

9.4

PSICOMOTRICITÀ E DIPENDENZE PATOLOGICHE UN PERCORSO CHE AIUTI LA PERSONA A REINTERPRETARE LA PROPRIA STORIA CORPOREA

Cutaia A.E.*^[1], Gulino C.M.G.E.^[1], Cereda A.^[1],
Lamartina C.^[1], Fischetti E.S.^[1], Truscelli A.^[1]

^[1]Associazione "Casa Rosetta" ~ Caltanissetta ~ Italy

Sottotitolo: Questo lavoro parte come progetto pilota finalizzato alla valutazione dell'efficacia di attività psicomotorie in persone con Disturbi da uso di sostanze (DUS) in trattamento residenziale in Comunità Terapeutica.

Testo Abstract

Introduzione

Il progetto fa riferimento al dialogo-tonico emozionale e alla pedagogia e psicologia del cambiamento per cui la rieducazione psicomotoria, attraverso il movimento strutturato in un tempo e in uno spazio ben definiti, facilitando e promuovendo una percezione del proprio corpo, è finalizzata al miglioramento della relazione con se stesso e dunque con gli altri. La rieducazione psicomotoria passa, attraverso e si interseca con il processo di cambiamento.

L'assunzione della sostanza rende il corpo e la mente succube, schiavo di essa, il corpo è negato e svuotato dal dominio della sostanza che filtra i dati sensoriali ed emotivi, li controlla, li nega fino al punto di modificarli. "Perché avvenga un reale cambiamento, il corpo ha bisogno di apprendere che il pericolo è passato e di vivere una realtà presente. Il nostro tentativo di capire il trauma ci ha portati a pensare in un modo diverso non solo alla struttura della mente, ma anche ai processi attraverso i quali si guarisce" (Van der kolk, 2014). Il progetto ha centrato la sua attenzione sulla valorizzazione della corporeità come espressione di emozioni, di interiorità, di comunicazione senza l'uso della sostanza.

L'associazione Casa Rosetta da oltre 30 anni è impegnata nella prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche, disturbi da uso di sostanze (DUS) e com-

portamenti additivi. Le tre strutture di riabilitazione delle dipendenze con complessivi 105 posti e oltre 45 unità di personale specializzato, nei vari ruoli e funzioni quali medici, psicologi, psicoterapeuti, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, garantiscono una presa in carico globale della persona con D.U.S., con attenzione al suo contesto familiare e sociale secondo il modello bio-psico-sociale e in coerenza con i più recenti approcci basati sulle evidenze scientifiche. Dal 2019 Casa Rosetta ospita il capitolo nazionale dell'International Society of Substance Use Professionals, ISSUP-Italia, un'organizzazione che si estende a livello mondiale e che ha come obiettivo promozionale la formazione continua per professionisti delle dipendenze, la diffusione dei risultati della ricerca scientifica e la promozione della formazione continua per i professionisti della dipendenza, la diffusione dei risultati della ricerca scientifica e la promozione della medicina delle dipendenze basata sulla evidenza scientifica.

L'Associazione Casa Rosetta è pioniera nel riconoscere alla Psicomotricità un ruolo fondamentale nello sviluppo armonico del bambino e nello sviluppo dell'identità della persona negli aspetti fisiologici, psicologici e socio-relazionale. La psicomotricità, sia dal punto di vista teorico che operativo, considera l'uomo nella sua globalità psicocorporea, strutturale e funzionale. Per questo Casa Rosetta impiega da decenni la psicomotricità, riconoscendone il ruolo fondamentale nello sviluppo armonico della persona in tutte le fasi della vita e in vari contesti educativi e terapeutici. Inoltre, da molti decenni, organizza una formazione continua per psicomotricisti, affrontando diversi aspetti e metodiche specifiche della psicomotricità applicate ai contesti della riabilitazione dei bambini e adulti con disabilità neuropsicomotoria e ha introdotto la psicomotricità nel programma di recupero psicosociale delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze. Lo psicomotricista, in quanto professionista del linguaggio corporeo, favorisce lo sviluppo psicomotorio del bambino, salvaguarda l'equilibrio psicofisico dell'adulto e dell'anziano in situazioni ed età diverse della vita, opera in un setting specifico, utilizzando tecniche a mediazione corporea, collaborando con professionalità diverse.

Obiettivi

Scopo del progetto è valutare l'efficacia di interventi di psicomotricità con riferimento all'approccio tonico-emozionale, in termini di benessere psicofisico, di compliance terapeutica, nonché di tempi di recupero (durata del programma di recupero), in persone con dipendenza patologica da sostanze in trattamento riabilitativo residenziale.

Materiale e metodi

Un gruppo di uomini adulti, di età variabile dai 18 ai 45 anni, individuati in base a definiti criteri di inclusione, tra i residenti in Comunità Terapeutica per il trattamento dei DUS, svolgono un programma di attività psicomotoria, mediazione corporea e pratiche di rappresentazione creativa, articolato in un incontro a settimana di circa 2 ore. Le tecniche psicomotorie possono aiutare la persona a riscrivere la propria storia corporea, a riscoprire e percepire attraverso il dialogo tonico-emozionale il corpo senza il filtro della sostanza (attraverso il ritmo, movimento, musica, gioco, pittura, rappresentazione, rilassamento). Il programma prevede una valutazione psicomotoria e psicologica attraverso l'esame psicomotorio e test psicologici di personalità, dell'ansia di stato e di tratto, neuropsicologici e di valutazione delle emozioni (ENB2, TAS20, STAI-Y, PAI) al tempo T0 (gennaio 2023), T1 (luglio 2023) e T2 (gennaio 2024) sia al gruppo che effettua il trattamento di psicomotricità che al gruppo di controllo (persone entrate in comunità da meno di 60 giorni).

Risultati

Cfr. Tab 1

Al momento della somministrazione del questionario d'indagine sociodemografica, il gruppo degli intervistati era composto da 14 uomini di un'età media di totale di 36,1 anni. Dalla raccolta dei dati è emerso un livello medio di scolarizzazione (10, 5 anni). 10 persone (71%) vivono a casa coi genitori, 4 persone (29%). Vivono con la compagna/moglie e i figli. Tutti hanno una storia psichiatrica negativa (14 persone, 100%). 3 persone (21%) sono sposate, 1(7%) è convivente, 7 (50%) sono celibi, 2 (14%) sono divorziati e uno (7%) è vedovo.

La maggior parte delle persone (13 su 14) sono disoccupate, il 43% assume una terapia farmacologica sostitutiva. La sostanza primaria per il 50% è la cocaina, per il 29% il crack, per l'1% l'eroina e per il 2% l'alcol. La media degli anni di dipendenza è di 9,7 e il per il 43% si rilevano precedenti trattamenti riabilitativi.

Cfr. Tab. 2

Al tempo T0 i partecipanti al gruppo di psicomotricità (gp) mostravano una media di punteggi (Mp) significativi nelle scale cliniche relative all'Ansia, alle Lamentele somatiche e alla Depressione, mentre i soggetti del gruppo di controllo (gc), formato da un campione di persone con una permanenza totale in Comunità < 60 giorni, mostravano una Mp nelle stesse scale superiori al gruppo della psicomotricità, in particolare nella scala DRG, riferita ai problemi legati alla droga, legati probabilmente al minor tempo di frequen-

za della struttura comunitaria. Al tempo T1 si riscontra nel gruppo di psicomotricità un generale abbassamento dei punteggi delle stesse scale sopracitate, indicativi del miglioramento delle condizioni psicologiche generali, mentre nel gruppo di controllo anche al tempo T1 risulta una Mp più alta e superiore al cut off di riferimento in tutte le scale.

Cfr. Tab.3

L'Esame Neuropsicologico Breve 2 (ENB 2) al tempo T0 evidenziava valori al di sotto del cut off nelle prove relative alla capacità di memoria di lavoro, memoria a breve termine, di ricerca visuospaziale, di attenzione selettiva e capacità imitativa sia nel gruppo di psicomotricità e in maniera ancora più evidente nel gruppo di controllo. Al tempo T1 si riscontra un miglioramento generale nelle prove sopracitate nel gp, mentre permangono risultati al di sotto del cut off nel gc.

Cfr. Tab.4

Al tempo T0 il 50% dei componenti del gp mostrava ansia di tratto moderata e l'86% ansia di stato lieve, questo significa che la condizione di permanenza in comunità diminuiva l'ansia di tratto presente nella maggior parte di loro. Al tempo T1 vi è una diminuzione sia dell'ansia di tratto (8%) che di stato moderata, mentre nel gc permangono valori alti.

Cfr. Tab 5

Al tempo T0 e a T1, permangono le stesse percentuali di partecipanti al gp con alessitimia (circa il 42%), mentre nei rispettivi gruppi di controllo le percentuali di positivi all'alessitimia risulta più alta (circa il 60%). La permanenza anche al T1 nel gp di una difficoltà nella gestione e nel riconoscimento del proprio vissuto emotivo si ipotizza legata al focus del programma terapeutico ancora in itinere (le prime uscite fuori dalla comunità, incontri con le proprie famiglie, il percorso generazionale e familiare del Fischer-Hoffman, e le nuove responsabilità all'interno della struttura comunitaria).

Nel gruppo di controllo, costituito da soggetti che hanno intrapreso il percorso comunitario da soli 60 giorni, non avendo ancora partecipato in pieno al percorso comunitario e non avendo partecipato ai gruppi di psicomotricità, di psicoterapia e di mindfulness, gli stati ansiogeni, emotivi e cognitivi non risultano ancora elaborati, venendo percepiti come invalidanti.

Conclusioni

La psicomotricità può fornire alle persone con DUS gli strumenti necessari per riappropriarsi di un'identità emotiva e relazionale congrua, finalizzata a migliorare

la relazione con sé e con il mondo, attraverso una vissuta nuova corporeità. Può aiutare la persona con DUS a liberarsi della vecchia immagine che ha di sé e che lo ha legato alla relazione con gli altri attraverso l'uso della sostanza, per strutturarne una nuova (relazione), un nuovo sé riscoperto attraverso i propri sensi (sensazioni e percezioni e un nuovo investimento emotivo e comunicativo). In particolare già al tempo T1 emergono dei miglioramenti nella gestione dell'ansia, nelle aree cognitive e in aspetti di personalità riconducibili a Depressione, Lamentele somatiche e Problemi legati alla droga. Dal punto vista psicomotorio sono stati riscontrati dei miglioramenti nell'area del vissuto e coscienza del disturbo, nella coordinazione generale, nello spazio vissuto e sperimentato attraverso il corpo e nel senso del ritmo. In base a tali risultati, si prevede al tempo T2 un ulteriore aumento della consapevolezza corporea con conseguente miglioramento dell'investimento emotivo-relazionale e comunicativo, della compliance e dei tempi di recupero terapeutici globali.

Bibliografia

Ajuriaguerra de, J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant. Masson Paris, trad it.* (1979). *Manuale di psichiatria del bambino. Milano: Masson.*
 Bergeret, J. (1983). *Toxicomanie et personnalité. Paris. Presses, Universitaires de France; trad. it. Chi è il tossicodipendente. Bari: Dedalo.*
 Bisiacchi, P.S. (2003). *Esame Neuropsicologico Breve 2. Milano: Raffaello Cortina*
 Boscaini, F. (2020). *L'esame psicomotorio. CISERPP Mondini, S., Mapelli, D., Vestri, A., Arcara, G., &*
 Boscaini, F., Gobbi, G., & Malesani, P.G. (2001). *Il corpo tonico emozionale, La conoscenza come desiderio. Verona: Res.*
 Coste, J.C., De Panfilis, C., & Wille, A.M. (1999). *La psicomotricità, corporeità ed azione nella costruzione dell'identità. Xenia.*
 Galimberti, U. (2021). *Il libro delle emozioni. Milano: Feltrinelli.*
 Soubiran, G.B., & Coste J.C. (2010). *Psicomotricità e rilassamento psicosomatico. Roma: Armando.*
 Trisciuzzi, L. (2001). *Dizionario di didattica. Pisa: ETS.*

Tabella 5. TAS-20 %

	% TO gp	%TO gc	% T1 gp	%T1 gc
Positivi	43%	60%	42%	62%
Borderline	36%	20%	42%	21%
Negativi	21%	20%	16%	17%

Tabella 1. Caratteristiche demografiche del campione in studio

Variabili	Totale campione (n=14)
Età	
M±SD	36,1 (±5,9)
Anni di istruzione	
M±SD	10,5 (±2,6)
Genere, n(%)	
Maschile	14 (100%)
Femminile	
Regime abitativo, n(%)	
Con genitori	10 (71%)
Con compagna/ moglie e figli	4 (29%)
Storia psichiatrica, n(%)	
Negativa	14 (100%)
Stato civile, n (%)	
Sposato	3 (10%)
Convivente	1 (7%)
Celibe	7 (50%)
Divorziato	2 (14%)
Vedovo	1 (1%)
Stato occupazionale	
Occupato	1 (7%)
Disoccupato	13 (93%)
Terapia farmacologica sostitutiva	
Si	6 (43%)
No	8 (57%)
Sostanza primaria	
Cocaina	7 (50%)
Crack	4 (29%)
Eroina	1 (7%)
Alcol	2 (14%)
Anni di dipendenza	
M±SD	9,7 (5)
Precedenti trattamenti riabilitativi	
Si	6 (43%)
No	8 (57%)

Tabella 2 PAI

Scale cliniche	Mp TO gp	Mp TO gc	Mp T1 gp	Mp T1 gc
SOM (Lamentele somatiche)	62	70	59	73
ANX (Ansia)	58	68	55	70
ARD (Disturbi Ansia-Correlati)	65	66	65	70
DEP (Depressione)	73	76	70	75
DRG (Problemi legati alla droga)	62	70	59	72

Tabella 3 Esame Neuropsicologico Breve (ENB 2)

	Mp TO gp	Mp TO gc	Mp T1 gp	Mp T1 gc
Test di memoria di prosa-differita	12	10	15	9
Test di memoria con interferenza-10 secondi	4	3	5	2
test di memoria con interferenza-20 secondi	2	2	4	2
Trail making test- B	999	999	80	999
Copia di disegno	1	1	2	1
Test dell'orologio	7	5	9	4
Prove prassiche	5	4	5	3

Tabella 4. STAI %

	% TO gp	%TO gc	% T1 gp	%T1 gc
Ansia di tratto moderata	50%	62%	8%	62%
Ansia di tratto lieve	50%	38%	92%	38%
Ansia di stato moderata	14%	40%	8%	60%
Ansia di stato lieve	86%	60%	92%	40%