

“ACUDETTOX nei Servizi pubblici: esperienze, prospettive e interazioni” Congresso Europeo NADA 1997.

Paolo Jarre, Servizio per le Tossicodipendenze Azienda Regionale USL 5, Collegno (TO) - Regione Piemonte. Ottobre 1997 tel 011/9551742

Il nostro gruppo ha incominciato ad interessarsi ad Acudetox poco più di 2 anni orsono; quindi la nostra esperienza è molto limitata, ma permette lo stesso di delineare alcuni nodi a nostro giudizio importanti per le prospettive dello sviluppo di Acudetox nel particolare modo dei servizi pubblici italiani per le dipendenze da sostanze psicoattive.

Nell'agosto di 2 anni fa visitai insieme a Bruna Audino il SER.T. di Verbania dove, da oltre 1 anno, aveva avuto inizio un'esperienza di utilizzo dell'agopuntura auricolare in soggetti dipendenti da oppiacei illegali, alcool e nicotina.

Il nostro interesse fu grande e nell'autunno frequentammo a Milano il seminario A. condotto da Brian McKenna con Grazia Rotolo e Giulio Picozzi; nel dicembre invitammo a Rivoli (To) Grazia e Giulio che tennero una conferenza a cui parteciparono oltre 50 operatori dei SER.T. piemontesi. In questa occasione presentammo il nostro protocollo per l'impianto sperimentale del protocollo Acudetox nel nostro SER.T.

L'impianto sperimentale del protocollo Acudetox nel SER.T. dell'A.R. USL 5

Fu definito un periodo di 4 mesi nel quale i 3 operatori formati alla tecnica avrebbero gestito un ambulatorio aperto per 1 ora e mezza al giorno per 5 giorni alla settimana per alcune tipologie di soggetti:

- Tossicodipendenti da eroina con alcune caratteristiche (n° max 8): basso livello di dipendenza fisica (consumo dipendente ma limitato nella quantità), elevati ansia e craving, prima proposta di disassuefazione, non utilizzo di farmaci agonistici, antagonistici e sintomatici. obiettivo = disassuefazione fisica.
- Alcolodipendenti con alcune caratteristiche (n° max 7): difficoltà all'astensione spontanea anche per brevi periodi (es 24h), difficoltà e/o controindicazioni cliniche all'avvio ad un CAT. obiettivo = riduzione progressiva del consumo.
- Dipendenti da psicostimolanti (cocaina, MDMA) (tutti i soggetti che afferiscono al SER.T. nel periodo). obiettivo = studio
- Tabagisti (operatori del SER.T. o di altri servizi sanitari e sociali dell'Azienda). obiettivo = riduzione fumo passivo (attivo)

Nella primavera del 1996 furono formati alla tecnica altri 8 operatori del SER.T. (medici ed infermieri) che si aggiunsero ai primi 3 permettendo di passare dalla gestione di un unico ambulatorio alla sperimentazione di un'attività continuativa in 3 sedi del SER.T. (Collegno, Rivoli e Orbassano) su di una popolazione non più selezionata secondo i criteri individuati per il periodo sperimentale di impianto ma costituita da soggetti individuati caso per caso.

L'attività dei primi mesi portò a risultati molto interessanti in particolare nel campo delle dipendenze da sostanze legali (alcool/nicotina) e alla produzione dei primi resoconti (1,2,3) nel contesto di congressi scientifici e su riviste specializzate.

Dall'inverno scorso aumentarono le difficoltà a mantenere nei 3 presidi individuati un gruppo stabile di utenti per una serie di motivi che costituiscono l'oggetto di questa riflessione; queste difficoltà ci hanno portato alla consapevolezza di dover riformulare il nostro progetto di inserimento di ACUDETTOX tra gli interventi del Servizio per le Tossicodipendenze.

I nodi vengono al pettine: eccone alcuni

1) Difficile mettere in crisi il pregiudizio del primato del paradigma biologico del cambiamento

Questo nodo credo riguardi in genere tutto il mondo permeato dalla cultura medico-scientifica occidentale: tutte le realtà nelle quali il paradigma terapeutico si sostanzia in atti con i quali ad un corpo viene aggiunto qualcosa tramite un' introduzione o una dazione oggettuale in genere.

Tali atti sono ritenuti in grado di produrre, di solito in modo invariabile, una modificazione nell'assetto biologico/somatico del soggetto; anche gli stessi atti psicoterapeutici sono spesso rubricati in un modello in cui controllo, consapevolezza e relazioni sono modificati tramite aggiunte o sottrazioni assolute.

Il dare/avere rappresenta il registro relazionale di gran lunga prevalente su cui si instaurano le relazioni terapeutiche.

In Italia, nel campo delle tossicodipendenze, questa tendenza a rettificare i veicoli del cambiamento è accentuata da alcuni aspetti peculiari:

- la presenza di “modelli” d'intervento “forti”, tutti orientati all'azione di un terapeuta su di un

soggetto passivo, con scarsa considerazione degli aspetti soggettivi e contestuali, modelli sui quali è chiamata a schierarsi l'opinione pubblica (“ai tossicodipendenti bisogna dare il metadone”, “i drogati bisogna metterli in Comunità..”....);

- la drammaticità con la quale le famiglie sono chiamate in causa/colpevolizzate si traduce in richieste intrise dell'urgenza del fare e il fare più immediato richiamato agli operatori di un servizio sanitario italiano è il dare(che sia ascolto, farmaci, appuntamenti, provette per l'urina...) tutto per contenere-stringere -costringere;

- le tipologie prevalenti dei percorsi personali degli operatori del settore sono inscrivibili in un quadro fortemente connotato (ora un pò meno di una volta) da robusti “pregiudizi” etici, ideologici, sanitari o religiosi; ciò comporta che spesso si affronti il problema della sofferenza tossicomane con l'ottica del “ricambista” (sostituire parti malate con parti sane) piuttosto che con quella del “restauratore”.

L'ottica del “restaurare” è ovviamente quella che più si avvicina al porsi il più possibile come obiettivo il ripristino di un equilibrio perduto.

E' difficile in questo quadro che un operatore possa porsi di fronte ad una nuova (per lui) persona tossicodipendente con quell'atteggiamento di “benevola neutralità”, un pò naïf, necessario per introdursi insieme a lui con successo nella logica di NADA.

2) I SER.T. sono opifici rumorosi: difficile ricondursi al primato del silenzio

Scherzosamente si potrebbe dire che, corollario del paradigma biologico di cui al punto 1) vi sia quello, un pò ottocentesco, che il “rumore” sia sintomo di operosità.

Difficile è per i SER.T. staccare il telefono anche durante le riunioni, difficile chiedere ai propri clienti di aspettare educatamente in silenzio.

L'assenza di rumore rischia di essere vissuta, anche per il gusto italiano per la teatralità (più che per il teatro..), come assenza di azione, assenza di sentimento.

Il rumore attenua l'angoscia, il confronto quotidiano con la sofferenza, ma è nebbia che impedisce di percepire ed esercitare quello che Castaneda chiamava il “potere del silenzio”.

Acudetox è tecnica non verbale, i tossicodipendenti ed i loro operatori sono spesso verbosi, più non vogliono cambiare gli uni e più sono inesperti gli altri e più chiacchierano.

3) Il difficile passaggio dalla relazione contrattuale al percorso acontrattuale ad obiettivo condiviso

Una delle cose che più mi colpì 2 anni fa sentendo Brian McKenna fu il suo racconto, credo che molti altri lo abbiano sentito, del caso di quella signora che per oltre 200 volte di seguito aveva prodotto campioni d'urina positivi alla ricerca di una sostanza d'abuso illegale e che ad un certo punto fu in grado di fornire campione “pulito”; il gruppo, disse Brian, organizzò una festa.

Quest'esempio descrive bene la logica non contrattuale di Acudetox; ciò non vuol dire che l'andamento clinico non comporti modificazioni nel protocollo ma che non vi è mai un punto in cui scatta “il rifiuto di terapia” per non essere “stati ai patti”.

L'astensione dall'uso di sostanze è traguardo comune dell'operatore e del cliente, non è condizione per ottenere “benefici” nella relazione, tra i quali, il principale, il mantenimento in vita della relazione stessa.

Questo tipo di approccio è tutt'altro che sconosciuto agli operatori italiani delle tossicodipendenze perchè è quello che in genere informa i percorsi di “limitazione del danno”; la acontrattualità viene anche definita come capacità di sviluppare “legami deboli” rispetto al “legame forte” che si determina con la definizione di clausole contrattuali che condizionino il futuro della relazione.

In Italia porsi come fecero gli operatori del caso raccontato da Brian non è facile, anche perchè l'unico intervento che, a “macchia di leopardo” nel nostro paese, si accompagna ad una posizione di “legame debole” è il mantenimento farmacologico con metadone: la scelta di praticare il m.m. con scelte di popolazione spersonalizzate e decontestualizzate su frazioni nettamente prevalenti della propria casistica, cela spesso un pregiudizio ideologico che si sposa con quello del primato biologico-meccanicista.

Paradossalmente l'atteggiamento non punitivo, di “neutralità benevola”, del medico che prescrive a lungo termine a larga parte dei propri clienti metadone in mantenimento somiglia a quello di chi consente il libero accesso, non filtrato da sbarramenti diagnostici e/o di criteri di assegnazione, ad un programma di agopuntura auricolare; però la vi è spesso un assunto di base in cui il farmaco è protesi per una persona altrimenti invalida, qui il programma Acudetox è NADA per una persona che deve “restaurare” il proprio equilibrio.

E' in realtà molto diverso.

4) Il metodo o il metodo di non avere il metodo? Forse è bene un metodo che non sia il metodo

Da diverso tempo il nostro gruppo di lavoro ha adottato la filosofia di privilegiare sempre e comunque l'adozione di "miscele" individualizzate di interventi attuati con l'utilizzo di uno o più degli strumenti messi a disposizione dalla ricerca nella clinica delle dipendenze.

Ciò in contrasto alla tendenza, molto forte nel campo in Italia, a richiudere le scelte operative tra metodi in qualche misura preconfezionati, "brevettati" che aspettano solo dei fedeli esecutori.

Abbiamo avuto la presunzione di smontare i vari giocattoli terapeutici per rimontarli secondo quella che credevamo la nostra misura e le esigenze cliniche dei nostri clienti.

Così abbiamo fatto con i protocolli farmacologici d'importazione nord-americana, sia quelli con agonisti (metadone) che antagonisti (naltrexone) o ancora sintomatici (clonidina), con i programmi comunitari, con i gruppi di auto-aiuto organizzati nei Club degli Alcolisti in trattamento con la terapia familiare sistemico-relazionale e così via.

Ciò ha contribuito a creare un nostro stile d'intervento che potremmo definire "il metodo di non avere il metodo" che ci ha permesso nel panorama italiano spesso dogmatico e superficiale di non schierarci con nessuna delle scuole "ufficiali": via via han creduto di averci tra le loro schiere i "pasdaran dell'astensione ad ogni costo", gli "irriducibili della riduzione del danno", i "santoni delle ultime spiagge comunitarie" ed altri ancora.

Ad esempio dai programmi di "mantenimento metadonico" abbiamo preso il metadone, il farmaco, buttato via il resto e rimontato i nostri percorsi e così via, sempre ad isolare lo strumento dai canoni d'utilizzo per contestualizzarne sempre l'utilizzo.

Un pò così è stato anche con Acudetox e probabilmente la nostra presunzione ha poggiato le proprie radici su di un inconsapevole "riduzionismo biologico" difficile da sradicare: ad un certo punto, anche se non ce lo siamo detti esplicitamente, abbiamo forse creduto che fosse da privilegiare una buona manualità, mettere bene gli aghi giusti nei posti giusti per il tempo giusto, rispetto alla qualità della relazione che instauravamo.

Così, un pò come se stessimo somministrando un farmaco; se ci si parlava allora tutti quanti eravamo consapevoli dell'importanza del gruppo, del libero accesso, del silenzio, dell'atmosfera rilassata e così via, ma poi ci si trovava sempre più spesso ad infilare aghi su appuntamento, di corsa, durante le riunioni o le pause mensa, in ambienti continuamente disturbati.

Il paradosso è che il nostro operare nella logica del "metodo del non metodo" quindi associando ad esempio l'agopuntura auricolare a svariati altri interventi farmacologici, psicologici e/o psicoterapeutici, pedagogici e di riabilitazione sociale rappresenta da tempo un tentativo di pratica "olistica" e "costruttivistica" che ricomprenda tutte le facce dell'esperienza nostra e delle persone con le quali lavoriamo.

Ma Acudetox non è solo un protocollo è un programma, un metodo che va rispettato per l'appunto in una logica olistica; perchè mettere gli aghi di corsa, anche se con mano delicata e precisa, rischia di funzionare poco e di deludere i servizi e i loro clienti.

Acudetox è un metodo che è un metodo, (ed ha il grande vantaggio di non presentarsi come il metodo ...) ed ha come tutti i metodi, un suo padre fondatore, una sua storia, una sua associazione, i suoi adepti fedeli, i suoi eretici.....

Di ciò, di quanto ho detto sopra e di molto altro ancora debbono tenere conto i SER.T..

Il rischio potenziale

Il rischio potenziale che individuo sulla scorta della nostra esperienza di questi 2 anni si fonda sulla possibilità che un numero sempre crescente di operatori di forme alla tecnica, che altri siano più o meno sommariamente formati per seconda o terza generazione e che vi sia un utilizzo sempre più estemporaneo, slegato dai presupposti sui quali fonda la sua origine Acudetox.

Senza che prima i servizi nella loro globalità e non per singoli operatori:

- riflettano sull'opportunità di relativizzare il pregiudizio del primato biologico
- organizzino il loro lavoro rispettando la peculiarità e la dignità di ciascun intervento
- sappiano scegliere tempi e modi per proporre contratti/legami forti o per aprirsi a legami deboli /acontrattuali (seminare per raccogliere in un dato tempo o seminare sperando di raccogliere prima o poi ...)

- costruiscano invii/proposte consapevoli

- imparino che ordine e silenzio non sono lo specchio di inettitudine e anafettività

- si pongano in posizione di "benevola neutralità" rispetto alle persone che occasionalmente sono i loro clienti e rispetto alle esperienze lavorative altrui, senza schierarsi per "chiese" o peggio ancora per "bande"

Si corre il rischio che:

- alcuni operatori entusiasti mettano per un certo periodo aghi nelle orecchie ad un certo numero di clienti tra il disponibile e il perplesso in locali di fortuna di servizi nel complesso scettici

- dopo alcuni mesi gli operatori entusiasti saranno meno entusiasti metteranno meno aghi dentro meno orecchie di clienti più perplessi che disponibili in locali via via più precari in servizi che diranno “noi l'avevamo detto che non funziona/ non è per noi/ è solo per gli impallinati”.....

Il rischio è quindi che Acudetox diventi un intervento marginale, di “nicchia folkloristica”.

Cosa fare

Entro l'autunno 1997 i 10 operatori formati alla tecnica Acudetox intendono riavviare sulla base delle riflessioni su esposte l'intervento con nuovi presupposti:

- un locale dedicato
- un tempo sufficientemente ampio da permettere un accesso con certi gradi di libertà
- personale impegnato solo in Acudetox nel tempo dedicato
- un accesso non limitato da criteri territoriali e/o di preselezione
- invii/proposte consapevoli
- l'elevazione di livello di Acudetox da intervento/protocollo a programma/trattamento

Un invito a NADA

Alla luce dell'esperienza su sommariamente descritta crediamo che sia importante che i seminari Acudetox siano arricchiti di una parte dedicata ai rischi della banalizzazione del metodo ed all'importanza della condivisione perlomeno della “curiosità” sul programma NADA a livello degli interi Servizi. Particolarmente attenzione quindi dovrà essere messa nell'informazione/coinvolgimento di chi nei servizi ha compiti di gestione e scelta delle linee strategiche d'intervento.

1) Audino B. Neirotti S., Scarpinato A., Jarre P., “Agopuntura auricolare come strumento per la disassuefazione da sostanze psicoattive - Esperienze con “Acudetox' “Il Congresso Nazionale Società Italiana Tossicodipendenze “Dipendenze: i confini e l'orizzonte” Padova 26-28 settembre 1996

2) Fassone S., Naretto P. e Jarre P. “Trielina. Un 'solvente' per casi difficili” Dal fare al dire pag. 15-16 n. 1 giugno 1997

3) Scarpinato A., Audino B., Neirotti S., Jarre P. “Agopuntura auricolare come alternativa al trattamento disassuefativo nella dipendenza alcolica” XIV Congresso Nazionale della Società Italiana di alcologia “L'alcol e i suoi diversi scenari” Castel S.Pietro Terme (Bo) 10-12 ottobre 1996 in Alcologia European Journal of Alcohol Studies - Sezione Italiana - pag. 84 Suppl. Vol. VIII n. 2 Maggio-Agosto 1996