

Disturbo borderline di personalità e dipendenza da sostanze. Esperienze di presa in carico in Ser.T. e Comunità Terapeutiche.

di Patrizia Meringolo^{*}, Alessandro Ridolfi^{}, Giulia Lorenzini^{**}**

Introduzione

Con il termine doppia diagnosi (DD) si intende, letteralmente, la presenza contemporanea di due disturbi psichiatrici che soddisfano i criteri diagnostici di un sistema nosografico di riferimento; nella nomenclatura psichiatrica si intende invece la compresenza di una dipendenza o abuso di sostanze con un altro disturbo psichiatrico (American Psychiatric Association, 2002; Torres, 2008).

L'assunzione di sostanze psicotrope è stata quindi letta come causa, conseguenza o fenomeno concomitante rispetto a disturbi psicopatologici, che possono variare da singoli sintomi o segni di sofferenza psichica, configurando talora dei disturbi sottosoglia, fino a disturbi gravi e conclamati, anche di natura psicotica.

Le combinazioni ulteriori con tratti o disturbi di personalità diversi, in genere appartenenti al cluster B, variano e moltiplicano i quadri clinici con caratteristiche diagnostiche, prognostiche e terapeutiche molto diverse.

Il termine deriva da una traduzione approssimativa del termine anglosassone *dual diagnosis* (De Leon, 1989), tuttavia il fenomeno della compresenza nello stesso soggetto di due o più diagnosi è noto anche con il termine comorbidità. Entrambe le accezioni sono soggette a critiche: il termine comorbidità rimanda infatti a due distinte eziopatogenesi, cosa rara in ambito psichiatrico rispetto a quello medico; l'espressione DD suggerisce invece l'idea di un doppio trattamento e la presenza di una relazione causa effetto tra i due quadri patologici, difficilmente riscontrabile nella pratica clinica.

Accanto a difficoltà nella definizione, la questione della DD porta con sé una serie di problematiche.

Il processo diagnostico di tali pazienti molto spesso è difficile, richiede osservazioni prolungate e disponibilità del clinico a rivedere costantemente le proprie conclusioni. Una corretta valutazione diagnostica è di fondamentale importanza a fini prognostici e per una corretta impostazione del trattamento: quando tali pazienti richiedono di entrare in terapia, le loro sindromi psichiatriche acute sono spesso scambiate per sintomi indotti dalle sostanze stupefacenti; viceversa, i fenomeni legati alla disassuefazione o all'intossicazione sono scambiati per malattie psichiatriche. Inoltre, anche quando la DD è accertata, difficilmente viene presa in considerazione per gli interventi terapeutici successivi (Adams, Jendritza & Kim, 2006; Fioritti & Solomon, 2002; Hasin, Samet, Nunes, Meydan, Matseoane, & Waxman, 2006; Manzato & Fea, 2004; Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, 2004; Torres, 2008).

Di conseguenza l'intervento su questi pazienti è molto complesso. La presenza contemporanea di due o più disturbi determina infatti una maggiore gravità e tendenza alla cronicizzazione delle problematiche tossicologiche, mediche, psicologiche e sociali, rispetto alla sola condizione di dipendenza da sostanze ed inoltre è più suscettibile a ricadute.

In questa tipologia di pazienti il decorso del disturbo è più lungo, la disabilità sociale è più grave, la riabilitazione è più lunga e difficile (Bellack, Bennett, Gearon, Brown & Yang, 2006; Brunette & Mueser, 2006; Fioritti & Solomon, 2002; Manzato & Fea, 2004; Torres, 2008)

^{*} Dipartimento di Psicologia

^{**} Facoltà di Psicologia di Firenze.

L'autore responsabile per la corrispondenza è Giulia Lorenzini: giulia_lorenzini@virgilio.it

La relazione tra i servizi, quello sulla salute mentale (Dipartimento di Salute Mentale, DSM) e quelli sulle dipendenze (Servizio per le tossicodipendenze, Ser.T. e Comunità Terapeutiche residenziali) è spesso problematica. La DD tende infatti a sovrapporsi tra i vari servizi e richiede un avvicinamento della psichiatria ad un ambito dal quale è stata separata (Bellio, 2005; Cicogni, 2004; Fiorin & Citron, 2005; Fioritti & Solomon, 2002).

Il personale che si trova a trattare con questa tipologia di persone si scontra spesso con quadri estremamente complessi e poco gratificanti, dove sono numerosi gli insuccessi terapeutici e le ricadute. In tale condizione anche la relazione con il paziente è gravemente danneggiata, oltre che dagli effetti della sostanza anche dalle problematiche connesse al disturbo psicopatologico (Connors, DiClemente, Dermen, Kadden, Carroll & Frone, 2000; Drake, 2006; Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998; Drake, Mueser & Brunette, 2007; Fiorin & Citron, 2005; Fioritti & Solomon, 2002; Manzato & Fea, 2004; Mosti & Clerici, 2003; Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, 2004; Tact, Murphy, Musser & Remington, 2004; Warwar, Links, Greenberg & Bergman, 2008).

Il quadro clinico di cui prendersi carico deriva quindi dall'associazione tra Disturbo Borderline di Personalità (BPD) e Disturbi Correlati all'Uso di Sostanze (SUDS).

Il BPD può essere definito come un quadro in cui l'instabilità affettiva, i disturbi dell'umore e dell'immagine di sé sono di una gravità tale da rendere difficile la differenziazione sia dalla psicosi che dalla nevrosi. Da questo deriva la sua denominazione borderline, stato limite.

Fra i disturbi di personalità il BPD si caratterizza poiché impegna i servizi in frequenti azioni di contenimento e fronteggiamento delle urgenze. Il paziente si distingue per una deficitaria regolazione delle emozioni, degli affetti, delle relazioni e della identità personale, dando frequentemente luogo a quadri di funzionamento caratterizzati da una perdita di controllo degli impulsi (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004; Stone, 2000; Stone, 2005).

Il BPD è associato spesso a consumo di droghe e alcol. Nel DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) il consumo patologico di sostanze viene indicato come Disturbi Correlati all'Uso di Sostanze (SUDS).

Sulla relazione tra BPD e SUDS le varie impostazioni teoriche assumono posizioni differenti, sottolineando come l'utilizzo di sostanze serva a far fronte a un vuoto incolmabile che questi pazienti portano con sé (Correale, Alonzi, Carnevali, Di Giuseppe & Giacchetti, 2001) e/o come l'utilizzo di sostanze serve per placare un caos nelle emozioni e nella condotta divenuto ormai insopportabile (Linehan, 1993a; 1993b; Liotti, 2001).

Pazienti con BPD e SUDS sono in continuo aumento (Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin & Burr, 2000; Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, 2004), registrato anche dai dati relativi ai pazienti in carico ai Ser.T. e Comunità Terapeutiche in Italia (Fioritti & Solomon, 2002; Mosti & Clerici, 2003).

Rispetto alla presa in carico di questi utenti sono rilevabili in letteratura due principali posizioni:

la prima rileva che i pazienti con BPD e SUDS si distinguono per la loro ambivalenza affettiva, la loro aggressività (gesti autolesivi, suicidio), la polidipendenza e un'elevata frequenza di ricadute e drop out. Secondo questa ottica la relazione terapeutica risulta caratterizzata da instabilità affettiva e scarsa motivazione al trattamento (American Psychiatric Association, 2001; Chiesa, Drahorad & Longo, 2000; Compton, Cottler, Jacobs, Ben-Abdallah & Spitznagel, 2003; Fioritti & Solomon, 2002; Gunderson, Daversa, Grilo, McGlashan, Zanarini & Shea, 2006; Haro, Mateu, Martinez-Raga, Valderrama, Castellano & Cervera, 2004; Martinez-Raga, Marshall, Keaney, Ball, & Strang, 2002; Robins & Chapman, 2004; Ross, Dermatis, Levounis & Galanter, 2003; Senis, 2005; Skinstad & Swain, 2001; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2004). In relazione a queste difficoltà, pazienti con BPD e SUDS necessitano di una presa in carico apposita (Ball, 1998; Ball, Richardson, Connolly, Bujosa & O'Neill, 2005; Bellack et al., 2006; Bornovalova & Daughters, 2007; Dimeff & Linehan, 2008; Linehan, 1993a, 1993b; Linehan, Dimeff, Reynolds, Comtois, Welch, Heagerty & Kivlahan, 2002; Liotti, 2001; Manzato & Fea, 2004; Mosti & Clerici, 2003; Pasudetti, Callegari, Bacchin & Fiorin, 2005; Trinciarelli, Damiani & Zane, 2004).

La seconda posizione ritiene invece che i pazienti con BPD e SUDS non presentano particolari difficoltà nel trattamento e non necessitano quindi di una presa in carico apposita (Ralevski, Ball, Nich, Limoncelli & Petraski, 2007; Van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul &

Van den Brink, 2005; Van den Bosch, Verheul, Schippers & van den Brink, 2002; Verheul, van den Bosch, Koeter, de Ridder, Stijnen & van den Brink, 2003).

Obiettivi

Sulla base delle criticità emerse dalla letteratura, il presente lavoro si pone l'obiettivo di analizzare i modelli di presa in carico per pazienti con BPD e SUDS, focalizzandosi sulle seguenti aree di indagine:

- Modalità di diagnosi;
- Identificazione delle sostanze più utilizzate da pazienti con BPD e SUDS;
- Funzione percepita di tali sostanze;
- Principali strategie di presa in carico e di progetto terapeutico impiegati nel trattamento;
- Difficoltà specifiche nella relazione con questi utenti e difficoltà degli operatori rispetto al loro ruolo professionale.

Metodo

I partecipanti sono quindici operatori, dei quali 8 lavorano in un Ser.T., 7 in una comunità terapeutica residenziale.

Lo strumento utilizzato è un'intervista semistrutturata registrata, trascritta e sottoposta ad analisi di contenuto *computer assisted* con l'utilizzo del software ATLAS.ti

L'intervista ha raccolto dati sulle seguenti aree:

1. Raccolta dati diagnostici e strumenti utilizzati
2. Utilizzo di sostanze e motivazioni all'uso secondo la percezione del terapeuta e secondo le dichiarazioni del paziente
3. Modalità di presa in carico e eventuali differenze in caso di presenza contemporanea di Disturbo Borderline di Personalità e Disturbi Correlati all'Uso di Sostanze
4. Difficoltà nel trattamento, problemi nella relazione terapeutica, ricadute, drop out.
5. Eventuali difficoltà da parte del terapeuta nella presa in carico di questa tipologia di pazienti.

Risultati

Si riportano i temi emersi suddividendoli per le macroaree sulle quali verteva l'intervista.

Diagnosi

Dalle interviste emerge come la valutazione diagnostica sia un processo complesso e di lunga durata, soggetto a frequenti revisioni da parte del terapeuta. Tutte le interviste, ad eccezione di una Comunità Terapeutica, riportano una valutazione diagnostica delle persone che accedono al servizio. Quasi tutti i Ser.T. intervistati riportano l'utilizzo di strumenti diagnostici (in particolare MMPI), oltre al colloquio clinico. Viene inoltre rilevata una tendenza dei Ser.T. a non fermarsi ad una sola valutazione diagnostica, ma di monitorare i pazienti anche successivamente all'avvenuta presa in carico:

La diagnosi non si ferma però ad una prima ed unica valutazione, i pazienti sono monitorati periodicamente dal nostro personale (Ser.T. 5, 7)¹.

Tale colloquio sembra assumere una importanza maggiore nelle Comunità, anche se in qualche caso sembra avere piuttosto la struttura del colloquio motivazionale e non del colloquio clinico. Le Comunità presentano strumenti di valutazione del paziente più

¹ Per ogni citazione viene riportato il gruppo dei Partecipanti (Ser.T o Comunità terapeutica, il numero attribuito al soggetto intervistato e il riferimento alla citazione).

diversificati, e alcune di esse riferiscono esplicitamente la relazione del servizio pubblico inviante:

Abbiamo una fase di colloqui iniziali, alla quale accedono indistintamente tutte le persone che intendono intraprendere il nostro programma di recupero. Tale fase ha la funzione di essere un primo filtro; durante tali colloqui l'operatore ha la possibilità di conoscere la persona e quindi di iniziare una prima rilevazione, anche di carattere psicopatologico. Inoltre i ragazzi arrivano accompagnati da una relazione da parte del Ser.T. inviante (Com, 7, 6).

Sostanze usate:

Dalle interviste emerge la prevalenza della polidipendenza, riferita da undici interviste su quindici, sei Ser.T. e cinque Comunità Terapeutiche.

Nei Ser.T. risulta più frequente l'uso di eroina. Tale dato trova conferma nella modalità di accesso a queste strutture, che sono state negli anni specificatamente rivolte a questi problemi:

La sostanza più utilizzata è l'eroina, tuttavia questi dati potrebbero essere influenzati dalla modalità di accesso al servizio che privilegia persone con questa tipologia di problemi (Ser.T. 8, 10).

Le Comunità Terapeutiche presentano invece una popolazione più eterogenea e, accanto all'abuso di eroina, viene riportato anche il forte aumento di persone che fanno uso di cocaina.

...sicuramente la cocaina, che a sua volta produce degli effetti anche nella vita sociale: aumenta l'aggressività, provoca delle alterazioni psichiche..... Il problema è in netto aumento, stiamo pensando addirittura ad attivare un percorso apposito per queste persone che abusano di cocaina (Com, 6, 9).

Motivazioni all'uso

La droga viene assunta prevalentemente a scopo autoterapico, per colmare una sensazione di vuoto, e anche per placare gli sbalzi emotivi, per esaltare le sensazioni e per affrontare problemi relazionali, sottolineando i cambiamenti avvenuti nel tempo:

Prima, negli anni 70, c'era una consapevolezza del malessere e le sostanze venivano usate come sedativo. Dagli anni 90 ad oggi, le persone stanno male, ma pensano che sia normale stare così, non sono consapevoli del loro malessere e cercano il benessere nelle sensazioni forti (Com 6, 11).

La risposta data con più frequenza è "colmare una sensazione di vuoto", riportata dalla quasi totalità degli operatori dei Ser.T.:

L'irrequietezza continua è quello che li caratterizza, sono persone alla ricerca di pace e si illudono di poterla trovare in annebbiamento delle loro sensazioni. Tendono a placare le loro percezioni perché per loro sono troppo forti da tollerare (Ser.T. 2,12).

In queste persone particolarmente problematiche è come se ci fosse un vuoto costante da riempire e la sostanza diventa un mezzo per colmare questa mancanza (Ser.T. 4,12).

Le motivazioni che i pazienti riportano non sono mai chiare. Specialmente dopo un uso prolungato della sostanza i pazienti perdono la reale consapevolezza delle loro motivazioni (Ser.T. 7, 16).

Si parla anche di "cause occasionali" che sembrano aver scatenato il bisogno di sostanza:

Generalmente fanno riferimento ad eventi accidentali come la famiglia, cattive amicizie o brutte esperienze vissute (Ser.T. 1, 14).

L'"esaltazione delle sensazioni" viene riferita da alcuni operatori delle Comunità Terapeutiche. Questi dati possono trovare una spiegazione nella differenza fra i pazienti in carico ai due servizi, che abbiamo precedentemente notato. Viene anche sottolineato l'uso "ricreazionale" della sostanza e il tentativo di "sanare" le difficoltà relazionali:

I pazienti riferiscono un uso prettamente conviviale della sostanza, nel 99% dei casi fanno riferimento ad amicizie (Com 3, 14).

Queste sostanze, specialmente nei borderline, sono utilizzate per sopperire a delle difficoltà nella relazione. Questo è un aspetto abbastanza critico per questi pazienti (Com 3, 12).

Altre motivazioni, riportate da entrambi i gruppi di partecipanti, riguardano “placare gli sbalzi emotivi” ed “affrontare problematiche relazionali”.

Le motivazioni dichiarate dai pazienti sull'utilizzo della sostanza vanno da una mancanza di consapevolezza, a eventi accidentali, ad autoterapia.

L'“assenza di consapevolezza” viene riferita da quasi tutti gli operatori dei Ser.T., che solitamente hanno una relazione più episodica e meno quotidiana con il paziente.

“Eventi accidentali” e “autoterapia”, sono invece riportate con maggiore frequenza dalle Comunità Terapeutiche, che fanno anche una interessante osservazione su come lo stigma attribuito al tossicodipendente sia comunque preferibile per gli utenti a quello del paziente psichiatrico:

... i pazienti riferiscono soprattutto il piacere e lo stato di benessere che l'assunzione della sostanza provoca, viene spesso definita dagli stessi “sostanza calda” (Com 2, 14) ... per loro la sostanza a volte svolge una funzione di auto medicamento, preferiscono appartenere al gruppo dei tossicodipendenti piuttosto che a quello dei pazienti psichiatrici (Com 7, 14)

Modalità di intervento

Le modalità di presa in carico rilevabili dalle interviste sono due:

La prima è una presa in carico non differenziata, meno correlabile alla diagnosi, quanto ai singoli casi e alle risorse presenti. In base a questo modello pazienti con DD non ricevono un'attenzione particolare in quanto tali e il loro percorso riabilitativo può non differire da quello rivolto ad altri disturbi. Questo tipo di percorso è presente in un terzo delle interviste, in prevalenza di operatori dei Ser.T.:

Entrambi i quadri patologici sono trattati contemporaneamente. L'intervento si sviluppa sia in senso farmacologico che psicologico, con interventi che sono diretti sia all'individuo che alla famiglia. Rispetto alle più tradizionali modalità di intervento il trattamento della doppia diagnosi riceve anche un'intensificazione del percorso, nei termini sia degli incontri e sia dei colleghi che si fanno carico del paziente. Il percorso terapeutico provvede poi, nelle sue fasi finali, ad aiutare la persona a reinserirsi in maniera adeguata nel tessuto sociale (Ser.T. 6, 17).

La seconda è una presa in carico specifica per gli utenti che presentano entrambi i disturbi, con una strategia di intervento maggiormente correlata alla diagnosi. In base a questo modello i pazienti ricevono un'attenzione particolare, il percorso è maggiormente definito e personalizzato e prevede l'impiego di maggiori risorse, nei termini di professionalità che si fanno carico del singolo, del numero di incontri previsti e delle attività pensate per il paziente. Questo percorso caratterizza la maggioranza dei due tipi di servizio:

Il percorso terapeutico viene stabilito più che dalla diagnosi psicopatologica dalle reali risorse presenti nell'ambiente e nella persona. In linea generale comunque il servizio dispone di una equipe che si compone di diverse professionalità e che si affianca all'utente per tutta la durata del suo percorso terapeutico. La presenza di una psicopatologia può comportare tuttavia l'attivazione di più risorse, in particolare dello psicologo, di servizi di salute mentale, di strutture residenziali e semiresidenziali (Ser.T. 7, 21).

Il percorso specifico, inoltre, riguarda tutti i casi che presentano contemporaneamente un qualunque disturbo psichiatrico e abuso/dipendenza da sostanze e non riguarda esclusivamente pazienti con BPD e SUDS.

Le strutture che attuano una presa in carico specifica riportano, tra le modalità di intervento, il trattamento farmacologico, un trattamento psicologico individuale, e, in minor misura, un trattamento definito “psicosociale”, un trattamento familiare e un trattamento di gruppo.

Una delle strutture riferisce anche della propria disponibilità a proseguire un percorso terapeutico dopo la fase specifica del trattamento.

Emerge come il lavoro proposto dalle Comunità Terapeutiche, rispetto a quello dei Ser.T., sia più articolato e maggiormente teso ad ottenere una integrazione degli interventi proposti al paziente. È più frequente nei Ser.T. una separazione tra intervento farmacologico e psichiatrico, affidato per lo più al Dipartimento della Salute Mentale. È comunque presente una sorta di incertezza di fronte ai problemi della presenza contemporanei dei due disturbi, che sembra mettere in difficoltà strutture organizzate per lavorare in maniera disgiunta e che si trovano a dover impostare una necessaria collaborazione. Si rileva anche la differenza nel tipo di utenza nel corso del tempo, che ha reso necessaria la ridefinizione dei programmi:

Qualche anno fa venivano fatti incontri anche con le famiglie, seguendo un approccio di tipo sistemico, adesso questo tipo di attività è stata sospesa, è abbastanza impraticabile con questi pazienti, che spesso non hanno famiglia e se ce l'hanno i genitori sono anziani e non se la sentono di venire qui ad affrontare certe tematiche (Com 4, 17).

In realtà la distinzione tra i due gruppi di utenti è sempre meno marcata, dal momento che le persone con disturbi legati esclusivamente alla tossicodipendenza sono sempre più rare... Probabilmente ciò è anche da attribuire al fatto che le comunità hanno, nel corso degli anni, affinato la capacità di formulare diagnosi più appropriate rispetto a qualche anno fa... La sostanziale differenza di trattamento in comunità si può sintetizzare nella capacità degli operatori... di costruire dei percorsi il più possibile personalizzati, che tengano conto quindi delle risorse soggettive dei pazienti e degli obiettivi che si intendono raggiungere con loro (Com 7, 19).

Difficoltà

L'ultima parte dell'intervista indaga infine le principali difficoltà nel trattamento di pazienti con BPD e SUDS, le aree analizzate riguardano la relazione terapeutica, ricadute, drop out e difficoltà dell'operatore .

Per quanto riguarda la Relazione terapeutica dalle interviste emerge come per quasi tutte le strutture, senza grandi differenze tra Ser.T. e Comunità Terapeutiche, la relazione con questi pazienti presenti importanti difficoltà.

Le risposte date dagli intervistati parlano di "oscillazioni del tono dell'umore", riferendosi ai continui cambiamenti nello stato d'animo del soggetto, che passa da un'intensa euforia e agitazione a sconforto, rabbia e aggressività auto ed eterocondotta. Questa categoria compare in un terzo delle interviste, e in operatori di entrambi i servizi.

Si parla inoltre, con una rilevanza analoga, di allontanamento/avvicinamento, una modalità di attaccamento caratteristica del BPD in base alla quale la relazione con gli altri vive momenti di intensa idealizzazione seguiti da svalutazione.

Ricadute e drop out: dalle interviste emerge come per quasi tutti gli operatori, nei Ser.T. come nelle Comunità Terapeutiche, le ricadute e i drop out costituiscono un grave ostacolo al trattamento. E' possibile che i due fenomeni abbiano un qualche collegamento, relativo alla difficoltà nel rimanere in trattamento, infatti generalmente le interviste che segnalano uno dei due fenomeni riferiscono anche a proposito dell'altro.

Le figg. 1 e 2 riportano gli alberi di concetti che illustrano i contenuti descritti rispettivamente per i Ser.T. e per le Comunità terapeutiche.

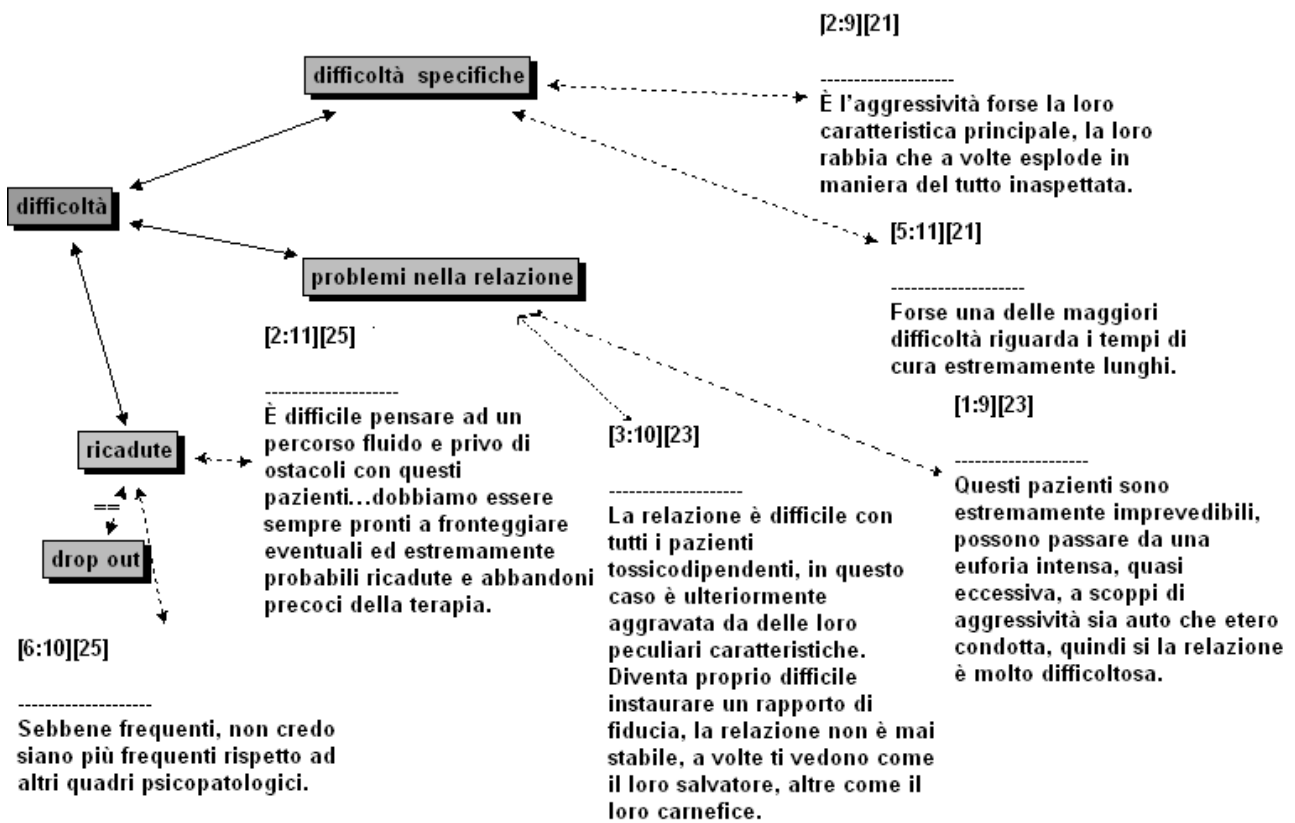


Fig. 1 – Difficoltà nella relazione con gli utenti espresse dagli operatori dei Ser.T.

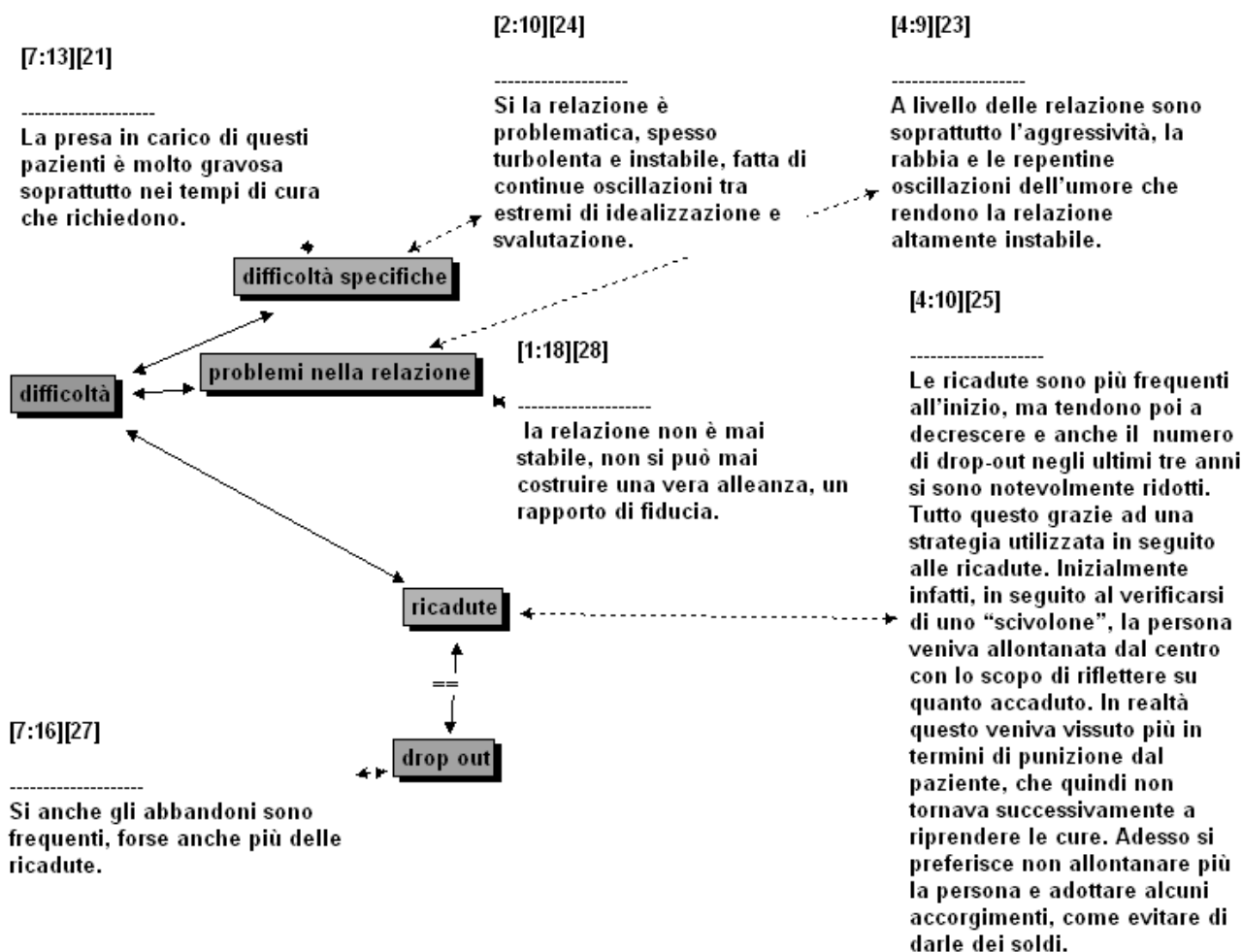


Fig. 2 – Difficoltà nella relazione con gli utenti espresse dagli operatori delle Comunità Terapeutiche

Le Difficoltà dell'operatore (Figg. 3 e 4) emergono dalla maggioranza delle interviste, sia pure con declinazioni diverse. Se un atteggiamento positivo del terapeuta è ritenuto fondamentale per una buona riuscita del trattamento, d'altro canto questo viene percepito come messo continuamente alla prova soprattutto dalle frequenti ricadute e drop out dei pazienti.

Le risposte date dagli intervistati si dividono però in tre gruppi:

- le risposte (e si tratta di una minoranza) che parlano di una assenza di difficoltà, nelle quali gli intervistati non ritengono che trattare questi soggetti implichi particolari diversità nei problemi legati alla presa in carico;
- le risposte che sottolineano la paura del fallimento e dell'insuccesso professionale, e questo riguarda circa un terzo dei partecipanti, provenienti sia dai Ser.T. che dalle Comunità Terapeutiche;
- le risposte infine (e sono la maggioranza) che parlano di demotivazione, per cui l'intervistato sembra mettere in conto l'insuccesso terapeutico con questi pazienti ed è pertanto meno motivato a intraprendere il percorso terapeutico. Questo gruppo sembra essere quasi più presente tra gli operatori delle Comunità Terapeutiche.

Dalle interviste si nota che le strutture che attuano un percorso specifico per i pazienti con i due disturbi riportano un maggior numero di ricadute e drop out, e maggiori osservazioni sulla diminuzione della motivazione al lavoro rispetto a quelle che attuano una presa in carico non differenziata. Non necessariamente, tuttavia, questo può significare che tale presa in carico sia più efficace. Potremmo anche pensare che laddove il percorso è specifico anche le difficoltà vengono rilevate con maggiore attenzione.

Un tema rilevato in particolare dagli operatori delle Comunità è quello del coinvolgimento emotivo, che – pur essendo il segno della profondità della relazione – può, se non rielaborato, rendere particolarmente oneroso il lavoro quotidiano di cura.

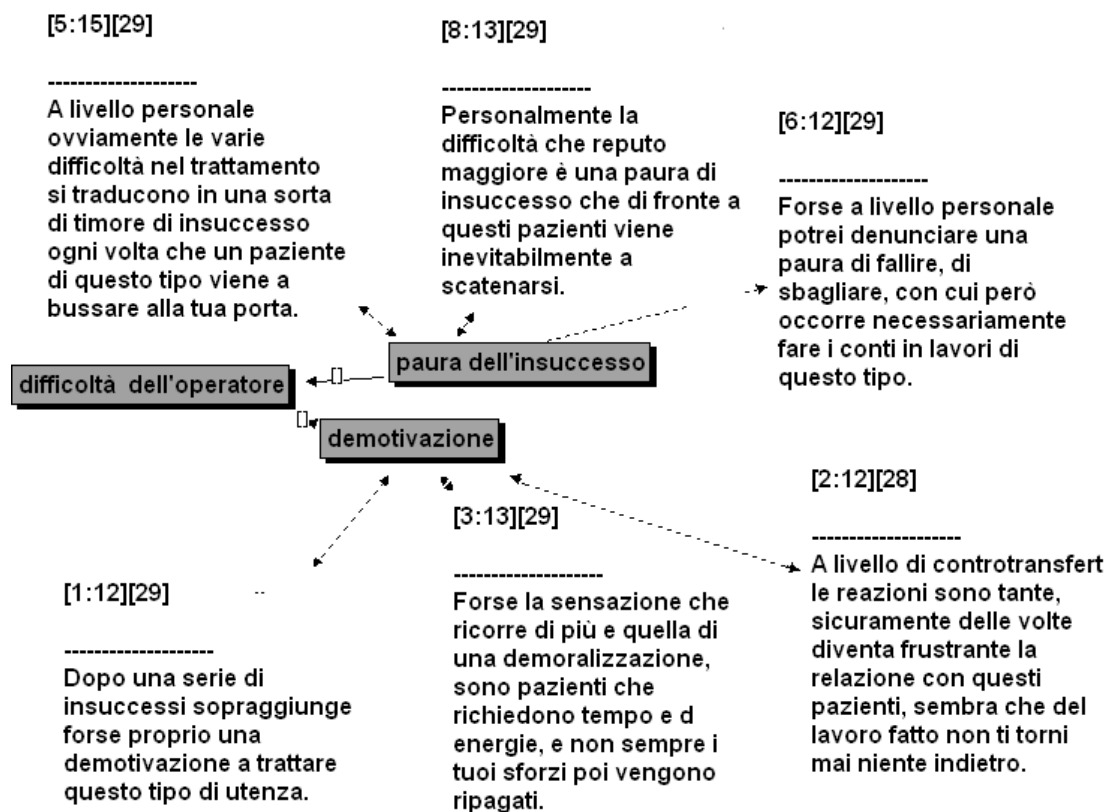


Fig. 3 – Difficoltà degli operatori dei Ser.T.

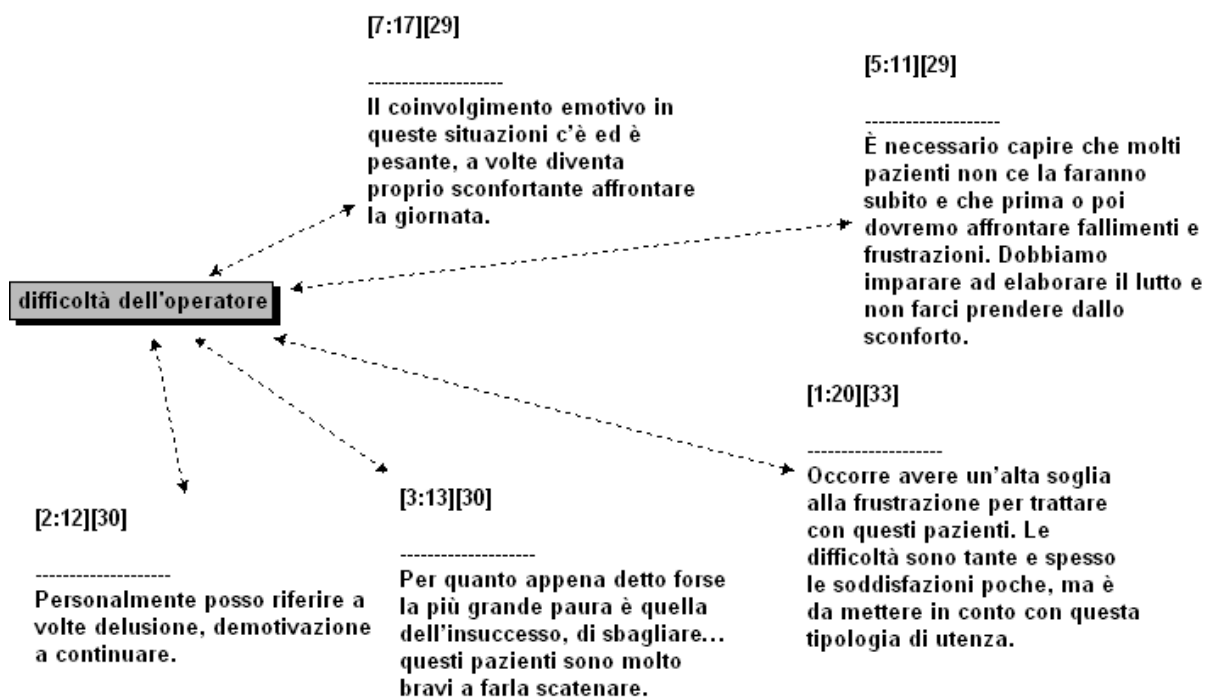


Fig. 4 – Difficoltà degli operatori delle Comunità terapeutiche

Discussioni e Conclusioni

In accordo con quanto emerge dalla letteratura (Fioritti & Solomon, 2002; Hasin et al., 2006; Manzato & Fea, 2004; Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze,

2004; Torres, 2008), la valutazione diagnostica è una fase estremamente importante nella presa in carico e prevede l'utilizzo di diversi strumenti qualitativi e quantitativi.

Generalmente le sostanze sono utilizzate per "colmare una sensazione di vuoto": questo dato può essere correlato con la formazione teorica degli operatori intervistati, nella maggior parte dei casi psicodinamica.

Pazienti borderline sembrano non privilegiare l'utilizzo di una sola sostanza, ma di più sostanze contemporaneamente. La polidipendenza assume un valore prognostico e terapeutico molto importante, in particolare peggiora l'outcome del trattamento (Senis, 2005; Skinstad & Swain, 2001).

Accanto a questo emergono molte altre difficoltà nel trattamento, sia nella durata di esso, intervallato da ricadute e da drop out, sia nella qualità della relazione terapeutica.

In merito a questo ultimo punto gli operatori intervistati riferiscono spesso della loro paura dell'insuccesso e della demotivazione al lavoro terapeutico. In accordo con quanto emerge dalla letteratura (Drake, 2006; Drake et al., 1998; Drake et al., 2007; Fiorin & Citron, 2005; Fioritti & Solomon, 2002; Manzato & Fea, 2004; Mosti & Clerici, 2003), questo dato può avere delle implicazioni sull'esito del trattamento: in quasi tutte le interviste in cui si parla di demotivazione si riportano anche episodi di ricadute e drop out, presenti complessivamente dodici volte. È possibile che tra le due variabili si instauri un circolo vizioso per cui il terapeuta, consapevole delle difficoltà a trattare con questi pazienti, inizi un percorso terapeutico demotivato, questo non farà altro che incrementare la probabilità di insuccesso terapeutico e dunque ulteriormente la sua demotivazione. O che, viceversa, le frequenti ricadute, molto probabili con questo tipo di pazienti, incrementino una demotivazione sempre possibile nel lavoro terapeutico con utenti pesantemente e socialmente stigmatizzati.

Nonostante le difficoltà che emergono in questo ambito, sembra carente la ricerca di un modello di progettualità terapeutica efficace. Spesso non viene prevista una presa in carico specifica, ma sembra essere utilizzato un "adattamento" della presa in carico utilizzata per qualsiasi tipo di utente, senza attenzioni specifiche.

Dalle interviste si nota inoltre che le dieci strutture che attuano un percorso specifico riportano maggiori ricadute e drop out rispetto ad un percorso non differenziato. Questo dato, apparentemente paradossale, può essere spiegato dalla metafora di Cicogni (2004): le strutture tendono a liberarsi dei "casi scomodi" così come in alcuni giochi con le carte si tende a liberarsi, appena possibile, delle carte perdenti. È lecita l'ipotesi per la quale, considerata la specificità dell'intervento, utenti particolarmente problematici e con scarsa possibilità di rimanere in trattamento e di intraprendere percorsi riabilitativi siano inviati in queste strutture con percorsi specifici; senza, peraltro, che all'invio consegua un adeguato impegno di risorse, di formazione e di supporto per gli operatori, di ricerca nei confronti di modelli efficaci.

Dai risultati ottenuti sono infine rilevabili due diverse modalità di approccio all'individuo, sulla base di due diversi servizi di riferimento, il Ser.T. e la Comunità Terapeutica. In Italia con i successivi e spesso contrastanti interventi legislativi non solo la lontananza tra i servizi psichiatrici e quelli per le dipendenze si è fatta più marcata, ma di fatto si è sancita la distinzione tra due modalità di intervento contrapposte tra di loro: una medica, basata su trattamenti farmacologici e affidata ai Ser.T.; l'altra psicoterapeutica, psicosociale e psicopedagogica, più tipica delle Comunità Terapeutiche che ne accentuano un aspetto disciplinare piuttosto che un altro, a seconda del progetto su cui si sono costituite.

In accordo con quanto appena detto anche dai risultati emergono differenze tra i due servizi. I Ser.T. sembrano caratterizzarsi per un'utenza più omogenea, con una maggiore frequenza di abusi degli oppiacei; una minor varietà di trattamenti proposti, con una prevalenza di interventi farmacologici, pur accompagnati da una presa in carico psicologica (non sempre seguita dall'utente); una tendenza a separare l'intervento sulla disintossicazione da quello psicologico/psichiatrico, affidato per lo più al Dipartimento di Salute Mentale.

Le Comunità Terapeutiche sembrano caratterizzarsi per un'utenza più eterogenea, che vede accanto al consumo di eroina anche consumo di altre sostanze, tra cui la cocaina; i trattamenti proposti, più vari e personalizzati, con una maggiore gamma di interventi psicologici e/o psicosociali e una maggiore disponibilità all'accompagnamento da parte del

servizio anche oltre la fase di trattamento; il tipo di presa in carico con una attenzione all'integrazione degli interventi proposti all'utente.

Le Comunità Terapeutiche intervistate riportano in maniera diversa gli episodi di ricaduta e di drop out, sia per il fenomeno, già citato, di "espulsione" da parte di alcuni servizi territoriali di pazienti poco gestibili con modalità non residenziali; sia perché, in alcuni programmi terapeutici messi in atto dalle comunità, la ricaduta è vista come elemento su cui svolgere un più profondo intervento terapeutico e non come una causa di allontanamento tout court dal programma, ed è quindi possibile dunque che tale approccio possa determinare outcomes migliori rispetto a quello dei Ser.T. (Mosti & Clerici, 2003).

In conclusione, dai dati emersi si avverte la necessità di riflettere su alcuni punti: l'esigenza di differenziare il percorso di presa in carico e il progetto terapeutico in base alla diagnosi del paziente; di differenziare gli interventi proposti, andando oltre ai trattamenti farmacologici e individuali che sembrano essere i più diffusi; di favorire prese in carico integrate, con una maggiore continuità terapeutica tra servizi territoriali e servizi residenziali e con forme di accompagnamento meno delimitate nel tempo, data anche la situazione di marginalità sociale di molti pazienti.

Un aspetto specifico riguarda inoltre le difficoltà presentate dagli operatori e le loro esigenze di formazione e aggiornamento sulla specificità del problema, oltre che di supervisione metodologica e psicologica per prevenire forme di burn out.

La ricerca presenta dei punti di criticità legati alla raccolta dei dati in un unico territorio; fatto che, se può essere considerato paradigmatico per la complessità dei servizi proposti e per la ricerca di coordinamento e di lavoro di rete tra i servizi, può tuttavia presentare differenze con altri contesti del paese. Sarebbe quindi interessante sviluppare ulteriori confronti con altri contesti territoriali.

Bibliografia

Adams, W. L., Jendritza, T., & Kim, S.A. (2006). Borderline Personality Disorder. Clinician's Handbook of Adult Behavioral Assessment, 19, 431-457.

American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 158, 1-52.

American Psychiatric Association. (2002). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Text Revision (4th ed.). Washington, DC: Author (trad. it. Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali-Text Revision (4th ed.). Masson, Milano).

Ball, S.A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy. Addictive Behaviors, 23 (6), 883-891.

Ball, S.A., Richardson, P B., Connolly, A.J., Bujosa, C.T., & O'Neill, T.W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: Symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. Comprehensive Psychiatry, 46, 371-379.

Bellack, A.S., Bennett, M.E., Gearon, J.S., Brown, C.H., & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behaviour treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. Archives of General Psychiatry, 63, 426-432.

Bellio, G., (2005, May 4). Doppia diagnosi: Dai problemi metodologici all'organizzazione dell'assistenza. Noumen. Retrieved from <http://www.ventosociale.it/doc/CAP-1.pdf> .

Bornovalova, M.A., & Daughters, S.B. (2007). How does Dialectical Behaviour Therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders?. Clinical Psychological Review, 27, 923-943.

- Brunette, M.F., & Mueser, K.T. (2006). Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(7), 10-7.
- Chiesa, M., Drahorad, C., & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. Quantitative and qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 177, 107-111.
- Cicogni, A. (2004, August- December). Il paziente che nessuno vuole: l'uomo nero tra multiple diagnosi e molteplici servizi. *Il Seme e l'Albero*, pp. 39-43.
- Compton, W.M., Cottler, L.B., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A., & Spitznagel, E.L. (2003). The role of psychiatric disorder in predicting drug dependence treatment outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 160, 890-895.
- Connors, G.J., DiClemente, C.C., Dermen, K.H., Kadden, R., Carroll, K.M., & Frone, M.R. (2000). Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(1), 139-149.
- Correale, A., Alonzi, A.M., Carnevali, A., Di Giuseppe, P., & Giacchetti, N. (2001). *Borderline: lo sfondo psichico naturale*. Roma: Borla.
- De Leon, G. (1989). Psychopathology and substance abuse and psychiatric disorders: What is being learned from research in therapeutic community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 177-188.
- Dimeff, L.A., & Linehan, M.M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for substance abusers. *Addiction Science and Clinical Practice*, 4 (2), 39-47.
- Drake, R.E. (2006). Il trattamento integrato dei pazienti con doppia diagnosi. *The Italian On Line Psychiatric Magazine*. Retrieved February 28, 2008, from http://www.POL_it.
- Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T., McHugo G.J., & Bond, G.R. (1998). Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (4), 589-608.
- Drake, R.E., Mueser, K.T., & Brunette, M.F. (2007). Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: Program implications. *World Psychiatry*, 6(3), 131-136.
- Fiorin, A., & Citron, A. (2005, May 4). Doppia diagnosi: La nostra esperienza. *Noumen*. Retrieved from <http://www.ventosociale.it/doc/CAP-2.pdf>.
- Fioritti, A., & Solomon, J. (2002). *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*. Milano: FrancoAngeli.
- Gunderson, J.G., Daversa, M.T., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Zanarini, M.C., & Shea, M.T. (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 822-826.
- Haro, G., Mateu, C., Martinez-Raga, J., Valderrama, J.C., Castellano, M., & Cervera, G. (2004). The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatients detoxification. *European Psychiatry*, 19 (4), 187-192.
- Hasin, D., Samet, S., Nunes, E., Meydan, J., Matseoane, K., & Waxman, R. (2006). Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the psychiatric research interview for substance and mental disorders for DSM IV. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 689-696.
- Lieb, K. L., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364 (9432), 453-461.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive- Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guildford (trad. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina, Milano, 2001).

Linehan, M.M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.

Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P., & Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.

Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza: Psicopatologia e Psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina.

Manzato, E., & Fea, M. (2004). *Gravità e intensità assistenziale. Modelli di integrazione a confronto*. Mission. Retrieved from <http://www.federserd.it/document> .

Martinez-Raga, J., Marshall, E.J., Keaney, F., Ball, D., & Strang, J. (2002). Unplanned versus planned discharges from inpatients alcohol detoxification: Retrospective analysis of 470 first episode admission. *Alcohol and Alcoholism*, 37(3), 277-281.

Mosti, A., & Clerici, M. (2003). *Lungo il confine: Tossicodipendenza e comorbidità*. Milano: FrancoAngeli.

Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (2004). *Evoluzione del fenomeno della droga in Unione Europea e in Norvegia*. Retrieved February 28, 2008, from <http://www.emcdda.europa.eu>

Pasudetti, C., Callegari, F., Bacchin, C., & Fiorin, A. (2005, May 4). *Tossicodipendenti borderline: Un modulo specialistico di trattamento presso il dipartimento per le dipendenze di Castelfranco V.To.* Noumen, pp. 29-42.

Ralevski, E., Ball, S., Nich, C., Limoncelli, D., & Petraski, I., (2007). The impact of personality disorders on alcohol-use outcomes in a pharmacotherapy trial for alcohol dependence and comorbid Axis I disorders. *The American Journal on Addictions*, 16(6), 443-449.

Robins, C.J., & Chapman, A.L. (2004). Dialectical behaviour therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18 (1), 73-89.

Ross, S., Dermatis, H., Levounis, P., & Galanter, M. (2003). A comparison between dually diagnosed inpatients with and without axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29 (2), 263-279.

Senis, O. (2005). *Doppia diagnosi, evitiamo l'effetto della "porta girevole"*. Retrieved from http://www.agesol.it/document_upload/Tossicodipendenze_e_carcere290606.pdf

Skinstad, A.H., & Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27 (1), 45-65.

Stone, M.H. (2000). Clinical guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23 (1), 193-210.

Stone, M.H. (2005). Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry*, 5(1), 15-20.

Tact, C.T., Murphy, C.M., Musser, P.H., & Remington, N.A. (2004). Personal, interpersonal and motivational predictors of the working alliance in group cognitive behavioural therapy for partner violent man. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (2), 349-354.

Torres, M.M. (2008). Dual diagnosis: Actual situation and future prospects. *Addictiones*, 20(4), 10-7.

Trinciarelli, G., Damiani, A., & Zane, P. (2004). *Tossicodipendenza e disturbi di personalità: Un'ipotesi di trattamento psicoterapeutico*. The Italian On Line Psychiatric Magazine. Retrieved from http://www.POL_it .

Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorder: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20 (2), 235-253.

Van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W., Stijnen, T., Verheul, R., & Van den Brink, W., (2005). Sustained efficacy of Dialectical Behaviour Therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (9), 1231-1241.

Van den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Schippers, G.M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical Behaviour Therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviours*, 27 (6), 911-923.

Verheul, R., van den Bosch, L.M.C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12 month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

Warwar, S.H., Links, P.S., Greenberg, L., & Bergman, S.Y. (2008). Emoticon-focused principles for working with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry Practice*, 14 (2), 94-104.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., & Silk, K.R., (2004). Axis I comorbidity in Patients with borderline personality disorder: 6-Year follow-up and prediction of time remission. *American Journal of Psychiatry*, 161 (11), 2108-2114.