

# **PROGRAMMA CONOSCENZA: TRATTAMENTO PSICOEDUCATIVO INTEGRATO ED EVOLUTO PER PROBLEMI DI COCAINA**

Andrea Leonardi\*, Paolo Fioravanti\*,  
Sonia Scavelli\*, Francesco Velicogna\*

\* *Centro di Solidarietà di Firenze, Toscana*

\*\* *Institute of Constructivist Psychology, Padova*

## **ABSTRACT**

Nella Relazione annuale 2005 sulla “Diffusione del fenomeno droga in Europa”, è riportata la scarsa presenza di opzioni per il trattamento dell’uso di cocaina, a fronte di un progressivo e costante aumento del fenomeno. Il “Programma Conoscenza” si inserisce in questo panorama fornendo il suo contributo alla risoluzione dei problemi relativi alla dipendenza da cocaina, mediante un modello psico-educativo integrato. Le caratteristiche distintive del programma sono l’utilizzo di modelli di comprovata efficacia e di comunicazione persuasiva, la relativa brevità dell’intervento e il costante processo circolare e autocorrettivo. Tutto questo ha portato alla costruzione di un modello dotato di sue peculiarità. Dopo tre anni di attività è stato possibile effettuare una valutazione dei risultati ottenuti dal programma. I dati raccolti hanno dimostrato una buona efficacia ed efficienza di trattamento con indici oggettivi, ricavati dai controlli urinari, che documentano, nel corso del trattamento, la progressiva astinenza da cocaina. I risultati ottenuti dalla valutazione complessiva del percorso terapeutico, ci hanno dimostrato che, in più del 60% dei casi, la persona ha risolto (o notevolmente migliorato) il proprio problema di dipendenza.

*il vero viaggio di scoperta  
non consiste nel cercare nuove terre  
ma nell'aver nuovi occhi*  
Marcel Proust

## I. MODELLO TEORICO D'INTERVENTO

Il “*Programma Conoscenza*”, ha privilegiato una metodologia d'intervento psicoeducativa, integrata, autocorrettiva e quindi continuamente migliorabile e modificabile. Tale modello attinge in modo versatile a tutto ciò che la ricerca in ambito psicologico clinico e sociale applicativo fornisce. Studi in letteratura e protocolli d'intervento Evidence Based di matrice cognitiva (Carroll et al., 1998; Higgins et al., 1991), ci hanno indotto a privilegiarne alcuni aspetti metodologici. Abbiamo, inoltre, scelto di avvalerci di un modello che fosse definito da alcuni punti principali:

1. *Riferirsi primariamente a modelli d'intervento di comprovata efficacia: questi vengono determinati in base agli obiettivi previsti piuttosto che dalle indicazioni di un'unica teoria generale;*
2. *Optare per la brevità nella durata del trattamento, ovvero focalizzare l'intervento sul “qui ed ora”;*
3. *Adattare il trattamento all'innovazione, mediante un processo di ricerca continuo, autocorrettivo e circolare, evitando di perseverare con tentativi di soluzione che non producono gli obiettivi previsti.*

Riguardo all'avvalersi di un modello Evidence Based, integrato dall'innovazione fornita dalla ricerca clinica, questo ha significato ispirarsi e seguire delle linee guida di comprovata efficacia. Si è comunque considerato utile e necessario propendere per un modello flessibile e adattabile. Tale intento ha fornito nel corso dei tre anni di esperienza clinica una modifica evolutiva del trattamento che ha prodotto un vero e proprio programma per consumatori di cocaina dotato di peculiarità e caratteristiche uniche.

Per quanto riguarda la brevità, questa non deve essere confusa con la tendenza a non tener conto di problematiche profonde e quindi bisognose di cure prolungate. In virtù, invece, di una scelta metodologica focalizzata sul problema, abbiamo ritenuto più utile e doveroso nei confronti della persona concentrarci, in prima istanza, sul risolvere la problematica d'abuso e dipendenza nel tempo più rapido possibile.

Infine, per quanto concerne la versatilità fornita da un modello teorico flessibile, questo ci ha permesso di inserire una serie di tecniche comunicative avanzate di tipo persuasivo, che hanno consentito di rendere il trattamento sempre più evoluto ed efficace. Queste tecniche, tratte primariamente da studi compiuti nel campo di ricerca della psicologia clinica e sociale di base (Cialdini, 1984), dalla nostra sperimentazione sul campo e dall'approccio strategico e sistemico (Nardone e Watzlawick, 1990; Watzlawick, 1980), sono servite ad usufruire di elementi pragmatici d'intervento che fossero determinanti nel raggiungere gli obiettivi previsti dalla terapia. Per rendere, inoltre, sistematico e funzionale un programma che tenesse in debita considerazione l'innovazione, abbiamo considerato necessario avvalerci di un modello generale di trattamento volto alla continua modifica autocorrettiva del protocollo di intervento.

Per questa ragione abbiamo privilegiato una tipologia di indagine definita Ricerca-Intervento (Lewin, 1946), in grado di fornire una circolarità tra pratica concreta di lavoro sul campo e ricerca continua.

*La miglior prova di una teoria è la sua applicazione*  
Gorge C. Lichtenberg

**2. LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI**

*2.1 Obiettivi della valutazione*

Al fine di verificare se il trattamento raggiunge gli obiettivi previsti (*efficacia*), ovvero la risoluzione della sintomatologia problematica (abuso e dipendenza da cocaina) nei tempi previsti (*efficienza*), abbiamo ritenuto opportuno utilizzare un approccio il più possibile rigoroso e controllato.

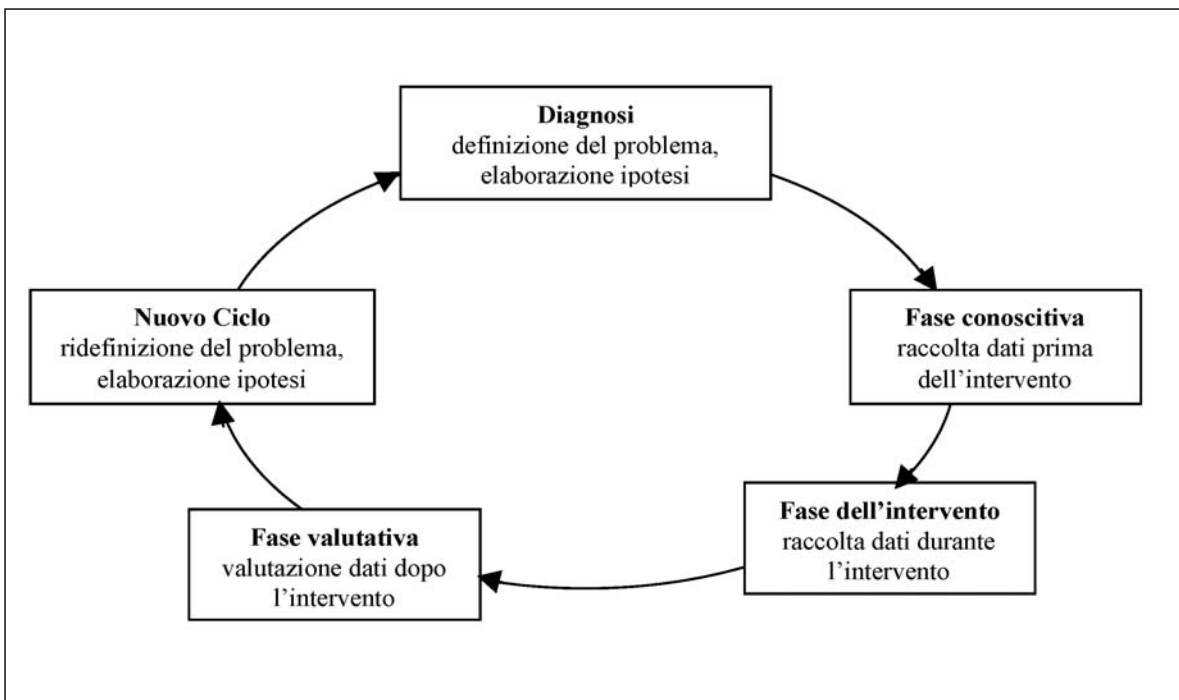
Ci siamo avvalsi, quindi, di una metodologia d'indagine definita "Ricerca-Intervento" (Lewin, 1946). Tale modalità di ricerca permette, infatti, di operare un continuo monitoraggio dei risultati raggiunti e la definizione di nuovi obiettivi, basati su quanto osservato e ottenuto.

Essa richiama il concetto di "*action research*" (ricerca azione o ricerca operativa) elaborata da Lewin e definita da egli stesso come: "Una ricerca comparata sulle condizioni e gli effetti delle varie forme di azione psicosociale, che a sua volta tende a promuovere l'azione sociale stessa." (Lewin, 1946, pp. 33-46).

L'*action research* è, quindi, una tipologia di ricerca volta alla conoscenza e alla trasformazione della realtà.

L'elaborazione teorica viene collegata alla pratica in un rapporto circolare a livelli di complessità sempre maggiori. Dalla definizione del problema si passa ad una fase conoscitiva, in cui vengono raccolti i dati necessari alla realizzazione dell'intervento; successivamente si avrà la fase

Figura 1



dell'intervento vero e proprio con la relativa raccolta dati; a questo punto il ciclo continua con la valutazione dei dati raccolti durante la realizzazione dell'intervento e con l'elaborazione di ulteriori ipotesi che potranno promuovere l'inizio di un nuovo intervento (fig.1).

Questo ci ha permesso di creare un processo circolare autocorrettivo, in modo da modificare, sviluppare e migliorare costantemente il trattamento.

## 2.2 *Strumenti di valutazione*

Per effettuare la valutazione del nostro trattamento, abbiamo utilizzato degli indicatori che ci permettessero d'identificare la tipologia di utenti che si sono rivolti al nostro programma. Questi elementi indicativi per la composizione del profilo della persona con problemi di dipendenza da cocaina sono:

- a) informazioni sull'afflusso degli utenti al programma conoscenza;
- b) informazioni anagrafiche;
- c) alcune informazioni sulle sostanze utilizzate.

Abbiamo, inoltre, documentato il processo di trattamento attraverso due categorie di parametri principali: indici di valutazione soggettiva e indici di valutazione oggettiva.

*Indici di valutazione soggettiva:* con tale dicitura si intende il grado di soddisfazione dell'utente, ottenuto mediante la compilazione di un questionario di autovalutazione. Esso viene somministrato alla conclusione del periodo di trattamento e fornisce un indicatore generale del giudizio della persona che sta concludendo il percorso terapeutico. Il questionario di autovalutazione consiste in un'intervista semistrutturata, in cui la persona risponde liberamente ad una serie di "argomenti" richiesti. Viene ricostruito brevemente il percorso terapeutico compiuto, sono indicati gli strumenti di cui il soggetto ritiene di essere entrato in possesso e sono identificate le possibili aree che necessitano di ulteriore intervento.

*Indici di valutazione oggettiva:* per questi parametri intendiamo il monitoraggio dei risultati relativi ai controlli urinari (positività-negatività al test) e il numero medio di presenze (indice di frequenza) agli incontri di gruppo ed individuali previsti.

### 3. RISULTATI OTTENUTI

#### 3.1. Informazioni sull'afflusso degli utenti al Programma Conoscenza

Abbiamo ritenuto utile fornire una descrizione di come sia avvenuto il primo contatto, per dare un indicatore iniziale della motivazione al trattamento, in base alla modalità d'arrivo.

Fra il 7 aprile del 2003 e il 31 dicembre 2005, sono avvenuti 130 contatti con il Programma Conoscenza.

Essi sono avvenuti secondo le seguenti modalità:

Tabella 1

| Modalità di contatto   | Percentuale soggetti |
|------------------------|----------------------|
| Solo utente            | 40,0%                |
| Utente con i familiari | 53,8%                |
| Solo famiglie          | 5,4%                 |
| Carcere                | 0,8%                 |

Dai dati in nostro possesso, risulta che la maggior parte dei possibili utenti si è presentata al primo incontro accompagnata dai familiari. Questo potrebbe implicare due ipotesi: la prima, che il soggetto presenti una buona motivazione preliminare, al punto da richiedere sin dai primi momenti la collaborazione dei familiari. La seconda, completamente opposta, che siano stati i congiunti a “costringerlo” ad intraprendere il trattamento.

Per le stesse ragioni, ascrivibili al concetto di motivazione, abbiamo osservato un livello medio alto nella modalità d'arrivo “solo utente”. Questo potrebbe indicare una decisa motivazione del soggetto, in quanto è stato lui stesso a decidere volontariamente di presentarsi ad un primo colloquio.

Nella percentuale minima delle famiglie che si sono presentate da sole, è evidente la demotivazione della persona a ricercare un aiuto.

Da questi dati generali, in via sommaria, possiamo suddividere le persone con problemi di cocaina, da noi osservate, in tre tipologie:

Il motivato alla ricerca di aiuto (che si presenta da solo o con i familiari).

Il poco motivato e/o costretto dai familiari.

Il non motivato.

#### *Ingressi nella fase di colloqui motivazionali*

Delle 130 persone che hanno effettuato i primi colloqui informativi, 96 hanno intrapreso la successiva fase del programma, 27 hanno abbandonato dopo il primo colloquio, 7 non hanno avuto alcun contatto dopo quello realizzato da parte della famiglia (in tabella i dati in percentuale).

Coerentemente con quanto osservato sin dal primo contatto, possiamo ipotizzare che coloro i quali possedevano un buon livello preliminare di motivazione hanno, per la maggior parte aderito alla fase da noi definita dei colloqui motivazionali. In tale fase è effettuato l'assessment, in cui viene anche valutata l'idoneità del possibile utente ad effettuare il trattamento e, quindi, se effettivamente il percorso è adatto ad esso. In tale fase si opera, inoltre, al fine di aumentare ul-

Tabella 2

| Modalità di contatto                                  | Percentuale soggetti |
|---|----------------------|
| Inizio fase colloqui motivazionali                    | 73,8%                |
| Un solo colloquio                                     | 20,8%                |
| Nessun contatto dopo quello effettuato dalla famiglia | 5,4%                 |

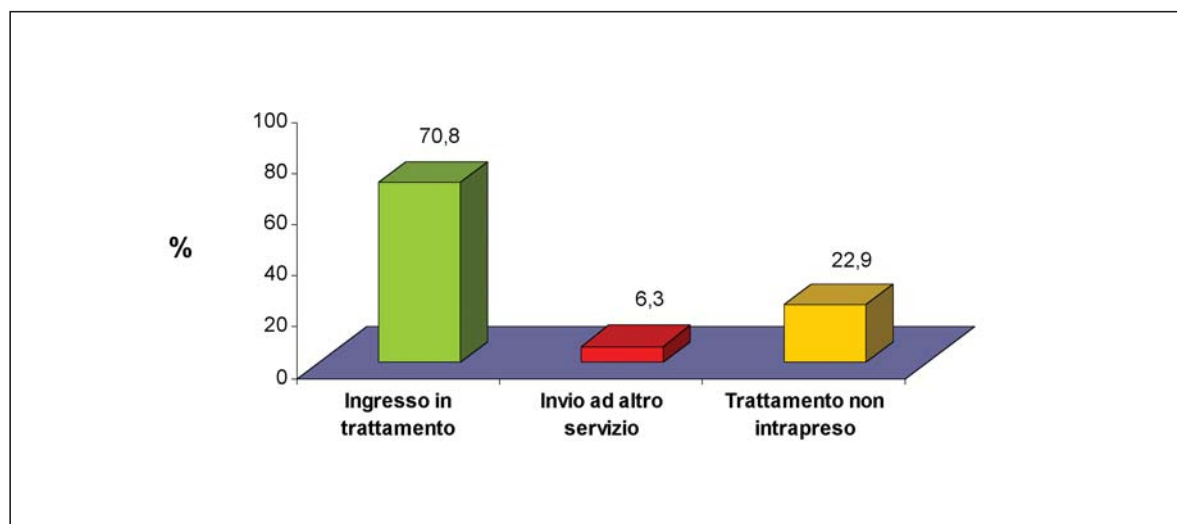
teriormente la motivazione del soggetto a proseguire nella strada scelta.

Da notare che non c'è stato alcun seguito alla richiesta pervenuta dalle sole famiglie. Questo potrebbe indicare la necessità di prevedere e realizzare un intervento di sostegno mirato a medio e lungo termine per le famiglie che ne facessero richiesta, al fine di dotare i congiunti di "strumenti" adeguati e di tentare di convincere indirettamente la persona a presentarsi ad un primo colloquio.

#### *Ingressi in trattamento*

Dei 96 soggetti che hanno proseguito la fase dei colloqui motivazionali, 68 hanno aderito al trattamento, 6 sono stati inviati ad un altro servizio, 22 non hanno aderito al trattamento (in figura i dati in percentuale).

Figura 2



Al termine della fase dei colloqui motivazionali, si può osservare come la maggior parte delle persone decide di entrare nel trattamento vero e proprio. Possiamo ipotizzare che l'intervento compiuto durante la fase dei colloqui motivazionali/assessment, abbia raggiunto buoni risultati, relativamente all'obiettivo prefissato di conoscenza reciproca delle parti e, soprattutto, di incremento del livello di motivazione preliminare.

*Informazioni anagrafiche*

Tabella 3

| Informazioni anagrafiche         |   |
|----------------------------------|---|
| Età dei soggetti (media±dev.st.) | 32,4±8,2 anni   |
| Titolo di studio                 | 5° elementare: 1,5%<br>Smi: 60,0%<br>Sms: 33,8%<br>Non risponde: 4,6%   |
| Stato civile                     | Libero: 55,4%<br>Coniugato: 20,8%<br>Separato: 9,2%<br>Convivente: 12,3%<br>Non risponde: 2,3%  |
| Stato sociale                    | Lavoratore dipendente: 39,2%<br>Lavoratore indipendente: 34,6%<br>In attesa di occupazione/ precario/casalinga: 13,8%<br>Studente: 5,4%<br>Non risponde: 6,9% |

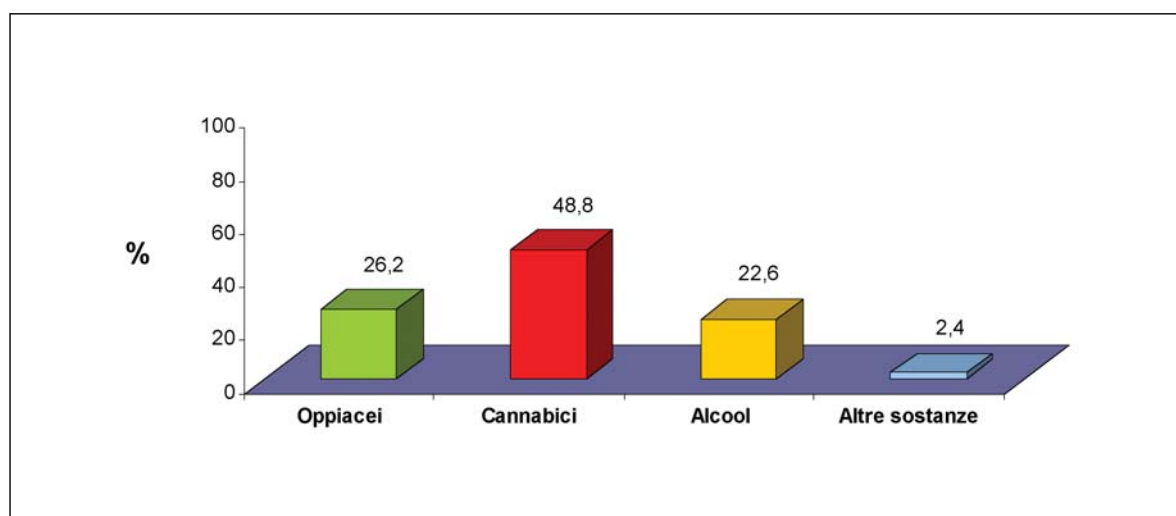
Attraverso le informazioni ottenute, possiamo stilare un profilo dell'utente-tipo: egli è maschio, sui trenta anni d'età, libero da vincoli coniugali, con un livello d'istruzione medio-basso e con un'occupazione lavorativa stabile.

*Informazioni sulle sostanze d'abuso*

Su un totale di 130 soggetti, il 35,4% (46 soggetti) ha riferito di utilizzare una sola sostanza (cocaina), mentre il 64,6% (84 soggetti) ha riferito di utilizzarne più di una.

Di questi ultimi, hanno riferito di utilizzare come sostanza di abuso associata:

Figura 3



Dai dati in nostro possesso, risulta che una buona percentuale di soggetti utilizza altre sostanze in concomitanza con la cocaina. Principalmente, le sostanze associate risultano essere, nell'ordine, cannabinici, oppiacei e alcool.

Discorso a parte merita l'associazione della cocaina con l'alcool: la letteratura in proposito riporta che l'assunzione contemporanea delle due sostanze determina la formazione per via endogena di cocaetilene, metabolita attivo con proprietà affini a quelle della cocaina (Nizzoli e Pissacroia, 2004). Questo dato ci sembra interessante in quanto potrebbe aprire prospettive degne di approfondimento.

### *Informazioni sul trattamento dei familiari e sull'intervento psicofarmacologico*

#### *Familiari*

Il Programma Conoscenza prevede un percorso di intervento per i familiari delle persone in trattamento.

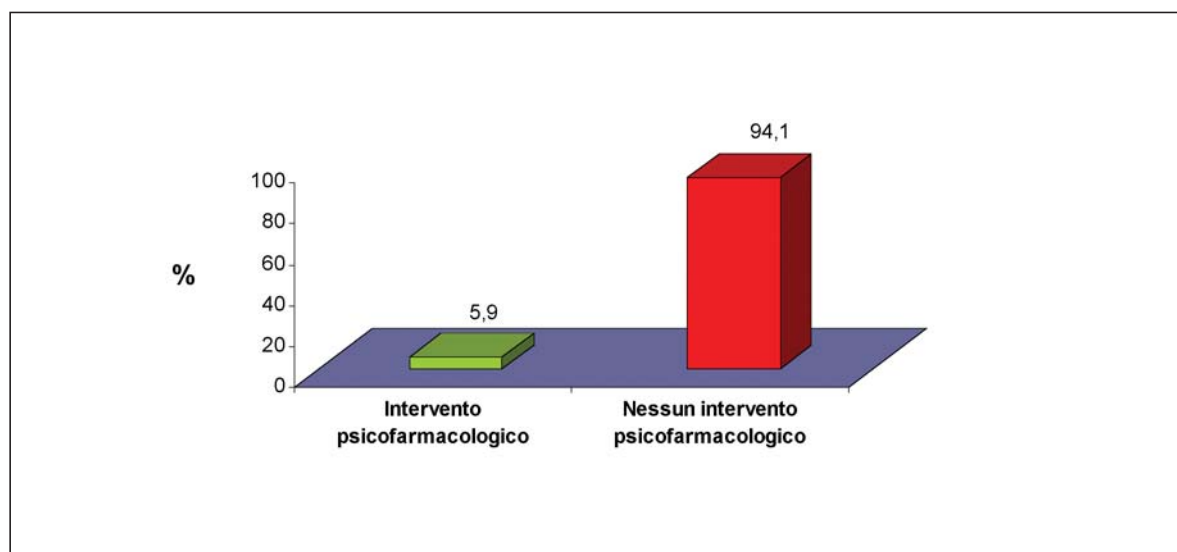
In totale, 74 sono state le famiglie coinvolte nel programma, di cui 6 (8,1%) nonostante i loro cari avessero scelto di non intraprendere in prima persona il programma. Di queste famiglie, 38 (51,4%) hanno usufruito di un trattamento di sostegno, mentre 30 (40,5%) hanno preferito non avvalersene.

La partecipazione delle famiglie al trattamento si è dimostrata un elemento di estrema utilità nel permettere un più rapido sblocco della situazione problematica, nella prevenzione delle ricadute e nel mantenimento a lungo termine dei risultati ottenuti.

#### *Intervento psicofarmacologico*

Su 68 utenti che hanno aderito al programma, per 11 di loro è stata ritenuta opportuna la consulenza dello psichiatra. Solo per 4 di questi ultimi ha fatto seguito una terapia farmacologica (in figura dati in percentuale).

Figura 4





Interessante, a questo proposito, notare l'alta percentuale di soggetti per cui non è stata ritenuta necessaria la somministrazione di psicofarmaci. Quando, infatti, è risultato possibile ottenere dei risultati soddisfacenti senza l'ausilio dei farmaci, si è optato per un intervento prettamente psicologico-educativo.

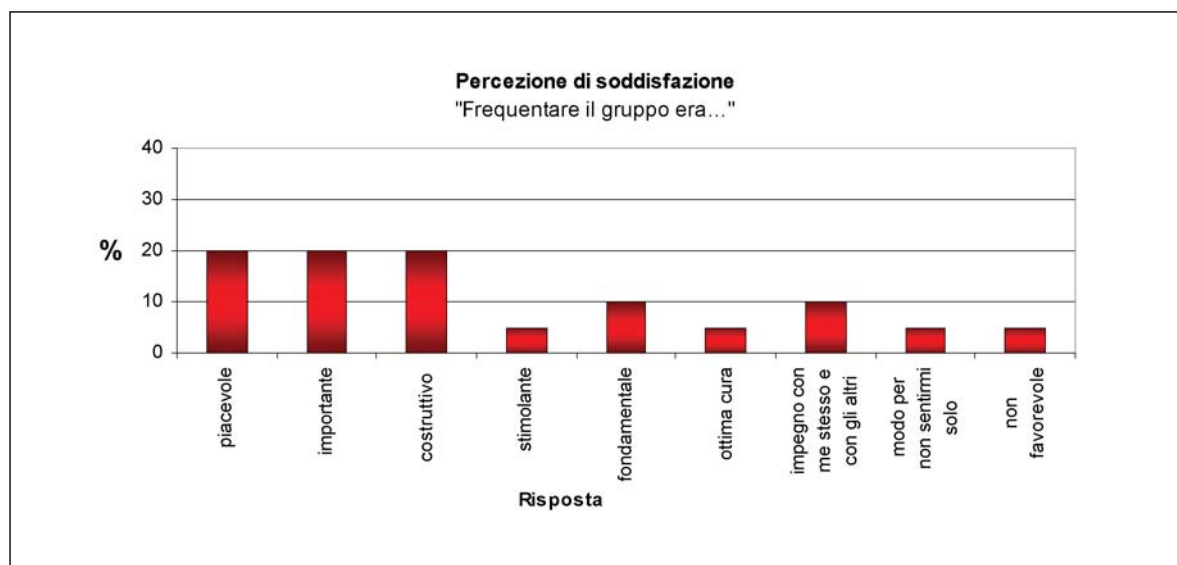
**Indici di valutazione soggettiva**

Gli indici di valutazione soggettiva sono stati individuati tramite l'analisi del contenuto dei questionari di autovalutazione (20 questionari su 22) al fine di individuare:

- la percezione di soddisfazione all'interno del gruppo;
- livello di autoefficacia percepita;
- attribuzione di "locus of control".

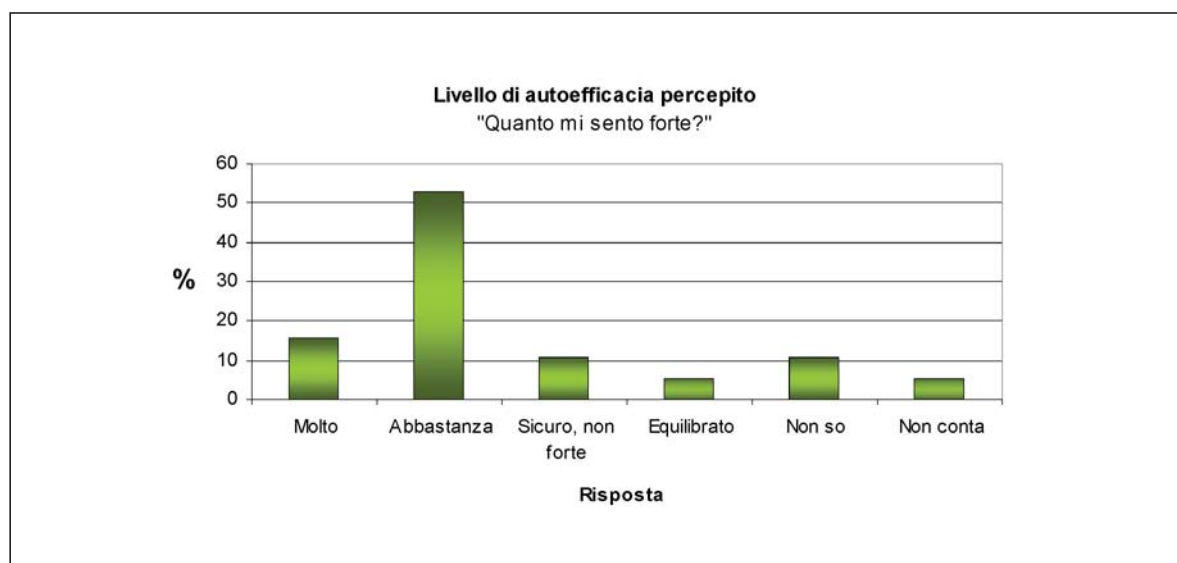
In particolare, per tre item ("Frequentare il gruppo era..."; "Quanto mi sento forte?"; "Quali sono i miei punti di forza?") sono state ricercate le definizioni di risposta ricorrenti. Queste sono state poi trasformate in valori di percentuale e riportate in grafico.

Figura 5



Dalla figura n°5 risulta un andamento generale, circa l'esperienza percepita di partecipazione al gruppo, decisamente positivo. Buona parte dei soggetti che hanno stilato l'autovalutazione, infatti, riferisce che l'esperienza di gruppo è stata piacevole, importante, costruttiva. Questo dato potrebbe suggerire che la persona trovi nell'ambiente psicologico di gruppo un clima favorevole. Non è solo un'esperienza importante per il confronto con persone con un vissuto analogo, ma è anche costruttiva, in quanto permette al soggetto di ritenere realizzabile la possibilità di soluzione al problema di dipendenza.

Figura 6



La domanda presente nel questionario di autovalutazione “Quanto mi sento forte?”, valuta il livello di autoefficacia percepito dal soggetto.

Per autoefficacia si intende l’insieme di convinzioni che le persone possiedono, riguardo alle proprie capacità di organizzare ed eseguire azioni necessarie al raggiungimento dei propri scopi (Bandura, 1997).

Quando una persona formula un giudizio di autoefficacia tiene conto, in una certa misura, delle varie azioni intermedie che, complessivamente, porteranno a raggiungere il risultato finale. Inoltre, tiene più o meno conto degli ostacoli e degli aiuti interni ed esterni che possono impedire o facilitare la prestazione.

Le convinzioni d’autoefficacia non sono il frutto di una personalità “presuntuosa”, ma il prodotto mutevole di un complesso processo di autopersuasione. Tale processo è in costante ridefinizione, in quanto si basa sull’elaborazione di informazioni che provengono da fonti diverse, informazioni acquisite attraverso l’azione, l’influenza degli altri e l’interpretazione dei processi sociali. Il senso di autoefficacia contribuisce in modo preponderante alla qualità del funzionamento umano.

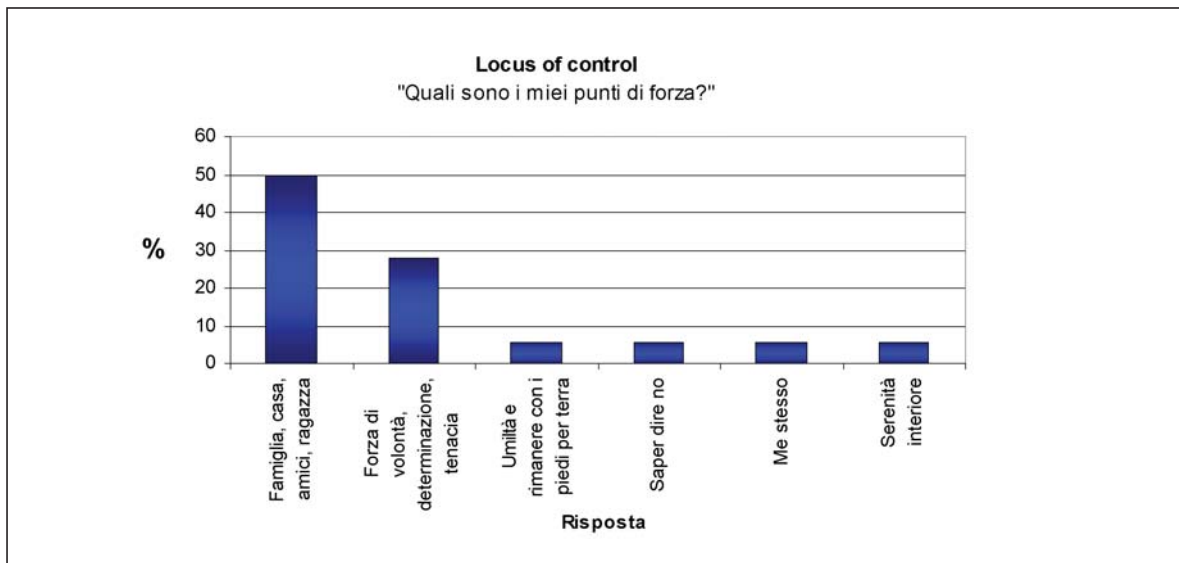
Dalla figura n°6 emerge che la maggior parte dei soggetti (15,8% molto) (52,6% abbastanza) riferisce, a fine trattamento, un buon livello di autoefficacia.

Questo risultato ci permette di ipotizzare che tali utenti al termine del trattamento:

- 1) perseverano nei tentativi di raggiungere un obiettivo;
- 2) cercano di far fronte agli stress ambientali;
- 3) cercano di raggiungere successi personali;
- 4) tendono ad essere poco vulnerabili alla depressione.

In particolare, è alta la percentuale dei soggetti (52,6%) che alla domanda relativa all’autoefficacia hanno risposto “abbastanza”, evidenziando così che, pur avendo riferito di sentirsi forti, hanno sempre ben chiaro quali sono i propri limiti, mantenendo in questo modo una visione piuttosto obiettiva della loro condizione.

Figura 7



Il “*locus of control*” è una variabile psicologica promossa dal contesto normativo sociale e direttamente collegata ad uno specifico sistema di attese personali rispetto agli eventi. Essa definisce le modalità con le quali la persona organizza la sua visione del mondo rispetto ai vari avvenimenti, ma anche il tipo di controllo emotivo che ha su ciò che le succede.

A questo proposito è possibile individuare chi possiede un “*locus of control esterno*”, il quale attribuisce prevalentemente al destino o agli altri il controllo di quanto accade. Colui che possiede un “*locus of control interno*” invece tende a considerare il destino come un effetto delle proprie azioni e, quindi, una variabile su cui è possibile intervenire.

Dalla figura n°7 emerge che il 27,8% degli utenti, a fine trattamento, presenta prevalentemente un “*locus of control interno*”.

Tale risultato ci permette di ipotizzare che questi soggetti a fine trattamento:

- 1) tentano di attivarsi per ricercare strumenti e conoscenze che gli consentiranno di affrontare meglio le situazioni e i problemi;
- 2) sono consapevoli che ogni problema, volendo, può essere risolto o perlomeno analizzato, che ciascun obiettivo è raggiungibile (con le risorse adeguate) e che devono sempre essere ricercate e tentate soluzioni;
- 3) credono nei propri potenziali e cercano di attivarsi per aumentarli e svilupparli;
- 4) non attribuiscono gli eventuali risultati negativi, sempre e comunque, al destino o agli altri;
- 5) cercano di perseverare nel raggiungimento dei loro obiettivi, evitando di arrendersi di fronte alle prime difficoltà o ostacoli.

Dal grafico è possibile notare che il 50,0% dei soggetti presenta un “*locus of control esterno*”. Possiamo ipotizzare che, nel corso del trattamento, tali utenti, oltre ad un percorso personale, hanno potuto contare anche su un supporto familiare, indispensabile, come abbiamo visto nella maggior parte dei casi, per la buona riuscita del trattamento.

### Indici di valutazione oggettiva

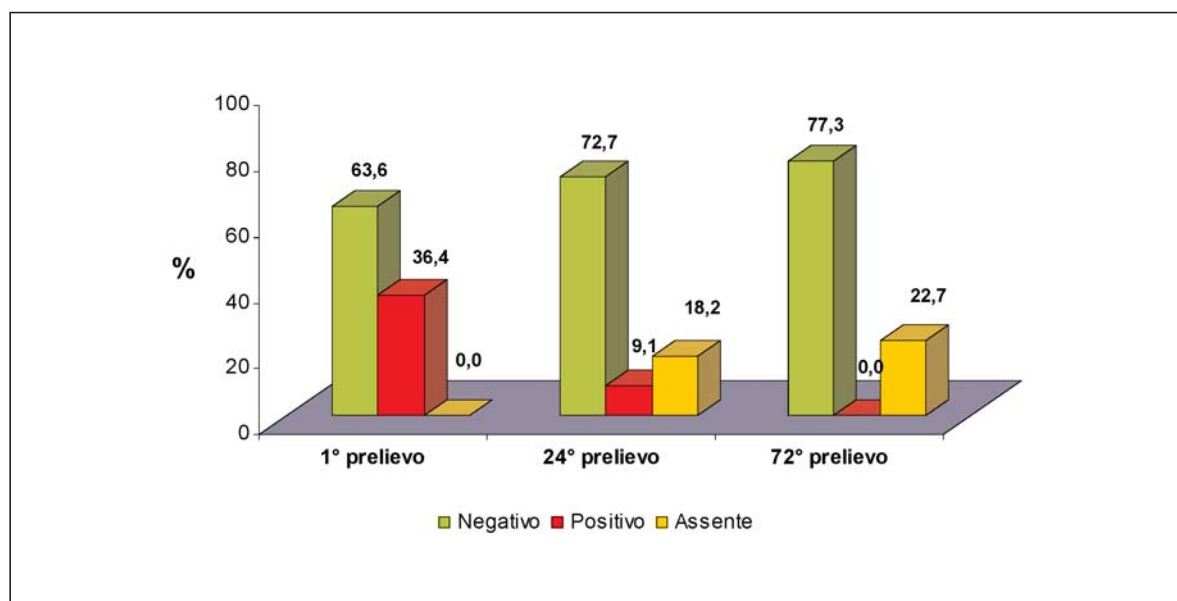
#### Andamento controlli urinari

Gli utenti che hanno aderito al Programma hanno effettuato, con cadenza bisettimanale, dei controlli urinari, al fine di monitorare oggettivamente l'astinenza o meno dall'uso di sostanze, in particolare cocaina. Tali controlli sono stati condotti presso la nostra sede, o presso strutture pubbliche o presso laboratori di analisi privati. Di questi ultimi, è stata ottenuta copia dei risultati dei test.

In figura sono riportate le frequenze in percentuale del tasso di positività/negatività al test sulla cocaina per coloro che hanno portato a conclusione positivamente il trattamento (22 soggetti).

Sono riportati i valori relativi al primo prelievo (situazione di partenza), al ventiquattresimo (circa 3° mese di trattamento) e al settantaduesimo prelievo (circa 9° mese di trattamento e durata minima prevista del programma).

Figura 8



Dalla figura n°8 è possibile notare che una buona percentuale di soggetti risulta negativa al test sulla cocaina sin dal primo controllo. Questo dato è probabilmente dovuto al fatto che queste persone al momento del primo prelievo avevano già seguito un certo numero (circa 6) di colloqui motivazionali, dimostrando, quindi, una buona disposizione iniziale al trattamento.

Al terzo mese di trattamento (24° prelievo) osserviamo una diminuzione del tasso di positività al test ed un aumento delle assenze ai prelievi urinari. Per quanto riguarda la percentuale di assenze ai prelievi, non è possibile trarne delle conclusioni, dal momento che non sappiamo se effettivamente la persona fosse negativa o positiva al test.

Infine, al 72° prelievo riscontriamo l'ulteriore aumento della percentuale di negatività (77,2%). Di notevole rilievo la completa assenza di esiti positivi al test. Per quanto riguarda il tasso di assenze, l'aumento osservato è in parte dovuto alla scelta, a fini terapeutici, di un gra-

duale rilascio (un prelievo urinario a settimana) per alcuni soggetti durante gli ultimi due mesi di trattamento.

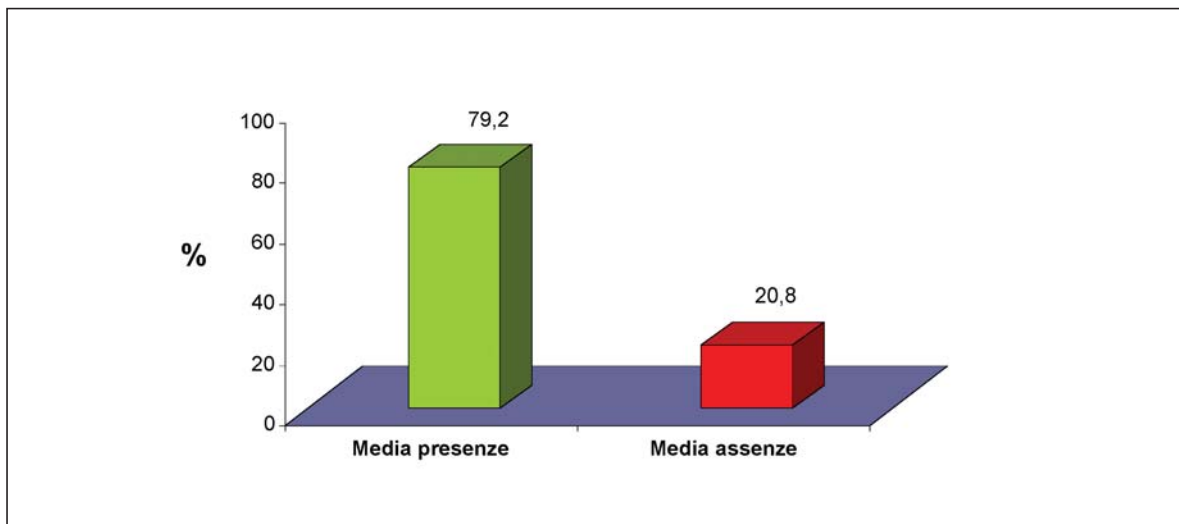
### *Valutazione del trattamento*

Per i 68 utenti che hanno aderito al programma, alla data del 31 dicembre 2005 vi sono stati i seguenti esiti: 22 (32,4%) hanno concluso con successo, 15 (22,6%) sono attualmente in trattamento, 12 (17,6%) sono stati inviati ad un altro servizio, 19 (27,9%) hanno abbandonato il trattamento.

### *Indice di frequenza in trattamento*

In figura sono riportati i dati, in percentuale, della frequenza media agli incontri di gruppo o individuali durante il trattamento, indipendentemente dal successivo esito.

Figura 9

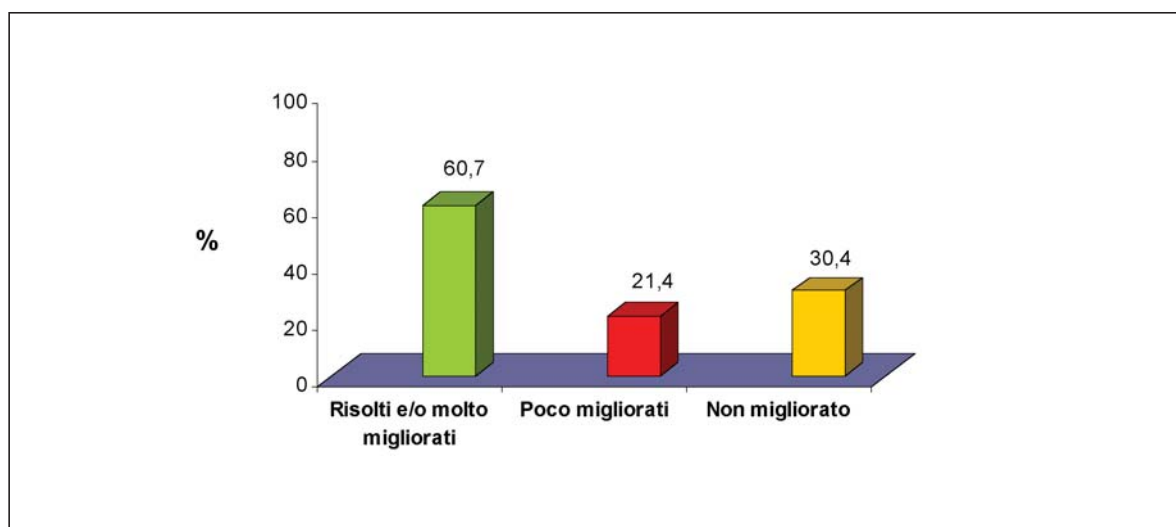


La frequenza media agli incontri di gruppo e/o individuali si è dimostrata decisamente alta. Questo dato dimostra l'elevata attrattività del percorso di trattamento. Tale risultato è associato alla piacevolezza di frequentare i gruppi o i colloqui, come confermato anche dai questionari di autovalutazione.

*Indice di efficacia del trattamento*

L'indice di efficacia del trattamento è stato inferito dai risultati dei test urinari, determinato dall'osservazione clinica operata dallo staff e dal giudizio di soddisfazione rispetto al trattamento espresso (nel questionario di autovalutazione) dagli utenti valutati. Esso è stato valutato su 56 casi, considerando tutti coloro che hanno effettuato il trattamento per un periodo minimo di tre mesi.

Figura 10



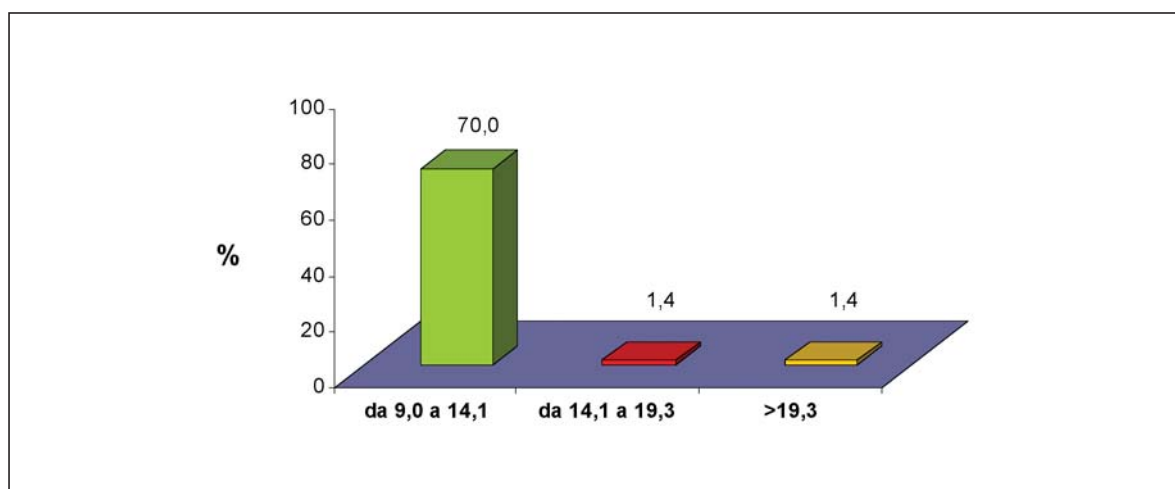
Dai dati ottenuti si evince che il trattamento ha un buon livello di efficacia. Questo dimostra in linea di massima, col supporto anche di indici fisiologici/oggettivi (prelievo dei liquidi biologici) e non solo valutativi/soggettivi, che il protocollo di trattamento permette uno sblocco (dopo circa tre mesi) e una risoluzione del problema presentato in tempi relativamente rapidi (14 mesi).

*Indice di efficienza del trattamento*

La durata media del programma per coloro che lo hanno portato a termine è di  $14,1 \pm 5,2$  mesi.

In figura è riportata la distribuzione percentuale dei soggetti (22) che hanno concluso con successo il Programma, suddivisi secondo delle fasce di durata del trattamento, ottenute in base ai valori di media e deviazione standard.

Figura 11



In questo caso, per efficienza del trattamento intendiamo la durata media del programma per tutti gli utenti che lo hanno portato a termine. Questo vuol dire che più è breve tale permanenza, con un minimo di tempo di nove mesi, più il percorso si dimostra valido nel risolvere la situazione di abuso e dipendenza nel più breve tempo possibile. Oltre a questo dato, è necessario considerare la tipologia di intervento. Esso è ambulatoriale (non contenitivo) e, quindi, lascia la persona libera di poter continuare la sua vita sociale e lavorativa normalmente. Se questo può essere un punto di forza, in quanto la persona continua la sua vita senza interruzioni, allo stesso tempo può esporlo ad un maggior rischio di ricaduta. È evidente, dunque, l'alta efficienza dimostrata da questo trattamento, in quanto l'intervento vero e proprio (colloqui e/o gruppi terapeutici) è estremamente contenuto rispetto al tempo "libero".

## CONCLUSIONI

*Cerca di essere flessibile  
e rimarrai al centro.  
Cerca di curvarti  
e starai dritto.  
Cerca di essere vuoto  
e sarai riempito.  
Cerca di dare e sarai rinnovato.  
Lao Tzu*

Come abbiamo visto dai dati esaminati in precedenza, possiamo elencare tre punti interconnessi che sintetizzano i risultati fin qui individuati:

- Il Programma Conoscenza ha dimostrato una buona validità di efficacia ed efficienza di trattamento.
- Per questa ragione e sulla base dei risultati raggiunti, si aprono interessanti prospettive di sviluppo e sperimentazione in ambito terapeutico di pragmatica comunicativa per problemi

connessi alle situazioni di abuso.

- Questo risultato è principalmente dovuto all'utilizzo di un approccio d'intervento rigoroso e versatile.

Il dato che ci sembra più interessante degno di ulteriori sviluppi è quello relativo alla cornice teorica integrata di trattamento. Questo aspetto riveste una rilevanza particolare, in quanto è attraverso una logica d'intervento rigorosa ma allo stesso tempo innovativa che si sono potuti raggiungere i risultati sperati.

Si aprono anche interessanti prospettive d'indagine nel campo della dipendenza da cocaina, circa i livelli di auto efficacia percepita e quelli relativi alla struttura del suo sistema percettivo reattivo. Dalla nostra esperienza clinica, infatti, abbiamo constatato come la persona dipendente da cocaina sia connotata da elementi disfunzionali che la fanno, con la particolarità del caso, differire da tipologie di abusatori di altre sostanze.

Questo dato ci sembra degno di nota in quanto ogni trattamento, secondo il nostro punto di vista, dovrebbe essere adattato alla modalità soggettiva di rappresentazione della realtà della persona, ma anche alla struttura patologica peculiare indotta dalla specifica sostanza.

Abbiamo, per esempio, visto, che, nella maggior parte della nostra casistica di consumatori di cocaina, l'utilizzo di una tipologia d'intervento che non aggirasse le inevitabili resistenze al trattamento non raggiungeva i dati sperati.

È noto a tutti, in molte circostanze, l'enorme difficoltà riscontrata nel promuovere un cambiamento in colui che richiede un aiuto.

La difficoltà principale consiste nel cercare di innescare una modificazione nel modo di percepire e reagire alle problematiche che si presentano. Spesso, per non dire sempre, si attua anche tra terapeuta e paziente una "lotta" per cercare di convincere, su base logica e razionale, dell'infondatezza e quindi dell'assurdità di certi comportamenti. Su questa considerazione si tenta quindi di indurre nell'interlocutore il convincimento a impegnarsi e rapportarsi al suo problema, che spesso è invalidante sotto moltissimi aspetti della sua vita, utilizzando il buon senso. Così, se una persona soffre di un periodo di depressione, si cercherà di convincerla che in realtà basterebbe "sforzarsi" di assumere un altro comportamento, magari opposto a quello presentato, per uscire dalla situazione problematica. Sappiamo, però, dalla letteratura in proposito (Rampin, 2002; Watlawick, 1974; Nardone, Watzlawik, 1990; Erickson, 1976) che questo non solo non determina il cambiamento, ma spesso lo esacerba di più.

Normalmente, più si tenta di cambiare un atteggiamento o un comportamento, opponendo una forza contraria, più tale problema rimane costante, anzi, spesso aumenta in virtù degli sforzi compiuti per tentare di cambiarlo.

Nell'ottica della teoria generale dei sistemi (Bertalanffy, 1977), questi ultimi, infatti, tendono a mantenere la loro omeostasi, anche se questa è disfunzionale.

Potremmo citare a titolo di esempio, il caso di chi soffre di disturbi depressivi. Sono noti ai più, anche per esperienze personali, i tentativi proposti da più parti nel convincere con la logica e il buon senso, dell'assurdità di certi comportamenti e pensieri. Di solito viene comunicato, che dopo tutto, è solo "una questione di forza di volontà". Chi ha sofferto di tale problema sa quanto questi messaggi inviati da più parti, anche da professionisti, spesso non risolvano il problema ma addirittura lo complicano.

Nel caso, inoltre, delle problematiche relative all'uso di sostanze, abbiamo un livello di complessità aggiuntivo: l'inevitabile bisogno indotto dalle conseguenti modificazioni neurobiologiche (Nestler E.J., 2001; Robinson T., Berridge K.C., 2001)

Vediamo, quindi, come la resistenza opposta al cambiamento riguardi tutti i problemi psicologici umani a vari livelli di complessità e difficoltà.



Cosa fare allora per aggirare la muraglia eretta a difesa della persistenza del problema, tenuto conto che la persona che viene a ricercare un aiuto il più delle volte chiede di cambiare senza essere cambiato?

La prima risposta, forse la più ovvia è quella di capovolgere totalmente la modalità di intervento facendo sì che come in una sfida di lotta orientale si ottenga la vittoria o come in questo caso il cambiamento, sfruttando la forza del sintomo verso la sua autodistruzione. Si potrà citare, a titolo esemplificativo, come in evolute forme di arti marziali come l'Aikido o il Jujitsu, si ottenga la vittoria sfruttando la forza dell'avversario e non come verrebbe naturale, opponendosi all'attacco con una forza uguale e contraria.

Questo risultato può esser ottenuto anche nella pratica clinica, ma se il principio apparentemente semplice può essere compreso, così non è per la sua applicazione pratica. Le situazioni umane sono molto complesse, e promuovere un cambiamento richiede sempre abilità e dedizione costante nell'imparare a padroneggiare gli strumenti della persuasione.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bertalanffy L., (1977), Teoria generale dei sistemi, ISEDI.
2. Bandura A., (1997), Self-efficacy: The exercise of control, W.H. Freeman and Company, New York.
3. Carrol K. M., (1998), A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction, National Institute on Drug Abuse.
4. Cialdini R. B., (1984), Le Armi della Persuasione, Tr. it. Giunti Barbera, Firenze, 1989.
5. Erickson M., Rossi E., Rossi S., (1976), Tecniche di suggestione ipnotica, Roma, Astrolabio, 1979.
6. Erickson M., (1980), Opere, Roma, Astrolabio, vol. 1, 1982; vol. 2, 1983; vol. 3, 1983; vol. 4, 1984.
7. Higgins S.T., Delaney D.D., Budney A.J., Bickel W.K., Ughes J.R., Foerg F., Fenwick J.W., (1991), A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence, *American Journal of Psychiatry*, 148 (9): 1218-1224.
8. Lewin K., (1946), Action Research and Minority Problems, *Journal of Social Issues*, 2, pp. 34-46.
9. Nestler E.J., (2001), Molecular basis of long term plasticity underlying addiction, *Nature Reviews Neurosciences*, vol. 2, n. 2, pp. 103-104.
10. Nizzoli U., Pissacroia M., (2004), Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Piccin, Padova.
11. Nardone G., Watzlawick P., (1990), L'arte del cambiamento: La soluzione dei problemi psicologici personali e interpersonali in tempi brevi, Ponte alle Grazie, Firenze.
12. Rampin M., Nardone G., (2002), Terapie apparentemente magiche, McGraw Hill, Milano.
13. Robinson T., Berridge K.C., (2001), Incentive-sensitization and addiction, *Nature Reviews Neurosciences*, vol. 96, n.1, pp. 103-114.
14. Watzlawick P., (1974), Change: la formazione e la soluzione dei problemi, Astrolabio, Roma.
15. Watzlawick P., (1980), Il linguaggio del cambiamento, Feltrinelli, Milano.

