente che sembrava sul punto di riprendere il consumo di cocaina, ha effettivamente avuto una ricaduta e si è sentita così imbarazzata e piena di vergogna che ha saltato due incontri consecutivi. Contattata telefonicamente dal counselor, che le chiede una spiegazione per queste sue assenze, ammette la ricaduta. Racconta che è avvenuto due weekend prima, con alcuni colleghi di lavoro. Da allora ha usato la sostanza in altre due occasioni: una volta con gli stessi colleghi, successivamente una volta da sola tre giorni fa.

Interventi

1. Il counselor è comprensivo nei confronti di Sandy e la convince a venire ad un altro incontro. Sandy accetta e in quella occasione per prima cosa si analizza il processo della ricaduta. Viene esaminata l'entità dell'utilizzo della sostanza, che è importante affinché Sandy sia completamente onesta con sé stessa e con il counselor su ciò che è avvenuto veramente. Insieme cercano di identificare quali fattori esterni ed interni e quali sentimenti hanno portato alla ricaduta, le sue sensazioni e le azioni che ne sono conseguite. In pratica tutto il primo incontro viene utilizzato ad analizzare la ricaduta.
2. Il counselor comunicherà a Sandy che lavoreranno insieme perchè lei possa "rimettersi in carreggiata " e sottolineerà che lui la supporterà nella sua guarigione.
3. Infine, il counselor esorterà Sandy a far tesoro dell'esperienza vissuta, la cui analisi le sarà utile per evitare ricadute in futuro.

L'inventario personale

Tenere un inventario personale è un aspetto fondamentale del processo di recupero, permette al paziente di riassumere gli eventi ed i fatti verificatisi e a stabilire come trasformare la propria vita da quel punto in avanti. Se fatto con puntualità e sincerità quest'inventario aiuta il paziente ad essere sincero con sé stesso e ad assumere responsabilità verso di sé e verso gli altri, permettendo

anche una maggiore auto-accettazione. Anche se l'inventario personale andrebbe introdotto a questo punto del trattamento, sarebbe necessario tornarci più volte, in modo tale da accrescere ogni volta l'onestà e la sincerità del paziente. Il counselor dovrebbe dedicare un intero incontro per spiegare il fine di quest'inventario, il significato e le procedure da impiegare, mettendo in risalto l'importanza del mantenere un atteggiamento di onestà e sincerità, spiegando l'importanza della conoscenza di sé e della capacità di accettarsi. Se il paziente frequenta gli incontri dei NA oppure degli AA dovrebbe già avere familiarità con questo metodo. Pertanto, il counselor ed il paziente possono discutere dei sentimenti del paziente e della compilazione dell'inventario. Se il paziente non ha dimestichezza con questo sistema, il counselor può illustrarlo e discuterlo.

Un inventario personale può essere tenuto con varie modalità, una di queste è quella di porsi le seguenti domande e di annotare le risposte.

1. Che influenza ha su di me la dipendenza dal punto di vista fisico, emotivo, spirituale, economico, sulla mia autostima?
2. Che effetti ha la mia dipendenza su chi mi sta intorno, a casa, al lavoro, sulle mie finanze, sulla mia situazione sociale, sui miei figli per i quali dovrei costituire un modello, sulla mia sicurezza e su quella degli altri?
3. Quali difetti caratteriali alimentano la mia dipendenza: l'insicurezza, la paura, l'ansia, una bassa autostima, la mancanza di fiducia nei miei mezzi, l'eccessivo orgoglio, un carattere controllante, la rabbia ed altri sentimenti?

I difetti caratteriali

Dopo che il tossicodipendente ha imparato ad evitare persone, posti e cose che stimolano l'uso di droga ed è riuscito a raggiungere l'astensione, può iniziare il lavoro di riconoscimento di quegli aspetti del carattere e della personalità che rappresentano un ostacolo alla guarigione. Questi sono i "difetti del carattere", così chiamati nella filosofia dei 12 passi. Sono riconosciuti dal paziente proprio nel processo di compilazione dell'inventario personale. L'obiettivo è il riconoscimento di quegli aspetti che si possono modificare.

I difetti caratteriali sono aspetti della personalità che interferiscono con il recupero e abbassano la qualità di vita del paziente. Possono essere emersi in seguito alla dipendenza oppure possono aver contribuito all'instaurarsi della dipendenza.

Difetti Caratteriali Comuni	
Rabbia sproporzionata	Attenzione centrata su di sé
Lussuria	Scarsa pazienza
Iper-criticità	Bassa autostima
Tendenza a sfruttare gli altri	Eccessiva autostima
Disonestà	

Il counselor dovrebbe incoraggiare il paziente a modificare questi difetti. Per tale modifica si raccomanda di lavorare seguendo questo procedimento:

1. identificare aspetti problematici di sé, come la rabbia sproporzionata, la scarsa pazienza, l'eccessiva autostima.
2. Decidere quali sono i tratti da modificare valutando quanto controllo si riesce ad esercitare su quelli indesiderati e se è conveniente cambiarli.
3. Impegnarsi per modificarli.
4. Cercare l'aiuto di altri se lo si ritiene necessario.
5. Mantenere i propri propositi.

Questo è l'approccio base al cambiamento di qualunque aspetto nel drug counseling individuale. Quasi tutto quello che il paziente vuole cambiare per facilitare il processo di recupero può essere esaminato e gestito con il procedimento descritto sopra.

Come parte di questo processo, il paziente deve essere aiutato a riconoscere anche gli aspetti positivi di sé. Spesso le persone dipendenti per la vergogna ed il senso di colpa sono portate a sottovalutare o a non riconoscere i loro aspetti positivi. Il counselor deve aiutare il paziente ad identificare quanto di buono c'è in lui e ricordarglielo.

L'identificazione e l'appagamento dei bisogni

Spesso i tossicodipendenti non sanno come soddisfare i propri bisogni senza usare droghe, poiché essendo focalizzati su come procurarsi e usare droga vengono tralasciati tutti gli altri bisogni più importanti. Questo problema deve essere preso in considerazione dal counselor, che deve discuterlo con il paziente, e provare a capire se per lui questo rappresenta o è stato un problema. Nel caso in cui lo sia, il counselor esorterà il paziente ad analizzare le circostanze specifiche in cui si verifica o si è verificato.

L'incapacità di riconoscere i propri bisogni può essere occasionale. Spesso la sensazione di non avere diritto ad avere dei bisogni può essere sperimentata in un determinato contesto. Ad esempio i diritti di relazione e i privilegi derivanti dall'essere parte di una famiglia o il coniuge di qualcuno. Il

counselor dovrebbe spiegare al paziente i concetti di seguito riportati e incoraggiarlo ad avere un comportamento assertivo. L'assertività può essere appresa e esercitata.

- *L'assertività* consiste nel difendere i propri diritti personali e nell'esprimere i propri pensieri, i propri sentimenti e le proprie convinzioni in modo onesto, diretto e appropriato in modo da non violare i diritti di un'altra persona. Gli obiettivi dell'asserzione sono la comunicazione e la reciprocità.
- La *non assertività* consiste nel violare i propri diritti non esprimendo i propri pensieri, sentimenti e convinzioni in modo onesto, diretto e appropriato, permettendo così ad altri di violare noi stessi. Ciò può anche avvenire esprimendo i propri pensieri in modo dimesso e o con scarsa convinzione, così da portare gli altri a non considerarli. Purtroppo l'assertività viene spesso confusa con l'aggressività.
- *L'aggressività* è esprimere i propri pensieri, sentimenti e convinzioni in modo disonesto, spesso inappropriato, in modo da violare i diritti degli altri. Lo scopo è dominare e vincere obbligando l'altro a perdere. La vittoria viene raggiunta umiliando, degradando oppure sminuendo l'avversario.

Il counselor incoraggerà il paziente ad identificare le necessità personali che rimangono insoddisfatte e, se necessario, aiuterà il paziente a sviluppare un comportamento assertivo per soddisfare le proprie necessità. Dare al paziente l'opportunità di inscenare situazioni e provare il comportamento assertivo è un intervento spesso utile.

La gestione della rabbia

Molti dipendenti da cocaina hanno problemi a esprimere e a gestire la rabbia. Ad alcuni l'uso di droghe intorpidisce e amplifica al tempo stesso le emozioni. Spesso i tossicodipendenti fanno uso di sostanze per far fronte alla rabbia, e a lungo andare diventano insensibili rispetto ai loro reali sentimenti. Poiché non riescono a riconoscere la loro rabbia e a comprenderne le motivazioni, questa potrebbe esplodere. Può essere che abbiano anche problemi a gestire la loro rabbia poiché, a causa della dipendenza, non hanno imparato ad esprimerla in modo sano e produttivo. Può essere che questa modalità insana di manifestare la rabbia, l'abbiano appresa dai genitori o da altre figure di riferimento. La dipendenza inoltre, impedisce la crescita emotiva e l'apprendimento dall'esperienza, ciò fa sì che l'individuo si senta spesso incapace di far fronte a questi sentimenti. A questo si aggiunge il fatto che le persone dipendenti potrebbero essere arrabbiate con se stesse per la loro condizione ma trasferire la loro rabbia sulle persone vicine.

Il counselor dovrebbe discutere con il paziente le cause che determinano la propria rabbia e come e con chi la esprime. Spesso la gestione della rabbia è strettamente collegata all'individuazione dei propri bisogni e la loro soddisfazione. Per molti, il semplice riconoscimento della violazione dei

propri diritti rappresenta il primo passo per gestire la rabbia. Il passo successivo è quello di cercare di rispondere in maniera assertiva e di evitare di arrivare ad una rabbia meno produttiva. Ci sono modalità adeguate e modalità inadeguate per esprimere la rabbia. Il counselor dovrebbe discuterle con il paziente e aiutarlo a trovare delle modalità positive. Modalità sane sono: la comunicazione assertiva, o una pausa da una discussione e la sua ripresa in un altro momento, oppure uno sfogo fisico (ad es. correre, sollevare pesi, picchiare contro un cuscino). L'obiettivo è quello di imparare a gestire la rabbia in modo più costruttivo, senza ricorrere alla droga o fare del male a se stessi o ad altri.

Il rilassamento e il tempo libero

Il rilassamento, l'attività fisica ed una migliore alimentazione contribuiscono ad una vita più sana sia dal punto di vista fisico che emotivo. Va incoraggiato un miglioramento in tale senso, poiché rappresenta una parte importante del cambiamento dello stile di vita di una persona in via di guarigione. Le attività ricreative aiutano a ridurre lo stress e a mantenere un equilibrio nella vita del paziente.

Il counselor deve chiedere al paziente quali sono le sue attività di svago preferito ed incoraggiarlo a riprenderle. Nel caso in cui non ne abbia, il counselor può aiutarlo a trovarne. L'attività fisica aiuta il processo di guarigione in un duplice modo. Innanzitutto aiuta a combattere la noia che potrebbe essere un fattore predisponente all'uso di droga. Inoltre, aiuta a sentirsi meglio fisicamente, attenuando i sintomi dell'astinenza.

Se il paziente non ha idee per l'attività fisica, il counselor può dare alcuni suggerimenti tra cui i seguenti:

Suggerimenti per l'attività fisica

- Passeggiate quotidiane (in zone piacevoli che non stimolino il craving)
- Andare per vetrine (cosa che implica il camminare), da evitare però se paziente ha problemi di shopping compulsivo.
- Andare a pesca, senza portarsi alcolici in barca.
- Iscrivere in una palestra.
- Andare in bicicletta.
- Portare i bambini al parco, queste attività migliorano i rapporti con la famiglia.
- Riprendere a praticare uno sport che si praticava prima.

Migliorare la dieta è un altro aspetto importante. Spesso le persone dipendenti non mangiano correttamente perché spendono tutto il loro tempo alla ricerca e all'uso di droga, o perché non hanno i soldi per comprare cibo. A questo si aggiunge il fatto che la cocaina sopprime

temporaneamente l'appetito. Ciò significa che se la persona non si sforza di nutrirsi bene, tenderà a saltare i pasti, poiché non avverte lo stimolo della fame. Una buona nutrizione aiuta la persona a sentirsi meglio fisicamente attenuando i sintomi dell'astinenza e a ristabilire le condizioni di salute compromesse dalla dipendenza. Il counselor dovrebbe discutere le abitudini alimentari con il paziente per verificare le nozioni in fatto di nutrizione. Nel caso in cui egli non abbia buone abitudini alimentari, dovrebbe fornirgli dei suggerimenti nutrizionali. Quelle di seguito riportate sono indicazioni di base per migliorare la propria alimentazione.

Consigli nutrizionali

- Consumare due o tre pasti sani al giorno.
- Scegliere cibi diversificati: carne, pesce, pollame, latticini, frutta, vegetali, pane e cereali.
- Evitare troppi zuccheri, grassi e sale.
- Meglio consumare i pasti a casa ed evitare i fast food.
- Mangiare sano aumenta la disponibilità di energia e accelera il recupero.

Il lavoro e la gestione del denaro

I tossicodipendenti hanno spesso problemi a mantenere il lavoro e a gestire il denaro. Spesso il loro uso di stupefacenti li ha resi irresponsabili e ciò ne ha determinato il licenziamento. A questo punto del processo di guarigione, sentono di dover ritornare al lavoro, di dover essere persone responsabili e di dover mantenere se stessi e la propria famiglia. Se da un parte questa forte inclinazione al senso di responsabilità va incoraggiato, le situazioni lavorative di per sé possono determinare problemi al paziente in via di recupero.

Il lavoro dà sicuramente stabilità alla sua vita e può accrescere l'autostima ma potrebbe essere una fonte di stress psicosociale notevole. Nel cercare un lavoro, il paziente potrebbe fallire. Questo senso di fallimento, associato ad altre paure, potrebbe portare ad un'ulteriore perdita di autostima. Anche il lavoro in sé risulta stressante per altri motivi. L'ambiente lavorativo infatti, potrebbe essere un fattore predisponente all'uso di sostanze, qualora la persona si sia procurata o abbia consumato droga al lavoro o i suoi colleghi ne facciano uso, o ancora, l'uso sia derivato dallo stress lavorativo.

Tutti questi argomenti andrebbero discussi con il paziente prima che egli torni al lavoro. Se possibile, il paziente dovrebbe avere molto tempo a disposizione per focalizzarsi sulla guarigione prima di ricominciare a lavorare. Counselor e paziente devono decidere insieme quando il paziente è pronto per assicurarsi che ciò non determini una nuova ricaduta.

Oltre a questo, il paziente deve imparare anche la gestione responsabile del denaro. I pazienti tossicodipendenti nella loro fase attiva hanno dei comportamenti spesso irresponsabili con il denaro. Per molti, avere denaro rappresenta una forte spinta verso l'acquisto e l'uso di cocaina. Il

paziente deve essere consigliato e deve affidare il suo denaro ad una persona fidata (ad es. la propria madre), ovviamente che non faccia uso di sostanze. È buona cosa inoltre, che il paziente non posseda una carta bancomat o una carta di credito. L'atto fisico di andare in banca per svolgere le transazioni richiede tempo e una pianificazione.

Il passaggio ad altri comportamenti compulsivi

Molti soggetti con dipendenza chimica ritengono spesso erroneamente che la guarigione consista nell'orientare la compulsione per la droga verso altri comportamenti compulsivi. Molti si dedicano infatti al lavoro o all'attività fisica senza rendersene conto. Il counselor deve rendere il paziente cosciente di questo meccanismo, spiegando che la compulsione non permette una libera scelta e sfugge al controllo dell'individuo. Il passaggio da una dipendenza da sostanze a altre condotte compulsive non porta ad una reale sobrietà nel lungo termine. Il counselor ed il paziente devono valutare se c'è una predisposizione alla compulsività in altri aspetti della vita.

Il cosiddetto "workaholism" è un'attività compulsiva comune nel soggetto in recupero, che può portare il paziente a trascorrere gran parte del suo tempo al lavoro, o pensando al lavoro o a caccia di un lavoro.

Per contrastare i comportamenti compulsivi, i pazienti dovrebbero essere incoraggiati a fare della guarigione la loro priorità, a strutturare bene le loro giornate in modo tale da attribuire alle attività orientate al recupero un posto prioritario nella loro agenda quotidiana. Dovrebbero essere enfatizzate: l'importanza del rilassamento e di attività ricreative, un'alimentazione sana, l'attività fisica, un buon sonno poiché aumentano la probabilità di mantenere fede al processo di guarigione.

L'unica attività di tipo compulsivo che non va scoraggiata è la partecipazione ai gruppi come AA o NA. Se il paziente ritiene importante partecipare a più incontri giornalieri perché ciò lo fa sentire più sicuro, va incoraggiato a continuare in questa direzione. Se il counselor avverte che la partecipazione è legata più ad un processo di dipendenza dalle persone dei gruppi piuttosto che al bisogno di interiorizzare i principi dei 12 passi, tornerà su questo argomento più avanti, aspettando che la partecipazione più assidua favorisca l'interiorizzazione dei principi.

10. LA GUARIGIONE AVANZATA

La guarigione avanzata

Il processo di guarigione avanzata dovrebbe continuare per tutta la vita. Prevede un cambiamento dello stile di vita in cui sono compresi: l'astinenza, il coinvolgimento in relazioni sociali sane, un'alimentazione sana, riposo e attività fisica adeguati, lo sforzo per risolvere i propri problemi personali ed avere un'esistenza piena e soddisfacente. Il paziente deve cercare di adeguarsi a questo stile di vita e mantenerlo. In questo senso il processo di guarigione dura per tutta la vita.

In linea di principio il counseling, che ha una durata limitata, dovrebbe concludersi quando il paziente entra nella fase di guarigione avanzata, quando il paziente ha raggiunto e mantenuto l'astinenza ed ha imparato tutte le strategie per mantenersi sobrio. A questo punto il paziente è pronto per avere maggiore indipendenza e per poter contare su se stesso. Inoltre, dovrebbe essere pronto per passare ad un compito più difficile che è quello di mettere in pratica tutte le strategie orientate alla guarigione in ogni aspetto della vita quotidiana. In realtà, ogni paziente termina con tempi diversi, specialmente se in un approccio delimitato nel tempo. In questo modello di counseling non è possibile adattare la lunghezza del trattamento ai bisogni dell'individuo.

La conclusione

Il counselor dovrebbe pianificare con il paziente la discussione dei suoi pensieri e delle sue sensazioni sulla fine del trattamento nella seduta conclusiva. L'imminente conclusione dovrebbe essere preannunciata al paziente diversi incontri prima, in modo tale da permettergli di elaborare l'esperienza del trattamento. Nell'ultimo incontro il counselor deve chiedere al paziente le sue impressioni e riflessioni di insieme sull'esperienza del counseling. Se possibile il counselor dovrebbe evidenziare gli eventuali progressi fatti dal paziente e complimentarsene. Un obiettivo importante è quello di riconoscere che cosa il paziente ha guadagnato di nuovo dal trattamento, quali sono invece le aree su cui bisogna lavorare e come il paziente possa farlo per conto suo. Il counselor dovrebbe incoraggiare il paziente a prendersi l'impegno di continuare a lavorare sul processo di recupero, ed enumerare le azioni da intraprendere per mantenere la sua guarigione. Va messa in rilievo la necessità che il paziente continui a frequentare i gruppi dei dodici passi. Infine il counselor dovrebbe creare l'opportunità per il paziente di discutere le sue sensazioni rispetto alla conclusione della relazione di counseling.

Incontri di potenziamento del trattamento

Al termine della fase attiva di trattamento, alcuni pazienti possono beneficiare della possibilità di continuare gli incontri di counseling. Possono migliorare le strategie apprese nel counseling con incontri meno frequenti di potenziamento e con la continua partecipazione ai gruppi di auto aiuto.

Nel programma di ricerca originale, gli incontri di potenziamento si effettuavano una volta al mese per tre mesi. Non vi erano motivazioni empiriche per questa scelta, così si può decidere individualmente quanto far durare gli incontri di potenziamento. Anche nell'ultimo incontro di potenziamento il counselor dovrebbe riaffrontare le tematiche sulla fine degli incontri.

Gli incontri di potenziamento servono per fornire continuo supporto alla persona in recupero, per incoraggiare la partecipazione al programma della sua guarigione personale e per assicurarsi che egli abbia il supporto necessario nel caso in cui dovesse avere qualche problema nel mantenere l'astinenza. Gli incontri devono essere centrati sulla dipendenza e prevedere spesso la ripetizione di argomenti trattati nelle prime fasi di trattamento, con un livello di consapevolezza e di integrazione maggiore.

Obiettivi degli incontri di potenziamento

1. Ricordare al paziente il suo impegno nel processo di recupero.
2. Offrire supporto e feedback alla persona in via di guarigione.
3. Aiutare il soggetto a sviluppare un personale programma di recupero.
4. Essere raggiungibile in caso di ricaduta o di un evento simile.

11. AFFRONTARE I PROBLEMI CHE SI PRESENTANO

Gestire il ritardo o la mancata presenza

Bisogna costantemente esortare i pazienti a presentarsi puntuali agli incontri, di avvisare del ritardo e di chiamare con 24 ore di anticipo nel caso non possano venire. Se un paziente viene meno a queste regole, il counselor ne discuterà con lui durante la seduta.

Se il paziente arriva in ritardo ad un incontro, la seduta sarà più breve e terminerà all'orario stabilito. In caso di ripetute assenze agli incontri senza preavviso e senza una riorganizzazione potrebbe esserci una dimissione del paziente dal trattamento. Ciò andrebbe chiarito al paziente. Nel programma di ricerca originale, il termine amministrativo del trattamento aveva luogo soltanto dopo 30 giorni consecutivi di non presenza agli incontri, così da fornire al paziente numerose altre opportunità prima della dimissione dal trattamento.

Ai pazienti è richiesto di presentarsi sobri a tutte le visite. Se un paziente arriva ad un incontro intossicato, il counselor dovrebbe ricordare al paziente le sue responsabilità sul fatto di essere drug free e riprogrammare la seduta. I clinici dovrebbero usare il loro giudizio personale per gestire un singolo evento. Per esempio, se un paziente arriva ad un incontro lievemente sotto l'influenza ma non intossicato, è discrezione del counselor decidere se continuare o meno con l'incontro. Sicuramente la situazione in cui un paziente ha appena assunto droghe rende più semplice la decisione.

Negazione, resistenza o scarsa motivazione

La negazione e la bassa motivazione sono temi centrali nelle prime fasi di trattamento. Vengono presi in considerazione agli inizi e ci si ritorna nelle fasi successive, in caso di necessità. La strategia principale è quella di fermarsi di fronte alla negazione del paziente, evidenziando al paziente i suoi comportamenti additivi e le conseguenze della dipendenza e la sua cecità rispetto alla negazione. Il concetto di resistenza al cambiamento non è affrontato direttamente nel counseling, ma forma un tutt'uno con il concetto di negazione e viene affrontato con questo. Per esempio si tratta di negazione, quando il paziente non usa più cocaina ma continua ad utilizzare alcol oppure continua a frequentare persone che usano. Un altro approccio è chiedere al paziente di abbandonare il potere della dipendenza per farsi governare dal potere di un'entità superiore proprio come è suggerito dalla filosofia dei 12 passi. Per quel che riguarda la motivazione, i pazienti esprimono spesso un'ambivalenza ad un certo punto del trattamento. Potrebbero essere usate varie strategie ad es. esortare i pazienti a valutare gli aspetti positivi e quelli negativi

dell'essere sobri, ad analizzare attentamente le conseguenze della dipendenza. Questi argomenti sono quindi rivisti continuamente nel primo periodo del trattamento.

Strategie per affrontare le crisi

Se il paziente si presenta all'incontro con un problema droga correlato come la fine del matrimonio o problemi finanziari, il counselor dovrebbe cercare di affrontare il problema. Va evidenziato come questo sia associato al comportamento additivo. Andrebbe dedicato molto tempo nell'aiutare il paziente a sviluppare strategie per gestire il problema coerentemente con il programma di guarigione, chiedendo ad es. aiuto ai servizi sociali.

Nel caso in cui il paziente abbia una vera e propria crisi, ad es. perché ha speso tutto il suo denaro per un binge di cocaina e manifesta intenzioni suicide, il counselor dovrebbe affrontare la questione immediatamente, chiedendo assistenza medica o psichiatrica allo staff deputato al trattamento per gestire la crisi.

Gestire la ricaduta

Se si verifica una ricaduta, il counselor ed il paziente dovrebbero utilizzare l'incontro immediatamente successivo alla ricaduta per identificare e esaminare gli eventi, i sentimenti e i pensieri che hanno portato alla ricaduta. Questa fase è definita appunto come "analisi della ricaduta".

La ricaduta all'uso di droga è un evento comune che può avere sul paziente un effetto devastante. È necessario che il counselor spieghi al paziente che una ricaduta non implica il fallimento di un intero programma. Il processo di guarigione non significa o tutto o niente. Quando un paziente ricade, il counselor deve mettere in evidenza che si è persa soltanto la condizione drug free, non le conoscenze e l'esperienza acquisita nel corso del programma. Deve educare il paziente sull'importanza di mettere in atto strategie correttive, invece che farsi sovrastare da sentimenti di depressione o di fallimento. Si possono utilizzare le ricadute come spunti per affrontare alcuni temi in maniera costruttiva, mettendo in risalto che la ricaduta è dovuta al fatto che non si è seguito il programma. Il counselor dovrebbe identificare i punti in cui il paziente non si è attenuto al piano di trattamento ed aiutarlo a ricominciare.

Livelli di gravità della ricaduta

Si può dire che esistono tre livelli di gravità che ne determinano la risposta terapeutica adeguata. Il counselor deve indicarli al paziente con relativi interventi correttivi da utilizzare in ciascun caso. Deve informarlo che qualsiasi nuova assunzione di sostanze è una ricaduta e va pertanto analizzata e presa in considerazione nell'ambito del programma. I livelli di gravità servono al counselor per determinare le azioni adeguate da intraprendere.

Le scivolate

Sono il livello di ricaduta più basso, implicano il consumo di sostanze per un breve lasso di tempo senza segni o sintomi della dipendenza, secondo la definizione dei criteri del DSM IV (American Psychiatric Association 1994). Possono essere utili per rafforzare il processo di guarigione del paziente se utilizzati per identificare i punti deboli e per individuare le soluzioni e i comportamenti alternativi che possono aiutare a prevenire successivi episodi.

Diversi giorni di utilizzo

Livello intermedio di ricaduta, si verificano alcuni sintomi e segni corrispondenti ai criteri di dipendenza. In questo caso il counselor può decidere di incrementare temporaneamente l'intensità dell'intervento. Contatti più frequenti permettono, in genere, di ripristinare l'astinenza. Il paziente deve essere invitato a far tesoro di questa esperienza per trovare strategie per evitare la ricaduta in futuro. Viene inoltre esortato a riprendere il programma.

Utilizzo prolungato e ripristino dello stato di dipendenza

Questo è il livello più grave di ricaduta con il re-instaurarsi della dipendenza. In questo caso, spesso il paziente abbandona temporaneamente il programma e necessita di disintossicazione ambulatoriale o tramite ricovero prima di iniziare nuovamente il trattamento. La decisione del ricovero o meno va presa congiuntamente allo staff, sulla base della gravità della ricaduta, delle particolari sostanze utilizzate, della presenza di supporto sociale, della presenza di una situazione medica o psichiatrica instabile.

12. CARATTERISTICHE E FORMAZIONE DEL COUNSELOR

Caratteristiche personali ideali del counselor

Il counselor per la dipendenza deve possedere una buona capacità professionale di giudizio, essere in grado di stabilire una buona relazione con la maggior parte dei pazienti, deve avere una buona capacità di ascolto, di accogliere i pazienti (cioè non avere pregiudizi nei confronti dei pazienti tossicodipendenti) e usare il confronto in modo che risulti di aiuto piuttosto che inappropriato oppure eccessivamente punitivo. Un counselor per la dipendenza deve essere inoltre ben organizzato a livello personale per saper affrontare con prontezza ogni incontro, conservando tutta la documentazione utile.

Per gli scopi clinici, il modello qui presentato può essere usato da counselor esperti in materia. Non è stato ideato come alternativa all'esperienza educativa formale. Piuttosto va utilizzato da counselor che possiedono già una qualche esperienza nel campo della tossicodipendenza.

Per partecipare allo studio di ricerca originale i counselor hanno preso parte a diversi seminari formativi della durata di 2 giorni, che hanno trovato utili e divertenti. Pertanto, se possibile, si raccomanda una formazione pratica formale. Là dove questo tipo di formazione non è possibile, può tuttavia essere utile studiare il manuale attentamente ed avere una supervisione continua.

Per scopi di ricerca è necessario utilizzare il manuale dopo una formazione formale certificata. Inoltre, è necessaria una supervisione continua basata sull'aderenza alla scala per garantire la coerenza con questo modello particolare così come l'elevato livello di assistenza al paziente.

Formazione richiesta

Nel campo del drug counseling, l'esperienza è considerata importante almeno quanto la formazione. Quest'ultima è più ampia di quella contemplata dalla Psicologia Clinica. Va dal diploma di scuola media superiore fino al dottorato; la maggior parte dei counselor ha un master in scienze sociali, counseling psicologico o altro.

Credenziali ed esperienza richiesti

I counselor devono avere almeno tre anni di esperienza di counseling per la dipendenza e conoscere il modello dei dodici passi. In diversi stati americani c'è la possibilità di avere certificazioni professionali per il counseling nell'addiction. Tali certificazioni non sono obbligatorie ma sicuramente raccomandate.

Counselor che hanno avuto in passato esperienze di tossicodipendenza

Molti counselor nell'ambito della dipendenza sono persone esse stesse in via di guarigione oppure hanno un membro della famiglia che ha avuto problemi di dipendenza. Una conoscenza profonda dell'addiction e degli strumenti necessari per curarla, e la capacità di entrare in rapporto empatico con il paziente sono attributi essenziali per un counselor efficace dell'addiction. Un modo, ma non l'unico, per acquisire questa conoscenza e questa abilità è quella di essere in prima persona in via di guarigione. Se un counselor infatti è in via di guarigione dovrebbe essere emotivamente sano e stabile. Perciò è necessario essere in fase di recupero da almeno cinque anni. In un contesto in cui sono presenti più counselor, la situazione ottimale è avere counselor in via di guarigione ed altri che non hanno un passato di dipendenza, perché questo stimola al massimo l'apprendimento reciproco.

13. LA SUPERVISIONE

La formazione e la supervisione

Una supervisione continua è necessaria ed importante per il sostegno e la formazione del counselor. La sua assenza è spesso un problema ricorrente. A questa si aggiungono di frequente lo stress ed il burn-out.

Lo scopo finale della supervisione è incrementare la qualità dell'assistenza al paziente. A tal fine è necessario innanzitutto fornire al counselor supporto ed incoraggiamento e la possibilità di ampliare le sue capacità. Secondariamente, è importante che il supervisore abbia la possibilità di rivedere lo status clinico dei pazienti e di offrire suggerimenti o consigli correttivi.

In questo tipo di intervento è previsto che il counselor abbia un supervisore con cui incontrarsi una volta la settimana per rivedere le sessioni di counseling. E' raccomandabile registrare i vari incontri e mostrarne alcuni al supervisore, il quale, dopo averne ascoltato una certa percentuale nella sua interezza, dovrebbe valutarne l'aderenza al manuale. Dovrebbe poi, darne un feedback al counselor anche per quel che riguarda altre questioni cliniche.

L'uso della scala di aderenza

Al manuale è allegata una scala di aderenza (vedi appendice) per valutare il livello di adesione e conformità del counselor a questo tipo di counseling. Questa ha due usi principali: la formazione e la supervisione, importanti sia nei programmi clinici che nei programmi di ricerca; e la valutazione della differenziabilità del trattamento, particolarmente importante negli studi di ricerca che confrontano i vari modelli di trattamento. Qui, viene discusso solo l'uso clinico della scala di aderenza.

La scala è ideata per tipologie specifiche di interventi che sono fondamentali nel counseling per la dipendenza da droghe. I counselor sono valutati su scale a 7 punti, sulla frequenza e sulla qualità (interpretate come conformità e competenza) di interventi specifici consigliati nel manuale. I counselor dovrebbero esplicitare chiaramente quali tipi di interventi dovrebbero essere utilizzati e quali tipi di interventi non dovrebbero essere utilizzati in quanto non teoricamente coerenti con questo approccio. Inoltre, la scala di conformità è stata ideata come guida per i formatori o per i supervisori nei loro compiti di supervisione di altri counselor. A questo scopo vengono fornite istruzioni su come valutare correttamente gli interventi.

Benché la scala di conformità identifichi le tipologie di interventi necessari per fare del buon counseling, secondo quanto descritto nel manuale, non tutti gli interventi evidenziati andrebbero adottati in ogni incontro. I pazienti sono diversi l'uno dall'altro. I diversi argomenti emergono per i singoli pazienti in momenti differenti del trattamento, a seconda dell'impatto degli eventi della vita

sul trattamento. La scala di conformità elenca i vari tipi di interventi che i counselor dovrebbero attuare negli incontri di counseling. Ma, nel complesso, i bisogni del singolo paziente in trattamento dovrebbero influire sul modo e sulla sequenza con cui questi interventi sono effettuati. La scala di conformità, ideata sulla base del counseling individuale, è stata valutata rispetto alle sue proprietà psicometriche (Barber et al. 1996).

E' emersa una soddisfacente affidabilità, il che indica che la scala può essere utilizzata in modo affidabile per valutare la conformità e la competenza tecnica del counseling individuale. E' emerso inoltre, un livello di coerenza interna piuttosto elevato nelle 5 principali e nelle 2 secondarie sottoscale: monitoraggio dei comportamenti d'abuso, esortazione all'astinenza, alla partecipazione ai 12 passi, prevenzione delle ricadute, educazione del paziente e cose che non andrebbero fatte. Ciò giustifica il raggruppamento degli argomenti in sottoscale, facilitando così la comprensione degli interventi teorici di questo modello.

Le correlazioni sostanziali fra conformità e competenza hanno portato gli esperti a ritenere che i counselor che attuano gli interventi contemplati nel manuale siano anche quelli più abili nel counseling in generale. Ciò indica che il modello di counseling individuale comprende molte delle idee e degli interventi preziosi del counseling. Suggestisce inoltre che il counselor abile adotterà agevolmente questo approccio perché coerente con quanto fanno in genere i bravi counselor. Infine, la scala di conformità ha mostrato una buona capacità di discriminazione, il che significa che gli esperti nel campo sono in grado di distinguere questo modello da altri modelli di trattamento ad es. dalla terapia cognitiva e da quella psicodinamica espressiva. Per la ricerca originale, è stato fatto un confronto tra i vari trattamenti per la dipendenza da cocaina ed è emerso che il counseling individuale è particolarmente efficace.

14. BIBLIOGRAFIA

- *Alcoholics Anonymous Twelve Steps and Twelve Traditions*. New York: AA World Services, 1986.
- *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual 01 Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Barber, J.P.; Mercer, D.; Krakauer, I.; and Calvo, N. Development of an adherence/competence rating scale for individual drug counseling. *Drug Alcohol Depend* 43: 125-132, 1996.
- Bloom, F.E. Molecular genetics and psychiatry. In: Kupfer, D., ed. *Reflections on Modern Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press, xv 143, 1992. pp. 79-90.
- Crits-Christoph, P.; Siqueland, L.; Blaine, J.; Frank, A.; Luborsky, L.; Onken, L.S.; Muenz, L.; Thase, M.E.; Weiss, R.D.; Gastfriend, D.R.; Woody, G.; Barber, J.P.; Butler, S.F.; Daley, D.; Bishop, S.; Najavits, L.M.; Lis, J.; Mercer, D.; Griffin, M.L.; Moras, K.; and Beck, A. The NIDA collaborative cocaine treatment study: Rationale and methods. *Arch Gen Psychiatry* 54:721-726, 1997.
- Crits-Christoph, P.; Siqueland, L.; Blaine, J.; Frank, A.; Luborsky, L.; Onken, L.S.; Muenz, L.; Thase, M.E.; Weiss, R.D.; Gastfriend, D.R.; Woody, G.; Barber, J.P.; Butler, S.F.; Daley, D.; Salloum, I.; Bishop, S.; Najavits, L.M.; Lis, J.; Mercer, D.; Griffin, M.L.; Moras, K.; and Beck, A. Psychosocial treatments for cocaine dependence: Results from the NIDA collaborative cocaine treatment Study. *Arch Gen Psychiatry*, in press
- Daley, D.C. *Relapse Prevention Workbook*. Holmes Beach, FL: Learning Publications, Inc., 1986.
- Daley, D.C. *Surviving Addiction*. New York: Gardner Press, 1988.
- Daley, D.C. *Dual Disorders: Relapse Prevention Workbook*. Center City, MN: Hazelden Foundation, 1993.
- Galanter, M. Social network therapy for cocaine dependence. *Adv Alcohol Subst Abuse* 6:159-175, 1986.
- Galanter, M., and Pattison, E.M. *Advances in the Psychosocial Treatment of Alcoholism*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1984.
- Gawin, F.H., and Kleber, H.D. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 43:107-113, 1986.
- Gorski, T. The CENAPS model of relapse prevention planning.] *Chem Depend Treat* 2:153-169, 1989.
- Gorski, T., and Miller, M. *Counselling or Relapse Prevention*. Independence, MO: Herald House/Independence, 1982.

- Heinz, A.; Ragan, P.; Jones, D.W.; Hommer, D.; Williarns, W.; Knable, M.B.; Gorey, J.G.; Doty, L.; Geyer, c.; Lee, K.S.; Coppola, R.; Weinberger, D.R.; and Linnoila, M. Reduced central serotonin transporters in alcoholism. *AmJ Psychiatry* 155:1544-1549, 1998.
- Luborsky, L. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books, 1984.
- Luborsky, L.; Barber, J.; Siqueland, L.; McLellan, A.T.; and Woody, G. Establishing a therapeutic alliance with substance abusers. In: Onken, L.S.; Blaine, J.D.; and Boren, J.J., eds. *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 165. NIH Publication No. 97-4142. Washington, DC: Supt. Of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1997. pp.233-240.
- Mark, D., and Luborsky, L. "A Manual for the Use of Supportive Expressive Psychotherapy in the Treatment of Cocaine Abuse." Unpublished manuscript, 1992.
- Marlatt, G.A., and Gordon, J.R., *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press, 1985.
- McLellan, A.T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, I.; Grissom, G.; et al. The fifth edition of the addiction severity index. *J. Subst Abuse Treat* 9:199-213, 1992.
- Mercer, D., and Woody, G. "Addiction Counseling" Unpublished manuscript, University of Pennsylvania/VAMC Center for Studies of Addiction, 1992.
- Nowinski, J.; Baker, S.; and Carroll, K. *Twelve-Step Facilitation Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Project MATCH Monograph series, Vol. 1. NIH Publication No. 94-3722, Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1994.
- Project MATCH Research Group. Project MATCH: Rationale and methods for a multi-site clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clin Exp Res* 17: 1130-1145, 1993.
- Rounsaville, B.J.; Gawin, F.H.; and Kleber, H.D. Interpersonal psychotherapy adapted for ambulatory cocaine abusers. *AmJ Drug Alcohol Abuse* 11:171-191, 1985.
- U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services. *Dietary Guidelines for Americans*. Washington, DC: the Departments, 1995.
- Washton, A.M. *Cocaine Addiction: Treatment, Recovery and Relapse Prevention*. New York: Norton, 1989.
- Washton, A.M. *Quitting Cocaine*. Center City, MN: Hazelden Foundation, 1990a.
- Washton, A.M. *Staying Off cocaine*. Center City, MN: Hazelden Foundation, 1990b.
- Washton, A.M. *Maintaining Recovery*. Center City, MN: Hazelden Foundation, 1990c.

- Weiss, R.D.; Griffin, M.L.; Najavits, L.M.; Kogan, J.; Hufford, c.; Thompson, H.; Albeck,]; Bishop, S.; Daley, D.; Mercer, D.; Simon-Onken, L.; and Siqueland, L. Self-help activities in cocaine dependent patients entering treatment: Results from the NIDA Collaborative Cocaine Study. *Drug Alcohol Depend* 43:79-86, 1996.
- Woody, G.; Stockdale, D.; and Hargrove, E. "A Manual of Drug Counseling With Opiate Addicts." Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, 1977.

15. APPENDICE

Scala aderenza-competenza per Drug Counseling Individuale (IDC) per la dipendenza da cocaina

Counselor: _____

Paziente: _____

Incontro n.: _____

Data: _____

Valutazione: _____

Data: _____

L'incontro di counseling viene valutato utilizzando la scala di seguito riportata. Per ciascun item deve essere valutata sia la frequenza, ossia l'impegno del counselor nell'approfondire il comportamento descritto, e la qualità, ossia la competenza con la quale è stato eseguito il compito.

Frequenza:

- 1: non è stato affrontato
- 2: appena sfiorato
- 3: brevemente discusso
- 4: **livello medio di frequenza**
- 5: abbastanza costante
- 6: costante
- 7: molto costante

Qualità:

- 1: insufficiente
- 2: scarsa
- 3: mediocre
- 4: **accettabile**
- 5: abbastanza buona
- 6: buona
- 7: molto buona

Se il comportamento descritto in un item non è stato affrontato si dovrà attribuire un punteggio di frequenza pari a 1, e un punteggio di qualità coerente al danno recato al paziente per l'esclusione dell'intervento. Se le conseguenze sono state particolarmente severe in seguito al mancato intervento del counselor, il punteggio di qualità è pari a 1 se, invece, nel contesto della sessione non si rendeva necessario tale intervento il punteggio di qualità è pari a 4. Non è ammesso ricorrere a "non applicabile", sia per la frequenza che per la qualità.

Punteggio attribuibile						
1	2	3	4	5	6	7
Basso			Moderato		Molto alto	

Monitoraggio dell'uso di sostanze stupefacenti

Frequenza Qualità

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | 1. Monitoraggio dell'uso di cocaina
Assegna alla frequenza un punteggio di 4 o più se si verifica l'uso di cocaina e di 1 se l'uso di cocaina non si verifica. Un punteggio di 4 va assegnato, anche se il counselor non fa una domanda specifica riguardo all'uso di cocaina (es. Hai fatto uso di qualche droga da quando ci siamo visti l'ultima volta?). In questo caso anche alla voce qualità deve essere dato un punteggio basso. Per essere significativo il monitoraggio deve essere effettuato all'inizio della sessione. |
| _____ | _____ | 2. Monitoraggio dell'utilizzo di altre droghe o di alcol
Assegna alla frequenza un punteggio di 4 o più se si verifica l'uso di altre droghe o di alcol e di 1 se questo uso non si verifica. Valuta la qualità in base a come è stata completamente e competentemente fornita la risposta. Per assegnare un giudizio elevato di qualità il counselor deve attuare un approfondimento all'inizio della sessione e stabilire la data di quando si è verificato l'ultimo uso (di queste sostanze). |
| _____ | _____ | 3. Monitoraggio del craving
Per ottenere un punteggio di 4 o più si deve fare una domanda specifica. Domande tipo: Hai avuto voglia di usare (cocaina) questa settimana? Hai avuto momenti di craving o stimoli (all'uso) questa settimana? |
| _____ | _____ | 4. Monitoraggio di situazioni scatenanti l'utilizzo di cocaina (situazioni triggers)
Le situazioni devono essere esplicitamente legato all'uso di droga per ottenere un punteggio di 4 o più. |
| _____ | _____ | 5. Monitoraggio dei triggers emozionali (sensazioni che possono portare all'uso della droga)
Le sensazioni devono essere chiaramente legate all'uso della droga per ottenere un punteggio di 4 o più.
Domanda tipo: Queste sensazioni ti hanno indotto ad assumerla? |
| _____ | _____ | 6. Monitoraggio dell'astinenza o dei sintomi post acuti dell'astinenza
Questo monitoraggio si effettua all'interno di uno specifico approfondimento riguardante l'astinenza/ sintomi post acuti di astinenza.
Per ottenere un punteggio di 4 o più devono essere fatte delle domande specifiche inerenti questo monitoraggio. |

Incoraggiamento dell'astinenza

Frequenza Qualità

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | 7. Aiuto al paziente a strutturare il suo tempo
Per ottenere un punteggio di 4 o più il counsellor deve proporre progetti o suggerimenti o discutere di ipotesi concrete. |
|-------|-------|---|

- | | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | 8. Analisi dell'attuale occupazione (lavorativa) e / o gestione del denaro |
| _____ | _____ | 9. Disincentivare l'uso di droga e alcol
Se è solamente implicito, non dare un punteggio superiore a 4. |
| _____ | _____ | 10. Analisi della compliance o della resistenza al trattamento da parte del paziente
In relazione a quanto stabilito dal piano di trattamento si devono analizzare dei comportamenti concreti messi in atto dal paziente (per esempio riunioni, terapia di gruppo, astinenza, telefonate, ecc.). |
| _____ | _____ | 11. Aiuto al paziente a sviluppare comportamenti sociali adeguati e/o attività ricreative |
| _____ | _____ | 12. Incoraggiamento al paziente perché si assuma appieno la responsabilità nel raggiungimento della guarigione |
| _____ | _____ | 13. Analisi delle conseguenze derivate dall'uso di droga e alcol
Queste conseguenze devono fare riferimento al passato e al presente piuttosto che a situazioni future o possibili. Inoltre devono essere relative direttamente al paziente. |
| _____ | _____ | 14. Analisi delle istanze di spiritualità |

Incoraggiamento della partecipazione al programma dei 12 passi

- | Frequenza | Qualità | |
|-----------|---------|--|
| _____ | _____ | 15. Monitoraggio della partecipazione ai gruppi dei 12 passi
Include la frequenza della partecipazione e il tipo del gruppo. |
| _____ | _____ | 16. Incoraggiamento alla frequenza e al coinvolgimento nel programma dei 12 passi
Va incluso il suggerimento che il paziente contatti lo sponsor, frequenti più incontri, ed anche differenti tipi di incontri, ecc. |
| _____ | _____ | 17. Analisi di singoli passi e della filosofia dei 12 passi (es. i passi, la filosofia, le tradizioni e gli slogan) |
| _____ | _____ | 18. Analisi delle preoccupazioni e delle resistenze del paziente verso ogni aspetto del programma dei 12 passi |
| _____ | _____ | 19. Analisi delle relazioni che intercorrono tra lo sponsor e paziente |

Prevenzione della ricaduta

- | Frequenza | Qualità | |
|-----------|---------|--|
| _____ | _____ | 20. Analisi degli agenti stressanti e di come questi influenzano la guarigione
Gli agenti stressanti si riferiscono ad ogni situazione esterna alla quale il paziente deve adattarsi (es. lavoro, relazioni, bambini). |

Per avere un punteggio di 4 o più il counselor deve specificatamente legare l'agente stressante al percorso di recupero (es. Questo fa sì che tu voglia usarla? Che cosa puoi fare invece di usarla? Come questo influenza il tuo percorso di recupero? Questo ti ha condotto ad usare droga in passato?). Se il paziente si lamenta (degli eventi stressanti), ma il counselor non ritiene di approfondire, viene dato un punteggio di 1 alla frequenza (F=1). La frequenza riflette infatti la presenza di discussione mentre la qualità riflette l'utilità della discussione.

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | 21. Analisi della negazione e dei comportamenti ambivalenti |
| _____ | _____ | 22. Elaborazione delle ricadute più recenti
Questo include le persone, luoghi e cose collegate alla ricaduta (es.: che cosa è successo quando si è verificata la ricaduta?) |
| _____ | _____ | 23. Individuazione dei sintomi della ricaduta
Questo tema va affrontato nel contesto della prevenzione della ricaduta e comprende l'individuazione dei sintomi specifici. Cambiamento di sentimenti, di attitudini e di comportamenti vanno considerati come sintomi di ricaduta. |
| _____ | _____ | 24. Messa in atto di concreti cambiamenti nel comportamento per evitare la ricaduta nell'uso
Vanno incluse domande quali "come puoi smettere?" e "cosa puoi fare di diverso?"
Si possono anche formulare degli interventi per facilitare le sicurezze (acquisite) e gestire situazioni di crisi. Una ricaduta non avrebbe dovuto verificarsi; cambiamenti delle abitudini, dei comportamenti e dei pensieri vanno considerate come parte del processo di ricaduta. |

Indicazioni educative al paziente

Frequenza Qualità

- | | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | 25. Approfondimento delle situazioni scatenanti |
| _____ | _____ | 26. Approfondimento dei sintomi dell'astinenza e della sindrome astinenziale post- acuta |
| _____ | _____ | 27. Approfondimento dei processi alla base della dipendenza patologica
Comprende discussioni sui vari stadi della dipendenza, la tolleranza, i criteri diagnostici ecc; si deve utilizzare una modalità didattica che sia informativa e esplicita. |
| _____ | _____ | 28. Approfondimento dei processi della ricaduta e/o del percorso di recupero |
| | | 29. Approfondimento comportamenti sessuali ad alto rischio (specialmente quelli connessi all'Infezione da HIV e al collegamento cocaina-sesso) |

Miscellanea

Frequenza	Qualità
-----------	---------

- | | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | <p>30. Affrontare la rabbia (come riconoscere questa sensazione ed esprimerla in modo appropriato)</p> <p>Se questo comportamento non si verifica (F=1); il punteggio relativo alla qualità va tenuto basso solo se appare chiaro che il paziente ha delle emozioni di rabbia, che richiedono di essere gestite. Se il paziente esplicita questi sentimenti di rabbia e il counselor lo ignora il punteggio è F=1, Q=1.</p> <p>Se il paziente rivela che potrebbe provare rabbia (per es. descrive una situazione nella quale una persona dovrebbe tipicamente provare rabbia) e il counselor lo ignora assegnare F=1, Q=3.</p> <p>Se il paziente nella sessione non fa alcun riferimento all'esistenza di problemi collegati alla rabbia il punteggio è F=1 e Q=4.</p> <p>Per F> di 1 il counselor deve proporre dei suggerimenti concreti per come affrontare la rabbia e assegnare un punteggio di qualità di 4 o più.</p> |
| _____ | _____ | <p>31. Gestire i sintomi della sindrome astinenziale post acuta (es. incoraggiando nutrizione adeguata, sonno regolare, esercizio fisico)</p> <p>Per assegnare un punteggio di 4 o più il counselor deve suggerire concreti cambiamenti nella condotta specificatamente centrati sul singolo paziente.</p> |
| _____ | _____ | <p>32. Analisi di altri comportamenti compulsivi (gioco d'azzardo, sesso, superlavoro, alimentazione, ricerca di emozioni forti)</p> <p>Se questo comportamento non si verifica (F=1), assegnare il punteggio di qualità basso solo se è evidente che il paziente non ha un comportamento compulsivo che richiede di essere analizzato. Il punteggio di qualità dipende sia dalla risposta del counselor sia dall'intensità in cui il problema sembra essere presente.</p> <p>Se il paziente esplicita un comportamento compulsivo e il counselor lo ignora, il punteggio è F=1, Q=1.</p> <p>Un punteggio di F=1, Q=4 è equivalente a N/A: significa quindi che il counselor non deve approfondire il problema e che non sembrano esserci problemi in tal senso che meritano di essere discussi.</p> <p>Quando Q si avvicina ad 1 è ovviamente presente un tale problema. Per Q> di 4 il terapeuta deve approfondire il problema e Q si avvicina al punteggio di 7 quando l'intervento risulta efficace.</p> |
| _____ | _____ | <p>33. Analisi delle relazioni insane</p> |
| _____ | _____ | <p>34. Analisi dei problemi familiari (codipendenza, enabling, alcolismo ecc.)</p> <p>Questo item si riferisce unicamente a problemi familiari correlati all'uso di droga e/o di altri comportamenti negativi. Il focus deve essere su come questi problemi influenzano i pazienti. Il counselor deve analizzare in che modo questi problemi si correlano al recupero per assegnare un punteggio di Q> 4.</p> |

Cose che non devono essere fatte

Per questi items va assegnato un punteggio alla sola frequenza

Frequenza

35. Analizzare le dinamiche del paziente nelle relazioni

36. Interpretare gli aspetti della relazione counselor/paziente

37. Identificare le credenze disfunzionali del paziente sulla tossicodipendenza

Il riferimento è al modello cognitivo in cui il terapeuta identifica le credenze disfunzionali e impegna il paziente in un processo cognitivo, sviluppando strategie di coping.

38. Incoraggiare il paziente all'uso di strategie di coping

Sommario

Qualità

39. Caratteristiche necessarie per un counselor IDC

Un punteggio di 4 significa che il counselor è adeguato.

Un punteggio inferiore a 4 significa che il counselor è inadeguato, non è aderente al manuale ICD, ha un comportamento inappropriato ed è un counselor scadente.

Un punteggio sopra il 4 significa che è un counselor ICD particolarmente bravo.

40. Giudizio sui livelli di difficoltà presentati dal paziente

Quanto è stato difficile trattare il paziente? Se il paziente era facile assegna un punteggio basso (1,2,3).

Se il paziente era difficile, assegna un punteggio elevato (5,6,7). Un punteggio di 4 significa che il paziente era di media difficoltà (1= assolutamente facile, 7= estremamente difficile).

Approccio al trattamento

SI/NO

Familiarità

41. Questa è una seduta IDC? (sì no)

Quanto sei sicuro della tua risposta?

1= per nulla 4=abbastanza 7=assolutamente certo

42. Questa è una seduta cognitiva? (sì no)

Quanto sei sicuro della tua risposta?

1= per nulla 4=abbastanza 7=assolutamente certo

43. Questa è una seduta supportivo-espressiva? (sì no)

Quanto sei sicuro della tua risposta?

1= per nulla 4=abbastanza 7=assolutamente certo

Stampato nel mese di luglio 2009

da Cierre Grafica - Verona

www.cierrenet.it