

2. Interventi psicologici

Maria Angela Abrami

1. Il trattamento multimodale integrato in ambito alcolico

Il Modello Multimodale Integrato, applicato nel trattamento dei Disturbi correlati all'alcol, risulta attualmente il più diffuso a livello nazionale e internazionale nella cura dell'alcolismo e delle patologie alcol correlate. Secondo questo modello di intervento, l'approccio al problema alcol e patologie alcol correlate è di tipo medico-psicologico e sociale, poiché il presupposto teorico della genesi del disturbo è di natura bio-psico-sociale, vale a dire determinato da una multifattorialità di aspetti ereditari, di comportamento, di personalità, sociali ed ambientali. Gli aspetti clinici dei Disturbi correlati all'alcol si manifestano sia sul piano organico e psicologico, sia nell'ambito del disagio sociale che dei disturbi psichiatrici, in quadri di complessità e multifattorialità, che richiedono, necessariamente, un approccio multidisciplinare ed interventi terapeutici tra loro integrati. Gli interventi multidisciplinari, ad opera delle equipe specialistiche curanti, rappresentano gli anelli di una "catena terapeutica" in cui la dimensione medica, psicologica e sociale operano con l'obiettivo della presa in cura del paziente con addiction e della sua famiglia, al fine di comprenderne i significati di base e favorire il superamento della condizione di dipendenza. A partire da una valutazione diagnostica multidisciplinare, da parte di figure professionali con formazione alcolologica, il Modello Multimodale Integrato prevede la formulazione di un progetto terapeutico individualizzato, strutturato sulla base di una pluralità di interventi, orientati ad una propria specificità terapeutica.

Gli interventi multidisciplinari integrati in ambito alcolico si strutturano in:

- **Interventi medici:** terapie farmacologiche, anticraving, detossicazione, trattamenti per le patologie alcol-correlate, interventi di educazione sanitaria e di counseling;
- **Interventi psicologici:** terapie motivazionali e di prevenzione della ricaduta, terapie individuali, di coppia e di gruppo, sia rivolte alla persona con problemi alcol correlati che alla famiglia;
- **Interventi sociali:** sostegno nelle condizioni di disagio sociale e familiare, supporto nella gestione di percorsi di reinserimento sociale, supporto nella gestione di problemi correlati ad aspetti legali;
- **Interventi educativi:** sostegno nell'apprendimento di nuovi stili di vita, per la persona alcolista e la sua famiglia, attraverso interventi individuali e di gruppo. Attuazione di programmi di tipo preventivo, rivolti a target specifici di popolazione.

2. L'intervento motivazionale in ambito alcolico

2.1 Il colloquio motivazionale (CM) e applicazione nei Disturbi correlati all'alcol

Il colloquio motivazionale è definito dai suoi autori W. R Miller e S. Rollnick (2002) come un metodo direttivo volto ad aumentare nella persona la motivazione intrinseca al cambiamento, attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza. Il metodo

utilizzato da quest'approccio è centrato sul cliente e non è orientato ad insegnare nuove capacità, né ad esplorare la storia individuale, bensì a dare centralità ai valori e ai pensieri di cui la persona è portatrice, per condividere un percorso di cambiamento. Tale tipologia di colloquio non si fonda su un insieme di tecniche, ma rappresenta un metodo di comunicazione e un modo di essere con e per le persone (Rollnick e Miller, 2002), la cui efficacia è ampiamente dimostrata anche nel trattamento dei Disturbi correlati all'alcol, con riscontri significativi rispetto alla ritenzione in trattamento e al raggiungimento dell'astensione.

Uno dei presupposti del colloquio motivazionale è costituito dal fatto che la motivazione al cambiamento non è considerata un tratto personale, ma rappresenta il frutto di un processo interpersonale che si sviluppa nell'ambito di una relazione e da essa ne viene influenzata. Le risorse al cambiamento risiedono nella persona e debbono essere evocate nella relazione d'aiuto counselor/cliente, attraverso un processo attivo, di ascolto, riflessione e costante feedback da parte del terapeuta, affinché possano essere stimolate le potenzialità al cambiamento, di cui la persona rappresenta il primo artefice. Anche il counselor è consapevole che il vero agente del cambiamento è rappresentato dalla persona, portatrice, allo stesso tempo, del proprio disagio e delle potenzialità per innescare il processo del cambiamento. La relazione tra il counselor e il cliente deve essere caratterizzata, perciò, da una forte natura collaborativa, che tenda, ma non costringa, al cambiamento, attraverso l'utilizzo e la capacità da parte del counselor di mettere in atto elementi facilitatori finalizzati a tale scopo.

Gli elementi che definiscono il colloquio motivazionale sono:

- **esprimere empatia**, attraverso l'ascolto riflessivo, per accrescere la fiducia nella relazione e consolidarla durante tutto il percorso del colloquio.
- **aumentare la frattura interiore del cliente**, allo scopo di sbloccare la condizione di ambivalenza, con modalità anche direttive ed orientate verso una modificazione positiva dei comportamenti. Per frattura interiore si intende la percezione delle contraddizioni che la persona ha tra la propria attuale condizione da un lato e le aspirazioni, valori e mete ideali dall'altro (Festinger, 1957; Scaglia 1998). In altre parole, la frattura interiore rappresenta il conflitto esistente tra la condizione attuale, ad esempio la condizione di dipendenza, e l'immagine che la persona ha di Sé. La frattura interiore può essere equiparata alla condizione di una bilancia decisionale, secondo la quale le persone vivono motivazioni tra loro in contrapposizione, caratterizzate da costi e benefici associati ad entrambi gli aspetti del conflitto: "So che bere mi fa male, ma mi piace". Più aumenta la frattura interiore, più la persona è in grado di orientarsi verso un cambiamento della propria condizione attuale.
- **prestare attenzione alla resistenza espressa dal cliente**, cercando di aggirarla, anziché affrontarla in forma diretta con discussioni accese o confronti autoritari, per trasformarla in oggetto propulsore del cambiamento. La resistenza del cliente si può manifestare attraverso alcune categorie comportamentali, quali: dimensione

della discussione e della sfida, l'interruzione e la negazione, l'ignorare quanto il counselor sta evidenziando. Le resistenze sono elementi tra loro sovrapponibili, indici di non disponibilità al cambiamento.

- **sostenere l'autoefficacia del cliente**, elemento chiave della motivazione al cambiamento. Per autoefficacia s'intende la fiducia di un individuo nella propria capacità di attuare un comportamento prestabilito, in un tempo determinato (Bandura, 1977). La convinzione di poter cambiare è un potente elemento del processo di cambiamento, di cui la persona è responsabile, così come le aspettative positive del counselor verso le possibilità del cliente di cambiare possono influenzare il cambiamento stesso.

Nonostante il counselor tenga conto di tutti questi aspetti, può sempre verificarsi il rischio che, all'interno del colloquio motivazionale, si manifesti, da parte del cliente, un'opposizione al trattamento; infatti, non è infrequente che tale condizione venga riscontrata nella pratica clinica, in particolare con persone aventi problemi di addiction, ove questo atteggiamento è un chiaro segno di dissonanza all'interno della relazione counselor-cliente. Quando si verifica tale fenomeno, il counselor deve individuare e correggere i possibili fattori che producono la dissonanza. Le cause implicate nella dissonanza possono essere molteplici: alcune derivano da una non adattabilità delle strategie del counselor al livello di disponibilità al cambiamento del cliente, altre sono espressione di un aumento di rabbia/frustrazione, sia nel cliente che nel counselor, ed altre ancora scaturiscono in mancanza di un accordo sui ruoli nell'ambito della relazione. Va sottolineato che non sono da confondere i termini dissonanza e resistenza. La dissonanza descrive la natura corrente di una relazione/interazione, la resistenza, invece, fa riferimento al comportamento del solo paziente. Entrambi i costrutti possono essere integrati uno con l'altro, poiché spesso il comportamento resistente è un chiaro segnale di dissonanza della relazione in corso.

Lo sviluppo del colloquio motivazionale si articola in due fasi, che presentano obiettivi diversi tra loro, ma che si sovrappongono una con l'altra, spesso senza una netta distinzione tra le metodologie utilizzate ricorrenti durante tutto il colloquio.

La **prima fase** si focalizza sull'evocazione di motivazioni intrinseche al cambiamento e sulle risorse per cambiare, insite nella persona. Scopo principale è la risoluzione dell'ambivalenza del cliente, cercando di motivarlo attivamente al cambiamento. È bene ricordare che l'ambivalenza non scompare mai del tutto, ma decresce, perché ciò si realizza, è importante poter dirigere e stimolare le affermazioni del cliente nella direzione del cambiamento. Le affermazioni verso tale obiettivo rappresentano un costante promemoria delle ragioni per cui è importante impegnarsi a cambiare. La responsabilità del cambiamento è sempre lasciata alla persona, che può scegliere di accettare o meno le condizioni per raggiungere gli obiettivi, in un'ottica di autonomia al cambiamento. Al fine di valutare la solidità della motivazione, in questa fase il counselor pone attenzione alla disponibilità al cambiamento, ovvero quanto il cliente ritiene importante cambiare,

alla fiducia nelle proprie possibilità (autoefficacia) e alla frattura interiore, intesa, come già sottolineato, quale percezione della discrepanza e delle contraddizioni esistenti tra la propria attuale condizione da un lato, ed importanti aspirazioni, valori e mete ideali dall'altro.

La **seconda fase** del colloquio, raggiunto l'obiettivo di aumentare la fiducia, si concentra sul *rafforzamento* dell'impegno a cambiare e mira a sviluppare un progetto concreto e concordato, da poter mettere in pratica. Pianificare un percorso di cambiamento significa stabilire gli obiettivi del cambiamento, valutare le opzioni, giungere ad un piano e far emergere l'impegno. Il counselor in questa fase può avvalersi di diverse tecniche, come l'uso di *domande aperte stimolanti*, *feedback oggettivi* nella direzione del cambiamento ed *esplorazioni dei valori della persona*, che la stessa intende realizzare attraverso il proprio cambiamento. Fare emergere l'impegno al cambiamento, e valutare se sussistono le condizioni per attuarlo, permette al counselor di determinare se la persona necessita ancora di tempo, prima di passare all'azione. La persona può non essere pronta a cambiare, poiché tale processo genera paura e riattiva una condizione di sfiducia nelle proprie potenzialità. Un cambiamento nello stile del counseling, infatti, può influenzare direttamente il livello di resistenza del cliente. Di fronte a tale condizione, il counselor è chiamato a fare un passo indietro e a lavorare maggiormente nella direzione di accrescere la fiducia, elemento, questo, di grande importanza per *frontere* la resistenza e sviluppare la motivazione al cambiamento. Quando il processo di avvio al cambiamento è attivo, si possono riscontrare segnali di disponibilità, che si manifestano con una diminuzione della resistenza e la formulazione di domande relative al cambiamento o previsioni su come sarà la vita una volta avvenuto.

In entrambe le fasi del colloquio motivazionale è importante prestare molta attenzione agli aspetti etici nei confronti del cliente, relativi a tutti i processi di "influenzamento" che possono generarsi in una relazione d'aiuto. Favorire il cambiamento da parte del counselor, dunque, significa non "influenzare" il cliente secondo una propria prospettiva di cambiamento, ma riconoscerne le risorse e porre la persona nelle condizioni di cambiare lungo un percorso da lei tracciato e non predeterminato a priori da tecniche assettiche e avulse da un contesto di aiuto.

2.2 Gli Stadi del Cambiamento e la Prevenzione della Ricaduta

La teoria degli stadi del cambiamento fa riferimento al Modello TTM (Transtheoretical model of change, Prochaska e Di Clemente, 1982; Di Clemente 1994) per comprendere il processo di cambiamento del comportamento, attraverso delle fasi necessarie che la persona deve compiere per giungere a realizzarlo. Quest'approccio è diventato parte integrante del colloquio motivazionale ed è ampiamente utilizzato nel trattamento dei Disturbi correlati all'alcol, oltre che in altri ambiti relativi ai comportamenti a rischio o protettivi per la salute.

Il processo di cambiamento è articolato in diverse fasi, caratterizzate da una serie

di passaggi, che comprendono molteplici attività, impiego di energie e di motivazione, necessarie a raggiungere e a mantenere il cambiamento. Compito del clinico è di individuare in quale stadio del ciclo di cambiamento si trova la persona giunta alla sua osservazione e utilizzare il colloquio motivazionale per individuare le strategie motivazionali da mettere in atto, con l'obiettivo di favorire il passaggio da uno stadio ad un altro e determinare il cambiamento o i cambiamenti dei comportamenti problematici.

Il cambiamento si realizza lungo un continuum, attraverso gli stadi di: **Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione e Mantenimento**.

Lo stadio iniziale di Precontemplazione è la fase in cui il paziente non è consapevole del comportamento problematico e pertanto non prende in considerazione il cambiamento, non riconosce di avere un problema con l'alcol e non avverte alcun effetto negativo relativo alla propria condotta, pertanto non è disposto a prendere in considerazione alcun trattamento. Gli unici obiettivi raggiungibili con questa utenza sono rappresentati dalla capacità del clinico di accogliere la posizione dell'altro, mantenere il contatto lasciando "una porta aperta" e, ove possibile, aumentare la consapevolezza e i dubbi circa il comportamento in atto. In questa fase, più che in altre, va posta massima attenzione alla qualità della relazione, evitando contrapposizioni e scontri, che andrebbero ad alimentare la resistenza e la negazione del paziente. La resistenza al cambiamento dei precontemplatori è stata sintetizzata dalla formula delle quattro "R" ovvero: **riluttanza, ribellione, rassegnazione e razionalizzazione**.

Lo stadio successivo alla Precontemplazione è rappresentato dalla *Contemplazione*, fase in cui il cliente considera la possibilità di cambiare, ma vive una condizione di ambivalenza e non è ancora disposto a mutare i suoi comportamenti. Nonostante riconosca di avere un problema con l'alcol e valuti i pro e i contro della propria condizione, non riesce ad assumere una decisione volta al cambiamento. Questo avviene a causa dell'ambivalenza, la quale rappresenta una condizione del cambiamento che l'operatore deve trattare come un'opportunità, per indurre il cliente ad ampliare la frattura interiore e la disponibilità al cambiamento. L'operatore può avvalersi di tecniche specifiche come l'utilizzo della Bilancia decisionale (Janis e Mann, 1977), che sono risultate di grande efficacia, permettendo al cliente di confrontarsi con le proprie posizioni ambivalenti in merito all'uso di alcol o rispetto a qualsiasi altro comportamento. Il tentativo dell'operatore è quello di orientare la bilancia nella direzione della determinazione a cambiare, valutando insieme al cliente i rischi del comportamento di addiction e i vantaggi che il cambiamento porta con sé. L'utilizzo dei feedback adeguati sul loro comportamento attuale e l'informazione corretta sui rischi correlati alla propria persona, permettono di orientare i clienti verso la modificazione ottimale del loro comportamento. È altresì opportuno, definire da quanto tempo la persona sta valutando di poter attuare il cambiamento e se ha già messo in atto progressi tentativi in tale direzione e con quale esito.

A questo punto la persona ha raggiunto lo stadio della *Determinazione* al cambia-

mento: intende cambiare e mettere in atto quanto necessario, per attuare un piano di cambiamento. In questa fase le persone necessitano di un costante accompagnamento a sostenere il loro impegno e a perseguire le azioni concordate valutandone la loro efficacia; ciò non significa che la decisione al cambiamento sia consolidata e definitiva, poiché l'ambivalenza non è scomparsa definitivamente, tuttavia la persona intende impegnarsi seriamente in tale passaggio.

La fase successiva è quella dell'*Azione*, nella quale le persone apportano modifiche concrete ed ulteriori ai loro comportamenti, in modo attivo e determinato, mettendo in atto quanto emerso nelle fasi precedenti del processo. L'azione non equivale ad un cambiamento definitivo, piuttosto, tale periodo richiede più impegno e mantenimento del comportamento orientato al cambiamento. Infatti, il counselor deve tenere a mente che, se il cliente in questa fase non sviluppa o non ha sviluppato autoefficacia adeguata, probabilmente non riuscirà ad ottenere un risultato duraturo. È importante perciò che l'operatore si concentri sui compiti portati a termine con successo dai clienti, sostenendo e confermando le loro decisioni, aiutandoli a percepire il proprio merito nei successi ottenuti, incrementando così il sentimento di autoefficacia.

Infine, lo stadio del *Mantenimento* è rappresentato dai comportamenti volti a consolidare il cambiamento conseguito con marcato impegno e al riconoscimento dei vantaggi ottenuti. Questa non rappresenta una fase scontata del processo di cambiamento, ma un passaggio critico in cui la persona può sperimentare la difficoltà a mantenere un cambiamento per un lungo periodo. La persona può incorrere in una ricaduta nell'uso di alcol e sperimentare l'esperienza della regressione a fasi precedenti del percorso di cambiamento. Il compito centrale dell'operatore è quello di mettere in atto tutte le strategie per prevenire la ricaduta, riconoscendo i rischi a cui la persona va incontro e affrontarli con determinazione.

Secondo il Modello degli Stadi del Cambiamento, la *Ricaduta* è un evento possibile durante tutto il percorso e disconoscere tale condizione significa non aiutare la persona nella comprensione di un processo di cambiamento che è di tipo circolare piuttosto che lineare. In tale prospettiva, colui che ricade rientra nel circolo del cambiamento, anche diverse volte, prima di giungere alla condizione dell'uscita definitiva dal cerchio e del mantenimento della condizione di astensione dall'uso di alcol. Aiutare il paziente a rientrare in trattamento dopo una ricaduta, rappresenta il compito specifico dell'operatore, il quale non può prescindere dalla valutazione della motivazione al cambiamento della persona ricaduta, facilitato in questo dal tipo di relazione costruita nelle fasi precedenti.

L'operatore attraverso il counseling di prevenzione della ricaduta, aiuta la persona a ripercorrere gli eventi scatenanti, interni ed esterni ad essa e a "leggere" la ricaduta come evento occasionale (la cosiddetta "scivolata") o prolungato, per trarne utili informazioni necessarie a ripristinare la motivazione a perseguire sulla strada del cambiamento. La ricaduta rappresenta sempre il ritorno di vecchi stili di vita, da esplorare e fronteggiare

con adeguate strategie, individuate insieme al paziente, al fine di evitare il ripetersi dei comportamenti a rischio. Tale esplorazione non può prescindere dalla valutazione motivazionale del paziente rispetto a quanto è disposto a fare per prevenire la condizione di ricaduta e indurlo a rientrare nel ciclo del cambiamento. Inoltre, coloro che sono in trattamento e hanno raggiunto l'astensione, spesso, mettono in atto comportamenti di "violazione dell'astinenza" (Abstinence Violation Effect, Marlatt e Gordon, 1985) per dar prova a sé stessi e agli altri delle capacità di riuscita e di controllo sull'assunzione di alcol. Il fallimento di tale comportamento è all'origine di sentimenti di colpa da parte del paziente e di possibile rinuncia al proprio cambiamento, con inevitabili conseguenze sul piano individuale e familiare. Il clinico deve poter utilizzare questo momento come opportunità terapeutica, per rivedere con il paziente le aree di fragilità e valutare se la ricaduta può essere prevenuta con tecniche di fronteggiamento delle situazioni "trigger". Le tecniche di fronteggiamento possono essere integrate con trattamenti farmacologici di prevenzione, o con interventi terapeutici mirati al trattamento del disagio psichico sottostante. È stato riconosciuto che tra le cause scatenanti la ricaduta, un ruolo determinante è rappresentato da condizioni di sofferenza psicologica e da quadri psicopatologici (Disturbi Mentali autonomi o associati all'uso di sostanze, Disturbi della Personalità ed eventi traumatici), variabili queste, che necessitano di attenta valutazione finalizzata ad attuare adeguati trattamenti specialistici, sia ambulatoriali che residenziali.

3. Gli interventi psicoterapeutici in ambito alcologico

Nel trattamento dell'alcoldipendenza sono previsti interventi di psicoterapia individuale, di coppia, familiare e di gruppo, integrati con interventi farmacologici, sociali ed educativi. Le psicoterapie, in particolare con pazienti dipendenti, si attuano lungo un continuum espressivo-supportivo o supportivo-espressivo (Gabbard, 1994), dove il polo supportivo (di sostegno) può essere applicato nelle prime fasi del trattamento, quando la persona necessita di sperimentare un sostegno attivo, da parte del terapeuta, alle parti fragili del Sé e alla costruzione di un'alleanza di lavoro. Viceversa, il polo di tipo espressivo (capacità di insight) è attuabile quando la persona è in grado di esplorare i conflitti sottostanti la dipendenza. Durante il trattamento, pertanto, il terapeuta oscillerà tra queste due polarità a seconda dei bisogni espressi dal paziente.

Esistono diverse forme di psicoterapia per la comprensione del funzionamento psichico e dei disturbi psichici, a seconda dei modelli teorici di riferimento e della tecnica utilizzata nella pratica clinica.

Gli orientamenti psicoterapeutici prevalenti nel trattamento della Dipendenza da alcol sono:

- di tipo psicodinamico: individuale, di gruppo, familiare, a breve, medio o lungo termine;
- di tipo cognitivo-comportamentale: individuale, di gruppo;
- di tipo sistemico- relazionale: familiare, di coppia.

3.1 Psicoterapia individuale ad orientamento psicodinamico

Per semplicità di trattazione, in questa sede, non si distingue la psicoterapia psicodinamica, dove per dinamica si intende un insieme di forze psichiche inconscie, in un equilibrio per l'appunto dinamico, dalla psicoanalisi, considerandole come trattamenti sovrapponibili nelle loro finalità terapeutiche. È risaputo che una persona con problemi di addiction non possa fruire di un trattamento psicoanalitico classico, ma che possa, invece, beneficiare di un trattamento psicodinamico "flessibile" e modificato, in grado di focalizzare il funzionamento della persona dipendente e le modalità relazionali riattualizzate nella relazione terapeutica. Le indicazioni e controindicazioni al trattamento psicoterapeutico sono assunti di base validi, come indicazioni generali, applicabili anche al di fuori del target dei pazienti alcolodipendenti.

Indicazioni:

Pazienti con gravità di abuso non elevata o che esplicitino l'intenzione di interrompere l'uso di alcol attraverso la richiesta di un trattamento psicoterapeutico;
 Pazienti con struttura nevrotica, narcisistica e border-line di personalità;
 Pazienti con capacità di pensiero astratto, capacità elaborativa e di riflessione sul Sé;
 Livello cognitivo nella norma;
 Sufficiente integrazione sociale.

Controindicazioni:

Pazienti con disturbo antisociale o paranoide di personalità;
 Pazienti con deficit cognitivi;
 Pazienti con gravi patologie psicorganiche;
 Pazienti con gravi disturbi psichici inficianti un lavoro intrapsichico;
 Pazienti con gravi problematiche sociali.

Il terapeuta seleziona i pazienti attraverso una Diagnosi psicodinamica che stabilisce l'indicazione o meno al trattamento. Di fatto, i primi colloqui devono orientare a identificare le caratteristiche di personalità e la capacità del paziente di rispondere ad una psicoterapia psicodinamica.

La Diagnosi Psicodinamica si fonda sui seguenti aspetti (Gabbard, 2005, 2011):

- Utilizzo da parte del terapeuta dell'intervista psicodinamica (colloquio psicodinamico), anziché dell'intervista descrittiva, di orientamento medico, per la definizione dell'anamnesi. Secondo l'approccio psicodinamico, la modalità con cui viene raccolta la storia del paziente è essa stessa terapeutica. Il paziente racconta la sua storia senza seguire una modalità domanda/risposta, ma narrando liberamente ciò che è più significativo per lui.
- Possibilità di avvalersi di test psicologici di tipo proiettivo (Test di Rorschach, TAT), per la focalizzazione su aspetti del mondo interno e test di livello cognitivo (Test di Weis), per la valutazione delle condizioni mentali.

- Valutazione degli eventi scatenanti la condizione psicopatologica e la conseguente richiesta d' aiuto.
- Valutazione della qualità della relazione terapeutica, con attenzione agli aspetti verbali e non verbali.
- Analisi degli aspetti di transfert e controtransfert nella relazione terapeutica per la comprensione delle difficoltà relazionali presenti e passate del paziente.
- Valutazione dei meccanismi di difesa osservabili attraverso le resistenze manifestate dal paziente nella relazione con il terapeuta.
- Livello dei meccanismi di difesa: utilizzo di difese primitive o di difese mature, poiché a seconda delle difese impiegate dal paziente, si osserva una diversa organizzazione di personalità.
- Natura del funzionamento del Super-io. Nelle persone con problemi di addiction si evidenzia un rigido funzionamento della dimensione super egoica, a causa di un profondo sentimento di colpa correlato a fragilità del Sé.
- Relazioni oggettuali esterne (familiari, sentimentali, amicali), che riflettono il mondo interno del paziente e le relazioni oggettuali interne.
- Valutazione dell'influenza, nella relazione terapeutica, dei partner relazionali utilizzati dal paziente.
- Valutazione delle forze e debolezze dell'Io, attraverso la valutazione dell'esame di realtà, del controllo degli impulsi, della capacità di giudizio.
- Valutazione del Sé, ovvero la dimensione della persona che si costituisce nelle prime fasi dello sviluppo nella relazione madre-bambino, che si esprime nella coesione del sé, del livello di autostima, della continuità di sé in termini di identità, della rappresentazione di sé, dei confini del Sé in relazione agli altri, includendo anche i confini corporei.
- Valutazione della capacità di mentalizzazione (Fonagy, 1997, 2001), la quale nasce dall'aver sperimentato un legame di attaccamento sicuro con la madre nelle prime fasi dello sviluppo. Se l'attaccamento è avvenuto in modo adeguato, il bambino svilupperà la capacità di capire le persone in termini di sentimenti, desideri e aspettative e di comprenderne la differenza tra la propria percezione e le caratteristiche reali dell'altro.
- Analisi dei fattori biologici e socio-culturali della persona in relazione alla dipendenza.

La valutazione psicodinamica rappresenta un insieme di ipotesi sul funzionamento psichico, non stabile e definitiva, ma soggetta a modifiche, sulla base di nuovi elementi acquisiti durante la valutazione terapeutica. Inoltre, la valutazione psicodinamica non corrisponde ad una Diagnosi categoriale, ma alla comprensione del funzionamento mentale della persona, definito in termini di organizzazione di personalità di tipo nevrotico, narcisistico o borderline e psicotico. L'avvio della terapia prevede un setting, costituito da regole e limiti professionali, che garantiscono il buon funzionamento della terapia. Si fa riferimento al giorno e orario della seduta, all'assenza di contatto tra terapeuta e paziente al di fuori della seduta, all'utilizzo del lettino o della modalità vis a vis, ed all'onorario

per il trattamento condotto in ambito privato. La violazione del setting può rappresentare oggetto di analisi delle dinamiche messe in atto dal paziente al di fuori della seduta (acting out) o all'interno di essa (acting in).

Nelle prime fasi del trattamento, il compito del terapeuta è di favorire l'alleanza terapeutica, per facilitare il paziente nel processo di rendere coscienti i contenuti più profondi e non consapevoli. Attraverso le associazioni libere, i contenuti e i sogni espressi dal paziente, il terapeuta si orienta nella comprensione dei significati inconsci e interviene attraverso gli strumenti dell'interpretazione, osservazione, confrontazione e chiarificazione.

La relazione terapeutica rappresenta un fondamentale strumento di analisi delle dinamiche del paziente, vale a dire, dello sviluppo del transfert nei confronti del terapeuta. Lo sviluppo del transfert costituisce la riedizione inconscia di emozioni passate vissute verso le figure affettive significative e proiettate nel presente sulla persona del terapeuta. L'interpretazione del transfert da parte del terapeuta mostra al paziente le cause inconse dei conflitti e la possibilità di "rivivere", sul terapeuta, ciò che a suo tempo è stato rimosso, in quanto fonte di sofferenza. Nell'ambito della relazione terapeutica, oltre al transfert del paziente e la sua fondamentale interpretazione per la rielaborazione dei conflitti, si sviluppa da parte del terapeuta la reazione del controtransfert. Particolarmente con le persone dipendenti, il controtransfert provato dal terapeuta, rappresenta un'intensa reazione emotiva nei confronti del paziente, evocata dalle modalità relazionali ed emotive del paziente stesso. Il controtrasfert contempla anche aspetti del mondo interno del terapeuta, riattivati dalle caratteristiche di personalità del paziente. Affinché non vi siano interferenze tra aspetti controtransferali e transferali, il terapeuta deve aver sostenuto un'attenta analisi di aspetti di sé e monitorare sempre con attenzione il proprio controtransfert, anche con un'attività di supervisione al proprio lavoro. Il controtransfert rappresenta uno strumento fondamentale per il terapeuta, da utilizzare nella comprensione delle dinamiche del paziente e di quanto emerge nella relazione terapeutica.

L'azione terapeutica, attraverso l'analisi dei conflitti rimossi, favorisce l'insight del paziente, ossia la comprensione di sé, l'interiorizzazione di nuovi nessi associativi e di aspetti "buoni" della relazione terapeutica, con la finalità di giungere alla soluzione dei conflitti, di cui i sintomi ne rappresentano la manifestazione. Per soluzione del conflitto si intende la capacità del paziente di aver elaborato la natura delle difese e del desiderio sottostante e di poter abbandonare o attenuare il desiderio, al fine di non più impiegare difese disfunzionali.

In un'ottica psicodinamica, l'addiction rappresenta una difesa utilizzata dal paziente per sostenere le vulnerabilità del Sé, affrontabili con percorsi psicoterapeutici individuali o di gruppo, combinati con trattamenti medici e sociali, secondo una prospettiva multidimensionale di cura della dipendenza.

3.2 Il gruppo nel trattamento dei Disturbi correlati all'alcol

Sulla base di evidenze scientifiche ormai consolidate, è notoriamente diffusa l'efficacia del Gruppo come strumento terapeutico nel trattamento dei Disturbi correlati all'alcol, sia per persone con problemi di addiction che per le loro famiglie. L'esperienza elettiva del Gruppo nel trattamento delle Dipendenze ha origine nella tradizione dei Gruppi di auto-aiuto, sorti negli Stati Uniti: A.A., Al-Anon, N.A. e sviluppata secondo un'ottica psicoterapeutica, negli anni 80, da autori come J.Borriello (1979), S.Brown (1985), D.Cooper (1987), M.Vannicelli (1988), Khantzian et al. (1990), R.A.Matano e I.D.Yalom (1991), Flores (1996) e R. Mackenzie (1997). In Italia il fenomeno si è diffuso dapprima in ambito psichiatrico, con un'attenzione rivolta, oltre che ai disturbi del paziente, al suo contesto sociale e familiare e in seguito nell'ambito dei Servizi delle Dipendenze (U.Nizzoli, 1996). Dapprima l'approccio terapeutico era rivolto alla presa in carico del singolo e della sua patologia, successivamente l'ottica dell'intervento si è orientata a dare valenza alla presa in carico familiare e gruppale, in un percorso di tipo integrato, riconoscendo la complessità dell'origine della dipendenza e i fattori socio-ambientali e familiari che concorrono all'origine e al mantenimento del disturbo. Il Gruppo, nell'ambito dei Servizi di Alcologia, è uno strumento terapeutico utilizzato sia negli interventi di prevenzione, che del trattamento, per le potenzialità di tale risorsa, la sua efficacia terapeutica e il vantaggio in termini di costi-benefici. In ambito preventivo, alcuni dei gruppi maggiormente diffusi sono: Gruppi di tipo informativo, finalizzati ad informare target di popolazione per prevenire i rischi dell'uso di sostanze e alcol, Gruppi Psicoeducazionali, Gruppi di pari nelle scuole, Gruppi di Educazione sanitaria. Nell'ambito della cura si menzionano: Gruppi di Psicoterapia a breve, medio e lungo termine, Gruppi di Familiari, Gruppi Motivazionali, Gruppi di Self-Monitoring, Gruppi di Assertività, Gruppi Multifamiliari, Gruppi di terapia cognitivo-comportamentale (CBT), Gruppi con metodologie psicocorporee. L'intervento di gruppo è ampiamente utilizzato anche nell'ambito delle strutture residenziali per persone con problemi di Dipendenza, con un orientamento prevalente di tipo cognitivo-comportamentale, sia per affrontare l'area della dipendenza che l'area del trauma sottostante al comportamento di abuso.

3.2.1 Gruppi MDGT: Modified Dynamic Group Therapy for substance abusers

La MDGT è un modello di terapia di gruppo, proposta da Khantzian, Hallyday e McAuliffe (1990, 1999), basata sulla teoria e la tecnica della psicoterapia psicoanalitica.

La psicoterapia individuale e di gruppo afferma che forze mentali, come le pulsioni e gli affetti, sono attive a livello inconscio e che strutture e funzioni psicologiche regolano queste forze. Per mezzo del trattamento relazionale si attivano e si rendono manifeste al soggetto le proprie modalità di pensare, sentire e agire; per cui, il trattamento psicodinamico fornisce l'opportunità di analizzare e modificare l'esperienza individuale di Sé e degli Altri.

Il modello proposto da questi autori si fonda sulla comprensione psicodinamica del-

le vulnerabilità nelle strutture dell'Io e del Sé, che possono predisporre alla dipendenza da sostanze, affrontando le difficoltà della persona nella regolazione dei sentimenti, dell'autostima, delle relazioni e della cura del Sé. Inoltre, si focalizza sul mantenimento dell'astinenza, la capacità di affrontare le difficoltà psicologiche, che sottostanno alla ricaduta e l'incoraggiamento ad un nuovo modo di conoscersi, attraverso l'attenuazione del narcisismo. A livello strutturale, la MDGT è impostata come una terapia psicodinamica a breve termine: è un gruppo terapeutico a rotazione, progettato per un massimo di 6 mesi, con incontri bisettimanali di 90 minuti ciascuno. La composizione del gruppo può andare da un minimo di 3 ad un numero ottimale di 8-10 membri, ogni membro partecipa per il tempo prestabilito e vengono inseriti a rotazione nuovi componenti.

3.2.1.1 Principi teorici: la tradizione supportivo-espressiva e il modello psicologico della dipendenza

La MDGT appartiene alla tradizione psicodinamica supportivo-espressiva (Luborsky, 1984; Kernberg, 1986; Wallerstein, 1986). O.Kernberg descrive la psicoterapia supportiva come un processo che ha lo scopo di rinforzare le difese del paziente usando la suggestione, alcune chiarificazioni e interventi ambientali, ma non l'interpretazione. La tecnica di base è quella di esplorare le difese del paziente nel qui ed ora, "favorendo un migliore adattamento alla realtà mediante la consapevolezza degli effetti disorganizzanti di queste operazioni difensive".

La psicoterapia espressiva, d'altro lato, cerca di determinare la riorganizzazione della personalità attraverso la scoperta, l'esplorazione e l'indebolimento delle difese; l'interpretazione da parte del terapeuta costituisce il suo fondamento. Nonostante O.Kernberg sostenga che la terapia espressiva possa essere efficace anche con pazienti molto disturbati, suggerisce che in tali casi debba essere modificata.

La MDGT è basata su un modello psicologico della dipendenza secondo cui il recupero è inteso in termini di recupero psicologico, attraverso l'integrazione di un punto di vista nuovo ed attivo del Sé e la ricaduta psicologica è considerata come un ripiegamento verso vecchie percezioni e punti di vista del Sé. Di fatto l'intervento si focalizza sull'esplorazione, la comprensione e il recupero del Sé senza dare particolare importanza alle sostanze e ai comportamenti collegati. L'uso di droga viene considerato all'interno delle difficoltà dell'individuo nella regolazione del Sé, dell'autostima, delle relazioni personali e dell'auto-cura ed è considerato un modo per attenuare e controllare la sofferenza psicologica, anziché per cercare piacere. Attraverso questo approccio la MDGT è volta anche a sottolineare le capacità di recupero delle persone dipendenti, non solo a superare le loro dipendenze, ma anche ad affrontare le ferite psicologiche, per integrare ciò che è stato frammentato, tollerare la sofferenza e sviluppare un adattamento alla vita più maturo e autonomo. La MDGT utilizza i principi teorici della tradizione della psicologia dell'Io e del Sé, non solo per esplorare le particolari vulnerabilità, che favoriscono la tendenza della persona a coinvolgersi nella dipendenza, ma per offrire un metodo di trattamento specifico.

3.2.1.2 Focus terapeutici

Il metodo della MDGT individua i focus terapeutici dell'intervento nelle aree di maggior difficoltà dei soggetti dipendenti. Costoro sono considerati vulnerabili, poiché presentano:

1. Difficoltà di accesso, tolleranza e regolazione dei sentimenti
2. Problemi relazionali
3. Fallimento dell'autocura
4. Carenze nell'autostima

Queste rappresentano quattro dimensioni centrali della struttura di carattere, attive nella vita quotidiana di ognuno, che nella personalità dipendente sono soggette a disregolazione e distorsione, determinando una problematica caratteriale stabile.

Attraverso il confronto tra i membri e i rimandi del terapeuta, i soggetti possono gradualmente venire a contatto con quelle emozioni estremizzate, vale a dire sentimenti troppo forti o troppo deboli, che hanno spinto la persona ad utilizzare le sostanze come una fonte di "protezione". Le persone con problemi di dipendenza vengono destabilizzate da questi sentimenti e li rifiutano attivamente, cercando un sostegno esterno, che possa mitigare l'intolleranza agli affetti, come la rabbia e l'angoscia da loro provate. Inoltre, queste persone vivono una condizione di superficialità e confusione verso i sentimenti provati e non di rado sono incapaci di esprimerli (alexitimia), o sembra quasi che non ne abbiano (soggetti dis-affettivi). In realtà, questi soggetti lottano difensivamente per non provare alcun tipo di emozione.

Molti degli aspetti interpersonali dei gruppi forniscono alcune delle risposte "curative", attraverso aspetti condivisi e universali come il sostegno e l'accettazione costanti, l'attivazione di modalità d'ascolto e di interazione attenta e rispettosa. Inoltre, il conduttore può favorire un esame dell'autostima e spiegare i problemi che portano i membri del gruppo ad assumere tipiche posizioni autoannullanti, come l'atteggiamento di autosufficienza, il disconoscimento del bisogno, le trasgressioni e la contro-dipendenza.

L'ultima grande tematica trattata all'interno della MDTG riguarda l'autocura: la dipendenza viene vista come il riflesso di un pervasivo indebolimento della capacità di autocura e di autoconservazione. La storia di vita dei pazienti molto spesso, infatti, mette in luce incidenti, cure preventive di vario genere, difficoltà legali e finanziarie, in cui vi è stata una persistente incapacità di fronteggiare, anticipare e valutare le conseguenze delle loro azioni. Questi frequenti fallimenti nell'autocura sono riflessi sintomatici di deficit nelle strutture dell'Io che, normalmente, proteggono dal danno e dal pericolo. I dipendenti, quindi, non sono in grado di percepire la sostanza come una condizione che crea loro danno. L'approccio adottato all'interno del gruppo cerca di aiutare i membri a conoscere le loro vulnerabilità in questa funzione, valorizzando una

comprensione e una rielaborazione attiva ed empatica delle conseguenze fallimentari e distruttive dei loro deficit, permettendogli di modificare le risposte a questo tipo di bisogno.

In conclusione, il lavoro svolto all'interno dei gruppi terapeutici MDGT è quello di fornire un contesto adeguato alla comprensione delle difficoltà date dalle vulnerabilità caratteriali e le relative risposte adottate; il conduttore e gli stessi membri esaminano e affrontano reciprocamente le posizioni di ciascuno, le quali rivelano le caratteristiche autodistruttive sottostanti e le modalità utilizzate per compensare queste vulnerabilità.

3.2.1.3 Il conduttore e i membri del gruppo

Diversamente dalla tradizionale psicoterapia analitica di gruppo, il conduttore della MDGT è più attivo, direttivo e centrato sul suo ruolo, oltre che fermo e accogliente nel suo approccio. Fino a un certo punto è anche collusivo, per esempio incoraggiando e "scherzando" con i membri del gruppo. Il suo atteggiamento contribuisce a creare un'atmosfera di sicurezza e sostegno, dove le persone si sentono libere di parlare e capaci di cominciare a sopportare il dolore che hanno cercato di evitare mediante strategie di automedicazione attraverso le sostanze. Il conduttore in ogni gruppo esercita diversi gradi di influenza rispetto a cosa o a chi il gruppo decide di dare attenzione. Egli deve chiarire le vulnerabilità portate dai pazienti, che spesso faticano a riconoscere le problematiche che stanno vivendo, soffermandosi ogni qualvolta qualcosa non viene compreso a livello emotivo. Inoltre, spesso deve "dar voce ai sentimenti", quando i pazienti non riescono a farlo autonomamente. Queste chiarificazioni, spiegazioni, ed interventi supportivi permetteranno ai pazienti di avviare un processo di auto esplorazione su come i loro modelli relazionali e comportamentali influenzino e conducano alla dipendenza. Il conduttore gioca un ruolo importante anche nel creare delle norme di riferimento interne al gruppo stesso, per promuovere la coesione e l'efficacia terapeutica. Egli stesso viene spesso assunto come modello dai nuovi membri ed il suo atteggiamento aperto e non giudicante influenzerà la partecipazione e la riuscita del gruppo. Tuttavia, potrà anche essere bersaglio di ricorrenti e potenti bisogni, che sono centrali per le difficoltà e le disfunzioni delle persone dipendenti. Dati i loro problemi specifici con la regolazione del Sé e l'abuso di sostanze, i partecipanti si rivolgeranno spesso al conduttore per cercare benessere, protezione, ammirazione e guida. È inoltre auspicabile che i membri avviino un processo di conoscenza reciproca per arrivare a fornirsi supporto e comprensione; per questa ragione vengono incoraggiati a raccontare le loro storie e a rivelarsi in modo personale, cioè ad aprire i loro Sé autentici. La resistenza è normale in questa fase del trattamento, per cui compito del conduttore e dei membri stessi è di accettare queste resistenze senza imporre mete restrittive o confronti obbligati. Attraverso questo percorso attivato dal confronto intragruppo, ogni partecipante arriverà a identificarsi con le emozioni e i sentimenti vissuti dagli altri, sentendosi così meno solo nel percorso di recupero psicologico e nel mantenimento dell'astinenza.

La fase iniziale:

Il terapeuta, nei colloqui preliminari e nella seduta di pre-gruppo, informa delle regole base del gruppo, includendo la riservatezza, la necessità di mantenere una frequenza regolare alle sedute e di presentarsi astinenti; inoltre, informerà sui tempi, la durata, la sede e il luogo degli incontri e sulla durata del trattamento. Verranno discussi i benefici generali del trattamento su pazienti dipendenti e i cambiamenti, che un gruppo a breve termine può portare, attraverso la riduzione dei sintomi, l'aumento dell'autostima, il miglioramento dell'autocura e delle relazioni personali. Viene rimandato ai futuri membri che il focus centrale delle discussioni non è la sostanza o i comportamenti ad essa associati, ma le strutture di carattere sottostanti la dipendenza. Lo scopo di questo incontro è di promuovere atteggiamenti gruppali, stabilire dei rapporti tra i componenti e trasmettere loro un chiaro senso del lavoro da attuare insieme.

Le prime sedute di un gruppo MDGT si focalizzano sui seguenti aspetti:

1. la presentazione del conduttore e dei membri del gruppo
2. una dichiarazione dello scopo del gruppo da parte del conduttore
3. una spiegazione di come la psicoterapia affronta il problema della dipendenza da sostanze
4. le regole di base che governano una partecipazione attiva, la frequenza, la riservatezza e l'astinenza
5. il focus terapeutico
6. la regolazione del clima affettivo del gruppo.

Nelle prime sedute i membri vivono una condizione di imbarazzo e vergogna, determinata dalla paura di entrare a far parte di un gruppo in cui è necessario affrontare situazioni emotive evitate per anni. Per questo tutti i nuovi membri tendono ad adottare un atteggiamento di chiusura difensiva, portando le interazioni ad un livello razionale; i partecipanti, pertanto, tendono a mantenersi emotivamente distanti l'uno dall'altro e sono incapaci o non desiderano rivelare la loro sofferenza psicologica. In questa fase temono di essere criticati, giudicati ed esclusi dagli altri membri o dal terapeuta, come pure di essere considerati patologici e tendono a vedere il coinvolgimento nella psicoterapia come una conferma delle paure rispetto a se stessi e agli stereotipi sulla terapia.

La responsabilità del terapeuta è quella di far presente ai pazienti che queste emozioni ambivalenti, da loro provate sono "normali" e presenti nel vissuto emotivo di tutti i nuovi entrati. Egli deve stimolarli ad aprirsi e a legarsi al gruppo, senza per questo forzare il processo di coesione spontanea.

La fase intermedia:

La fase intermedia ha inizio nel momento in cui i membri si sentono più coinvolti e legati al gruppo come un tutto e cominciano a sperimentare reciprocamente determinati attaccamenti.

Superata la fase iniziale di accettazione e supporto, i membri hanno ormai raggiunto una sicurezza emotiva, che permette loro l'apertura ai sentimenti più profondi e disturbanti. Inoltre, i partecipanti stessi si supportano vicendevolmente, assumendo un ruolo attivo e riflessivo. In questo periodo possono verificarsi crisi riguardanti la continuità della presenza, le assenze e/o l'uso di sostanze, determinate dalla portata emotiva dei vissuti condivisi all'interno del gruppo, che spesso possono far vacillare le posizioni di astinenza assunte dai membri. La crisi va però interpretata come un momento di crescita e una possibilità verso la comprensione delle dinamiche di risposta alle problematiche adottate dai pazienti. Molto importante è un'accurata gestione di questi momenti da parte del conduttore che deve affrontare con fermezza le trasgressioni alle regole, spiegando le motivazioni sottostanti a questi comportamenti, spesso non volontari, assunti dai partecipanti.

La fase finale:

I membri anziani, ormai in chiusura di trattamento, assumono in queste ultime sedute un ruolo di co-conduttori verso i membri inseriti da poco (essendo un gruppo a rotazione), trasmettendo loro le tradizioni del gruppo e i metodi adottati per fronteggiare i problemi. Essi sono in grado di comprendere, come proprie, le quattro aree centrali della MDGT, sulle quali hanno lavorato, portando i loro vissuti all'interno del gruppo e favorendo in questo modo la coesione di gruppo. In tal modo, si può lavorare al consolidamento dei risultati raggiunti sul piano emotivo.

Queste fasi non si sviluppano lungo un rigido percorso lineare, ma attraverso oscillazioni, da una fase all'altra, a seconda della costruzione del gruppo e dei bisogni espressi dai partecipanti.

3.2.2 Gruppi per la Ripresa delle Funzioni (G.R.F.)

Il Gruppo per la Ripresa delle Funzioni (G.R.F.) (Zucca Alessandrelli 2001, 2002) è un modello teorico ad orientamento psicanalitico, modulato e modificato secondo le caratteristiche delle persone con problemi di addiction. Il Gruppo G.R.F. è a termine, della durata di 40 sedute, condotto a cadenza settimanale. Il gruppo è semiaperto, con possibilità di ingressi durante le prime sedute. Gli obiettivi del Gruppo G.R.F. sono:

- il miglioramento delle abilità di funzionamento personale, relazionale e sociale
- l'astensione o la riduzione dell'uso di sostanze/alcol

In relazione a tali obiettivi, il gruppo GRF è orientato allo sviluppo e al rafforzamento del senso di sé, a sviluppare l'investimento psichico sul sé e sulla consapevolezza della propria vita emotiva attraverso il rapporto tra i pari e il conduttore. Il gruppo G.R.F. è tarato su soggetti con disturbi narcisistici del Sé, che hanno sviluppato il sintomo della dipendenza per fronteggiare, in termini compensatori, le vulnerabilità proprie di una personalità fragile. Gli assunti teorici di base si rifanno alla lettura psicodinamica della dipendenza (E. Kestenberg 1972, R. Diakine 1985, A. Green 1983,

P.Jeammet 1985, H.Kohut, E.Khantzian 1990-1999, C.Bollas 1985, I.Kumin 1999) che vede come cause fondanti, all'origine di tale patologia, la fragilità del Sé, la scarsa tolleranza affettiva e la vulnerabilità narcisistica. Questa condizione nasce da una carenza primitiva nella relazione madre-bambino, che non ha permesso il costituirsi, in quest'ultimo, di un schermo protettivo con funzione di filtro, in grado di aiutarlo a fronteggiare le eccitabilità pulsionali e le sollecitazioni del mondo esterno. La mancata costruzione di un assetto difensivo maturo e stabile è alla base della formazione di un senso di Sé instabile, con conseguenti gravi ripercussioni nella formazione dell'identità e nella qualità degli scambi relazionali futuri. Per vicariare questa precarietà, nelle fasi successive dello sviluppo, in particolare nella fase adolescenziale, la persona tenterà di contro investire la realtà esterna, per trovare un ancoraggio alla propria identità, attraverso comportamenti di addiction e la ricerca di una forte sensorialità corporea. Di fatto l'agito tossicomano rappresenta la possibilità di colmare un profondo senso di svuotamento e il tentativo di evitare il collasso emotivo del Sé, attraverso un oggetto o comportamento esterno a cui la persona può "legarsi", riconoscendolo come il proprio oggetto "salvifico" e diventandone così dipendente. La "ripresa delle funzioni", nel suo significato affettivo, è intesa, allora, come un'esperienza esistenziale di sviluppo, che attraverso il gruppo dei pari, le dinamiche di coesione, la partecipazione affettiva e il ruolo rivestito dal conduttore, diventerà per il paziente, la base emotiva per sperimentare un'esperienza relazionale nuova, una "tensione relazionale", capace di mobilitare le potenzialità trasformative e mettere le basi per investimenti futuri, fondati su nuovi modelli e nuove identificazioni.

Contratto e Setting

L'inserimento in gruppo prevede un contratto (scritto o orale) tra il soggetto e il conduttore, in cui si dichiarano le modalità di lavoro e le regole da seguire. Il setting viene concordato con i partecipanti: il comportamento da tenere in gruppo, il rispetto della privacy, il divieto di partecipare sotto l'effetto di sostanze o di commettere agiti durante le sedute, la definizione degli orari e del giorno in cui si tiene il gruppo. A conclusione del trattamento di gruppo, per coloro che non avessero raggiunto i risultati previsti, il contratto potrà essere riformulato, evidenziando i focus da riaffrontare con il paziente, attraverso un nuovo percorso terapeutico di gruppo. Il GRF non esclude che i soggetti abbiano già in corso altri tipi di trattamento, o si sottopongano a trattamenti psicologici individuali al bisogno, con lo stesso terapeuta o con un'altra figura terapeutica.

Metodo: lavoro su focus terapeutici

Il gruppo costituisce uno spazio dove ci si concentra su focus o temi principali, mentre viene lasciata sullo sfondo l'area psichica di maggior tensione conflittuale, ovvero un'area traumatica che potrà essere affrontata solo in un secondo tempo, quando il sé del paziente sarà reso sufficientemente forte da poter tollerare una possibile elaborazione dei conflitti. Pertanto, durante il lavoro di gruppo, non si entra nel conflitto intrapsichico, ma lo si rende latente (latenza terapeutica), lavorando, invece, sugli

aspetti del sé onnipotente e fragile e sui tratti narcisistici del carattere, presenti nella personalità dipendente. I focus, dichiarati attraverso i contenuti portati dai partecipanti, riguardano: la cura del sé, la scarsa autostima, la dipendenza e l'autonomia, il sentimento di vergogna e fallimento, i tratti di carattere narcisistici patologici, il senso di svuotamento e le modalità del sé onnipotente. Il lavoro di gruppo tra pari e il conduttore consisterà nel riportare i contenuti a tali temi nodali, favorendone la comprensione rispetto al proprio modo di funzionare e in relazione agli altri.

Ruolo del conduttore

Il conduttore deve garantire la stabilità del setting, concordato per il buon funzionamento del gruppo e del clima relazionale, che si viene a creare, valutare i temi che emergono dalla comunicazione e coglierne i significati sul piano emotivo e intersoggettivo. Viene, pertanto, usata una modalità di conduzione semistrutturata, ricorrendo a modalità orientate prioritariamente all'analisi dei contenuti per giungere a concentrarsi sui focus del gruppo GRF. Il lavoro consiste nel riportare i contenuti portati dal gruppo dei pari al focus di lavoro, principalmente attraverso l'interazione tra i pari, nell'ambito della quale il conduttore si "mantiene sullo sfondo". In questo modo, utilizzando i temi che ruotano attorno al focus, il conduttore si pone come obiettivo principale quello di riattivare nei partecipanti il senso di sé e la capacità di riconoscersi come autori principali della propria vita emotiva. Per lavorare analiticamente con il piccolo gruppo, inoltre, è necessario avere presente l'influenza sull'oggetto di osservazione del soggetto osservante, e dunque, nella fattispecie, l'influenza sul gruppo del conduttore. Egli deve fungere da perno, per fornire chiarificazione e sostegno all'interno del gruppo, oltre che saper creare modelli e norme di comportamento gruppal; durante il lavoro di gruppo, il conduttore non dà interpretazioni di tipo intrapsichico, mantiene un approccio fermo ed accogliente e un atteggiamento empatico, interessato, riservato, in modo tale da creare un clima in cui le persone si sentano libere di parlare e capaci di sopportare il dolore emergente, da sempre evitato mediante strategie inconsuete di automedicazione e autoinganno.

Il limite del tempo

Il gruppo a termine rappresenta una condizione psichica e relazionale di "rassicurazione" per soggetti con problemi di narcisismo e dipendenza. La fragilità dell'assetto narcisistico fa desiderare, a livello profondo, una vicinanza relazionale e un'accoglienza senza limiti, ma è proprio questo profondo bisogno che crea nella persona un'angoscia di perdersi e di annullarsi nella vicinanza con l'altro. Pertanto, il termine è una rassicurazione nei confronti del bisogno dell'oggetto e allo stesso tempo del timore di perdersi in esso, poiché permette di evitare vicinanze e sviluppi di transfert troppo intensi ed eccitanti, favorendo invece la costruzione di un sé di gruppo, con la funzione di contenere e rassicurare, anche grazie alla presenza del conduttore.

Il gruppo dei pari

Il contenitore del Gruppo dei pari è molto importante allo scopo sopra descritto.

In particolare sarà il gruppo dei pari che assumerà una funzione di Holding, secondo il noto concetto di Winnicott della madre-ambiente, con la caratteristica non solo di accogliere, ma anche di favorire un processo trasformativo, attraverso la partecipazione e lo scambio tra il singolo, il gruppo e viceversa. Il gruppo dei pari e le interazioni, che in esso si creano, rappresentano la condizione verso il cambiamento trasformativo della persona.

Presa in carico multipla

Secondo il modello definito da Zucca Alessandrelli, la presa in carico multipla prevede un'equipe organizzata in modo da offrire una risposta terapeutica a più voci nella differenziazione delle competenze e dell'esperienza di ciascuno. La funzione principale della presa in carico multipla è la mediazione e la modulazione relazionale nei confronti di persone, che a causa della loro fragilità, vivono come ipereccitabile o pericolosa la vicinanza e il transfert, talvolta troppo intenso, di una relazione duale. La presa in carico multipla prevede una comunione di obiettivi, una condivisione di filosofia e di linguaggio, in cui il paziente può riconoscere nell'equipe curante un contenitore terapeutico, in cui sviluppare le proprie funzioni, in un'ottica trasformativa di cambiamento.

Selezione dei pazienti

Il processo di selezione dei pazienti è un momento cruciale di questo programma terapeutico. Un eccesso di abbandoni, dovuto ad una selezione non accurata, potrebbe, infatti, alterare la funzione terapeutica di quel particolare gruppo di pari, che si esplicita nell'appropriatezza dell'individuo per il gruppo e nella capacità della persona di funzionare in un setting grupppale. È pertanto prevista una prima fase diagnostica multidisciplinare, al fine di verificare la presenza delle condizioni minime per proporre il programma: disponibilità ad entrare in un gruppo, minima adesione alle condizioni di frequenza, assenza di macroscopiche controindicazioni, come gravi patologie organiche o psichiatriche o impellenti problemi sociali. Le persone disponibili ad intraprendere il percorso di gruppo vengono avviate ad una valutazione psico-diagnostica approfondita, per definire ulteriori criteri di inclusione o di esclusione. Contemporaneamente, il paziente viene informato sul grado di coinvolgimento richiesto dal lavoro di gruppo con i pari, in modo da essere rassicurato su quanto può attendersi. Questo accompagnamento, che coinvolge il soggetto nella scelta del suo trattamento, sembra, di fatto, aumentare la successiva ritenzione.

Criteri di inclusione

Vengono inclusi i pazienti con Disturbi correlati ad uso di sostanze secondo i criteri DSM-V, anche con terapie farmacologiche in atto, con una o più delle seguenti caratteristiche:

- disturbi di personalità
- organizzazione psicologica dipendente, non ancora irrigidita e stabile. Si fa riferi-

mento ad un'organizzazione che, nonostante le caratteristiche difensive e le modalità relazionali narcisistiche proprie di una struttura dipendente, non è stata compromessa da aspetti psicopatologici gravi, rilevati anche con l'utilizzo dei test MMPI-2, Wais, Roschach, Tat, somministrati in batteria o singolarmente.

Criteri di esclusione

- Disturbo Paranoie di Personalità
- Disturbo Antisociale di Personalità
- Terapia farmacologica non stabilizzata
- Soggetti con deficit cognitivi
- Soggetti con gravi problematiche sociali
- Soggetti con gravi patologie organiche in atto

3.2.3 Gruppi di Psicoterapia

Si tratta di gruppi psicoterapeutici orientati secondo i principi teorici della psicoanalisi, con riferimento, in particolare, al modello teorico di gruppo descritto da vari autori, nel corso di un lungo periodo di tempo, fino ai giorni nostri: W.Bion, H.Ezriel, S.H. Foulkes, I.D.Yalom, M.Pines, S.Corbella.

Come afferma S.Corbella (1988) "oggi si possono usare costruttivamente le ricerche sul gruppo nel suo insieme e sul comportamento dei singoli nel gruppo in modo integrativo, dal momento che il gruppo è formato dai singoli individui e quindi non vi può essere che una dialettica costante fra i due poli".

3.2.3.1 Caratteristiche dei gruppi psicoterapeutici

Nell'ambito della psicoterapia di gruppo per persone con problemi di addiction, come scrive Carraro (2001), dobbiamo osservare che non esiste un'unica forma di psicoterapia di gruppo, ma differenti trattamenti di gruppo, di tipo supportivo, espressivo, focali, a breve, medio e lungo termine, a seconda del livello evolutivo della persona e degli obiettivi trasformativi che ci si propone di raggiungere, in un'ottica di sviluppo longitudinale, che favorisca l'autonomia dell'individuo.

I gruppi psicoterapeutici sono orientati maggiormente verso il polo espressivo del continuum espressivo-supportivo e si caratterizzano per aspetti di eterogeneità dei conflitti intrapsichici (differenti categorie diagnostiche), piuttosto che di omogeneità (soggetti con problemi di addiction), tuttavia, per un più efficace funzionamento del lavoro di gruppo, è opportuno bilanciare adeguatamente i due aspetti. In considerazione dell'orientamento all'analisi degli aspetti espressivi e dunque all'acquisizione dell'insight, questi gruppi vengono proposti nella fase avanzata del percorso terapeutico di una persona con problemi d'addiction. Il gruppo di psicoterapia è semiaperto, ossia con possibilità di inserimento di nuovi pazienti durante il percorso di gruppo, senza limite di tempo rispetto alla conclusione e condotto a cadenza settimanale. L'inserimento dei pazienti prevede colloqui preliminari, in cui il terapeuta "prepara" il

paziente al gruppo, riconoscendo le angosce che inevitabilmente il gruppo evoca nella mente del paziente. Si concorda un contratto terapeutico, che rappresenta il setting di gruppo (cornice terapeutica), entro il quale viene condotta la terapia di gruppo. Assumono particolare rilevanza le regole di comportamento da tenere in gruppo, come la riservatezza, la puntualità e la continuità alle sedute sia per il singolo che per il lavoro del gruppo. Il gruppo si tiene sempre nello stesso spazio e luogo, con una disposizione circolare per tutti i membri, compreso il conduttore.

Indicazioni

Il terapeuta non può prescindere dalla motivazione del paziente ad intraprendere una terapia di gruppo. Tuttavia, è altrettanto importante che il terapeuta si rappresenti la formazione del gruppo sulla base dei pazienti selezionati. Yalom suggerisce, come indicazione al gruppo, una mentalità psicologica, una adeguata forza dell'Io, la capacità di tollerare le frustrazioni del processo terapeutico e la presenza di problemi nelle relazioni interpersonali. Quest'ultimo aspetto assume un significato ambivalente, poiché se i pazienti con problemi relazionali necessitano del gruppo, questa categoria di pazienti può non tollerare la dinamica relazionale allargata rappresentata dal gruppo stesso. La fase di selezione permette al terapeuta di valutare l'idoneità di quel particolare paziente per quella tipologia di gruppo.

Controindicazioni

Pazienti con scarsa motivazione e massiccia idealizzazione della situazione terapeutica duale; pazienti cerebropatici; pazienti con disorganizzazione psicotica; con disturbo di personalità antisociale; pazienti paranoidi; persone con rigida adesione ad un'ideologia politica o religiosa e, con tendenza al proselitismo, poiché, come sottolinea S. Corbella, potrebbero attuare tale modalità con gli altri membri del gruppo. Pazienti che utilizzano massicciamente, a scopo difensivo, la difesa della negazione e che non potrebbero tollerare i rimandi del gruppo in merito all'esame di realtà. Il terapeuta deve sempre valutare se sussistono le condizioni per un inserimento rispetto alla fase in cui si trova il gruppo e se questo è in grado di accogliere un nuovo paziente.

Il lavoro di gruppo

L'indicazione data ai partecipanti è di esprimere una "discussione liberamente fluttuante" (Foulkes, 1970), intesa come una modalità di esprimere ciò che i componenti sentono e pensano di sé e degli altri membri, senza censure o limiti razionali. In particolare, si chiede di porre attenzione proprio a quei pensieri e vissuti che il paziente non ritiene significativi o inopportuni per il contesto della terapia di gruppo. Nelle prime fasi di costituzione del gruppo, accanto alle angosce e alle fantasie persecutorie relative al gruppo, i pazienti vivono una condizione emotiva di "insieme", in cui condividere incertezze e confusione emotiva, con una marcata fiducia nel terapeuta, idealizzato nella sua funzione di accudimento. In seguito emergono fantasie di fusionalità (i componenti si esprimono con espressioni come: "anch'io"), tendenza a ricercare il rapporto privilegiato con il terapeuta e ricerca di un gruppo che non contempli altri inserimen-

ti. I componenti, attraverso i contenuti razionali portati in gruppo, si difendono da paure di dispersione e frammentazione di sé e timori di separazione fra sé e gli altri. Il terapeuta, in questa fase, deve fungere da modulatore delle paure del singolo, tenendo conto del contenitore del gruppo, soffermandosi su quanto sta accadendo in quel momento, per costruire un clima rassicurante in cui tutti possano esprimersi. Il terapeuta deve sempre muoversi sul doppio binario individuo-gruppo, privilegiando l'uno o l'altro o entrambi, a seconda della condizione emotiva che si viene a creare nel gruppo. Alle fasi di regressione a modelli primari di relazione, si associano l'identificazione con gli altri membri, il senso di continuità, appartenenza e di gerarchia. Ovvero, modelli di interazione che vengono esplicitati dal terapeuta e gradualmente interiorizzati dai componenti. Emergono le storie personali e timidi tentativi di differenziarsi dagli altri: il terapeuta interviene con cautela rispetto alle prime interpretazioni delle difese messe in atto dai componenti e pone attenzione agli attacchi al suo ruolo, valorizzando il significato emancipativo e di individuazione da parte dei componenti. Questa fase, insieme ad altri momenti del lavoro terapeutico, rappresenta l'occasione per trattare la pulsione aggressiva come un aspetto non distruttivo del Sé, ma pensabile e fonte di insight per giungere alla sua elaborazione. Il lavoro terapeutico vero e proprio, come ricorda S. Corbella, ha inizio quando la persona vive il gruppo come un contenitore rassicurante, in cui diventa possibile una regressione funzionale condivisibile con altri. I pazienti riescono a parlare di sé liberamente, a portare fantasie personali e i propri sogni, da condividere con gli altri componenti. L'interazione del gruppo aiuta ciascuno a comprendere aspetti e comportamenti di sé e a dare significato ai sintomi, instaurando una cultura interpretativa all'interno del gruppo. La coesione del gruppo favorisce questo processo e rinforza gli elementi evolutivi, che gradualmente emergono dal lavoro di interazione del gruppo. Durante questo percorso, il gruppo attraversa momenti di fusionalità e di stallo in questa condizione rassicurante, prima di giungere, dopo un processo non sempre facile, alla fase di individuazione. Si attraversano momenti di marcata difficoltà emotiva per il gruppo e il terapeuta, caratterizzato da sentimenti transferali e controtransferali di solitudine, prodromici all'esame di realtà rispetto alla consapevolezza di sé e dei propri limiti. Nel gruppo i sentimenti di transfert dei pazienti sono molteplici e permettono di osservare le relazioni oggettuali interne manifestate nel gruppo. Il transfert può essere più diluito in gruppo, ma anche molto intenso a causa delle interazioni dei suoi membri. Anche il controtransfert del terapeuta può essere molto intenso, sia verso il gruppo che i singoli membri, a causa dell'intensità delle emozioni che emergono nel gruppo e investono il terapeuta stesso. Attraverso "il lavoro di gruppo" di analisi ed elaborazione del transfert, delle difese e delle resistenze, il paziente può apprendere le proprie potenzialità evolutive e affrontare la conclusione del proprio percorso terapeutico. Il fine terapia costituisce un passaggio graduale, sentito dal paziente e condiviso con il gruppo e il terapeuta, per fronteggiare insieme le paure di separazione e le regressioni difensive che inevitabilmente potrebbero riemergere. È una fase delicata sia per il singolo che conclude che per i diversi componenti, i quali reagiscono all'uscita a seconda del loro livello evolutivo. Rappre-

senta un momento in cui si ripercorre la storia di sé e del gruppo, i passaggi evolutivi e le crisi condivise, dando l'opportunità a tutti di rivedersi nei propri passaggi e rispetto alla propria posizione interna. In questo modo il gruppo scrive una parte della propria storia e la conserva come patrimonio di tutti e per coloro che verranno inseriti.

3.3 La terapia della coppia e della famiglia

Nell'ambito dei Disturbi correlati all'alcol, l'approccio alla coppia e alla famiglia rappresenta un anello determinante della catena terapeutica di presa in carico della persona con problemi di addiction. Il bere e il rapporto con l'alcol di un individuo, non può essere letto se non all'interno della complessa articolazione sociale e familiare e quindi svolge, nella logica relazionale, una funzione di volta in volta diversa, ma sempre specifica del sistema a cui si riferisce (Cerizza, Greco, 1999).

3.3.1 Concezione teorica

La metodologia sistemico-relazionale trova la sua applicazione in diversi contesti e realtà sociali, oltre a quello familiare, di coppia e individuale, come nell'ambito dei gruppi di lavoro, delle organizzazioni e dei sistemi significativi della rete sociale.

Secondo l'approccio sistemico relazionale, un individuo non è separato dal proprio contesto, ma rappresenta un essere in relazione con il proprio ambiente di vita, con il quale non può non interagire. Da un punto di vista psicologico, un sistema è un insieme di persone in relazione tra loro e unite da legami affettivi. Per cui, così come l'individuo evolve lungo un percorso di crescita maturativa, allo stesso tempo le relazioni tra le persone evolvono all'interno di un sistema, attraversando delle tappe fisiologiche di transizione, per le quali è necessario una riorganizzazione e rinegoziazione dei comportamenti dei membri, che appartengono a quel sistema. Quando una famiglia, nell'ambito del proprio ciclo di vita, dalla nascita alla morte, vive dei passaggi nodali (ad esempio il passaggio dei figli dall'età infantile a quella adolescenziale), attraverso la disorganizzazione-riorganizzazione del sistema, è necessariamente chiamata al superamento di alcuni compiti di sviluppo per poter entrare in una fase successiva del ciclo di vita. Nel corso dell'evoluzione del ciclo vitale una famiglia sarà tanto più funzionalmente efficiente, quanto più sarà capace di modificare le sue strutture e, corrispondentemente, sarà tanto più rigida e disfunzionale quanto meno sarà capace di modificare le sue regole di funzionamento, mano a mano che il processo di evoluzione dei suoi membri incontra ostacoli o criticità. Una famiglia con strutture rigide non potrà che essere fragile e vulnerabile, incapace di adattarsi ai cambiamenti e si organizzerà attorno a sistemi difensivi rigidi, volti ad impedire la disorganizzazione del sistema.

La comprensione delle relazioni tra i componenti del nucleo familiare non segue la logica della causalità lineare, ma si fonda sul modello di causalità circolare, in cui i componenti del sistema si influenzano reciprocamente all'interno di un contesto considerato nella sua globalità. Il comportamento di un individuo influenza il comporta-

mento dell'altro, ovvero la sua risposta, la quale a sua volta contiene un'informazione e condiziona la successiva condotta del primo soggetto. È un fenomeno di tipo circolare e non causale, pertanto non esiste un comportamento causa e un altro effetto, ma una circolarità in cui, nell'ambito di un conflitto, nessuna delle versioni dei coniugi o dei componenti del nucleo familiare può essere considerata vera.

La famiglia, secondo quest'ottica, è governata da regole e da relazioni tra i suoi membri: più il sistema è organizzato intorno a regole rigide di relazione, più è portatore di patologia (Furlan, Picci, 1990). Le regole, cioè la normativa più o meno esplicita, che determinano, guidano e limitano i comportamenti dei membri della famiglia rappresentano dei costrutti ipotetici, creati dall'osservatore per spiegare ciò che osserva e di cui la famiglia può esserne completamente all'oscuro. Selvini Palazzoli afferma, a tal proposito, che "il potere è nelle regole del gioco," piuttosto che nel singolo comportamento. Al fine di mantenere l'equilibrio all'interno del sistema, è fondamentale che sussista l'accordo tra i componenti in merito alle regole del sistema. Se la regola non esplicitata dice: "non dire ciò che provi" ed è ciò che ci si spetta da quel sistema, la sua violazione potrà generare squilibrio e conflitto. I conflitti, di norma, insorgono quando in un contesto relazionale si deve stabilire chi ha il diritto di porre le regole. Tale diritto, non consapevole per i membri del sistema, rappresenta una lotta di potere, che spiega come, ad esempio, i coniugi arrivino a confliggere poiché l'altro, non riconosciuto nel proprio ruolo, è colui che richiede un certo comportamento nell'ambito del legame.

A riguardo della comunicazione, è bene sottolineare che, all'interno di un sistema "non si può non comunicare", poiché il fatto stesso di non comunicare rappresenta comunque una forma di espressione. Anche il comportamento di ciascun membro della famiglia comunica agli altri un messaggio, quindi è considerato come una forma di interazione nel sistema. Viene da sé, che i sintomi stessi sviluppati all'interno del sistema sono anch'essi messaggi inviati da un componente a tutti gli altri. Il funzionamento disfunzionale del sistema è segnalato dal membro portatore del sintomo, definito "paziente designato", ossia colui che esprime una modalità disfunzionale di vivere, pensare e agire ed è portatore di un disagio appartenente al sistema, di cui lui ne è portavoce. Egli non rappresenta una vittima, ma un partecipante attivo al gioco patologico (M. Selvini Palazzoli e coll. 1996), con notevoli privilegi e potere relazionale. Il sintomo, pertanto, assume un duplice significato: è l'espressione di un sistema rigido, non in grado di adattarsi ai cambiamenti evolutivi e il potente rinforzo dello status quo. In questa prospettiva, il sintomo, come altri comportamenti, è una forma di comunicazione, più precisamente l'unica forma, di un contesto che non ne permette altre.

Secondo la teoria sistemico-relazionale, l'alcolodipendenza è sempre un fenomeno familiare, determinato da disfunzioni o patologie relazionali del sistema famiglia. Il sintomo rappresenta per l'alcolista l'unica forma di comunicazione adeguata e adat-

tativa ed è sostenuto e mantenuto, nella sua forma disfunzionale, dai membri della famiglia. Il sintomo, pertanto, deve essere visto come una risposta emozionale della famiglia, che non conosce altre modalità di reazione al disagio, se non quella dell'alcol. Ogni membro della famiglia contribuisce al comportamento disfunzionale dell'alcolista, che a sua volta manifesta un sintomo, come meccanismo adattativo e stabilizzante del sistema familiare (Bartolomei, Barbieri e altri, 1983).

Gli autori Cirillo, Di Fiorino, Carlesi, De Cesari (1985) affermano che il paziente designato, rappresentato nella fattispecie dall'alcolista, permette al nucleo familiare o al coniuge, nell'ambito del legame di coppia, di:

- differenziarsi come parte buona del contesto, assumendo il ruolo di eroe positivo;
- coprire, anche a livello inconsapevole, eventuali comportamenti non adeguati di sé;
- limitare i propri doveri sociali, lavorativi e familiari, utilizzando a scopo giustificatorio il "problema alcol" del coniuge o del familiare;
- progettare la propria esistenza sulle modalità del rinvio o dell'ipotesi: "se non ci fosse stato questo problema allora si sarebbe potuto fare....";
- avere o credere di avere il supporto dei figli, uniti nella "disgrazia" dell'alcol dipendenza;
- scaricare la propria aggressività, anche attraverso lamentele, assumendo una modalità decolpevolizzata di reagire a problemi di dipendenza e passività;
- muoversi all'interno di situazioni note, anche se dolorose, riducendo i margini di rischio di ogni evento nuovo, "prevedendo" avvenimenti già "scritti": "io l'avevo detto". Il familiare utilizza questo meccanismo per proteggersi ed alimentare un sentimento di onnipotenza e decolpevolizzazione;
- mantenere una ritualizzazione dei comportamenti e impedire ogni possibilità di introspezione per non determinare alcun cambiamento.

Dunque, all'interno del nucleo familiare o della coppia, si crea un'"omeostasi", volta a mantenere lo status quo, pur tra conflitti, disagi e marcate disfunzioni. È proprio tale condizione che induce a non prendere consapevolezza del problema e ad avanzare una richiesta d'aiuto solo in condizioni di estremo disagio. Di fatto, quando le famiglie o le coppie giungono ai Servizi, sono portatrici di profondi sentimenti di vergogna sociale e sentimenti di colpa, che richiedono un lungo accompagnamento terapeutico prima che tali sentimenti possano essere elaborati. Nonostante la sua collusione nella patogenesi e nel mantenimento della dipendenza, la famiglia rappresenta sempre una risorsa nel trattamento dell'alcol dipendenza, benché ciò non significhi che anch'essa non necessiti di aiuto terapeutico.

Le dinamiche relazionali maggiormente osservabili nelle famiglie e nelle coppie, si strutturano intorno ad alcuni nuclei osservabili:

- nelle coppie è frequente la dinamica sado-masochistica, in cui l'attacco simmetrico costituisce l'elemento funzionale all'omeostasi del legame, caratterizzato da uno scambio funzionale dei ruoli di vittima impotente o punitore colpevole;

- nelle famiglie si osserva uno scambio di ruoli tra genitori e figli in cui questi ultimi assumono precocemente un ruolo adolto-centrico e di responsabilità, per sopperire all'assenza di ruolo della figura genitoriale e ai suoi compiti affettivi;
- l'alleanza tra i figli e il genitore non alcolista genera la costituzione di "nuove coppie" nell'ambito della famiglia: coppia madre-figlio, coppia padre-figlia, anche in contrapposizione tra loro. Il comportamento di alcol dipendenza rinforza la potenza affettiva della nuova coppia genitoriale e contribuisce a mantenere il comportamento di abuso, escludendo ed esautorando il genitore alcolista dal proprio ruolo;
- i figli possono assumere un ruolo di reazione alla patologia familiare, manifestando comportamenti devianti o, viceversa, comportamenti difensivi di estrema adeguatezza e perfezione comportamentale;
- i fratelli di un componente con abuso o dipendenza possono rivestire il ruolo di "fratelli buoni", in contrapposizione al ruolo del fratello "cattivo", secondo la nota parabola del "figliol prodigo".

La remissione del sintomo di dipendenza, spesso, determina nel sistema famiglia o nella coppia l'emergere dei reali conflitti sottostanti la dipendenza e la tendenza a rifiutare il cambiamento del congiunto, nonostante la costante dichiarazione di aspirare al raggiungimento della sua astensione. La condizione di sobrietà della persona determina una ristrutturazione dei ruoli e dei compiti nell'ambito della coppia e della famiglia, prima offuscata dall'uso dell'alcol, che i membri della famiglia non sempre sono disposti a tollerare. L'assetto della coppia e della famiglia si era strutturato attraverso l'alcol, ora il cambiamento richiede un nuovo assetto di ruoli, spazi e regole che destabilizzano il precedente equilibrio, seppur patologico.

3.3.2 Il trattamento e l'applicazione nei Disturbi correlati all'alcol

La terapia familiare interviene nell'ambito della famiglia e della coppia, attraverso approcci di tipo sistemico-relazionale e psicodinamico. Quest'ultimo approccio si rifà alla teoria delle relazioni oggettuali ed è maggiormente indicato quando il disturbo relazionale è più radicato e sussistono maggiori resistenze al cambiamento. Attraverso l'interpretazione dei modelli relazionali interni del singolo e della loro proiezione nel contesto del legame di coppia e familiare, i membri possono giungere ad una consapevolezza ed elaborazione delle proiezioni ed identificazioni proiettive agite nella relazione e fonte di dinamiche psicopatologiche, tra cui il manifestarsi della dipendenza (Gabbard, 2007).

L'approccio sistemico prevede che l'intervento terapeutico sia rivolto ai seguenti aspetti:

- la storia trigerazionale della persona (nonni, genitori, figli);
- l'organizzazione relazionale e comunicativa attuale della famiglia;
- la funzione del sintomo del singolo individuo nell'equilibrio della famiglia;
- la fase del ciclo di vita della famiglia in cui si presenta il sintomo (fase relativa, ad esempio, all'uscita da casa dei figli, matrimoni, lutti, separazioni, nascite, ecc.), ca-

ratterizzata da eventi che costringono il sistema a riorganizzarsi per evolvere verso nuovi assetti organizzativi e relazionali.

Il terapeuta interviene con una modalità attiva sul sistema famiglia, attraverso la ristrutturazione dei ruoli, delle gerarchie, delle alleanze disfunzionali tra i membri e della qualità della comunicazione. Il terapeuta utilizza tecniche di prescrizione dei compiti e di comportamenti, assegnazione di ruoli e smascheramento di dinamiche invischianti ma funzionali al mantenimento dell'omeostasi. Frequenti sono gli interventi paradossali del terapeuta per evidenziare, a sua volta, la comunicazione di tipo paradossale presente nel contesto familiare tra i suoi membri.

Può accadere che nel contesto terapeutico emergano emozioni intense, in cui il terapeuta familiare viene coinvolto nel sistema famiglia e investito di ruoli e aspettative. Il terapeuta deve fronteggiare dinamiche di tipo manipolatorio nella relazione, messe in atto dai componenti, i quali inconsapevolmente impediscono il cambiamento al fine di mantenere l'omeostasi. Appartiene a questa modalità il comportamento di un coniuge, che può assumere un ruolo di ipercoinvolgimento nella relazione con l'obiettivo di mettersi "al posto di" e mantenere il ruolo di eroe o eroina del tipo: "Io ti salverò", di hitchcockiana memoria. Il coniuge, attraverso questa modalità, non opera alcun cambiamento di sé, ma si concentra sul "paziente designato", considerato la causa di tutti i disagi familiari.

Queste famiglie si caratterizzano per aspetti di onnipotenza, espressa attraverso il sintomo del "paziente designato":

- l'onnipotenza della vittima schiava del suo carnefice e grandiosa nel suo dolore. La domanda rivolta al terapeuta è di tipo paradossale: "liberaci da questa maledizione e conservaci il ruolo di vittime". Questo paradigma sottende la dinamica della dipendenza relazionale tra i membri della coppia e della famiglia. I cambiamenti che l'azione terapeutica può mettere in atto, sono vissuti come una minaccia all'onnipotenza del dolore e della sofferenza, paradossalmente coesistenti con il desiderio di serenità e di un equilibrio del sistema.
- I membri tenderanno ad instaurare nel setting un contesto di tipo giudiziario e/o pedagogico, per mettere in scacco il sottosistema terapeutico, mediante squalifiche della sua efficienza e della sua idoneità a risolvere il problema. In altre parole, il terapeuta è investito delle stesse prerogative che la famiglia inconsapevolmente detiene, come attributi a cui difficilmente è disposta a rinunciare.
- La famiglia delega la soluzione del problema agli "esperti", tirandosi fuori da qualsiasi compito relazionale e di responsabilizzazione, dichiarando il proprio disimpegno, per preservarsi da colpe non tollerabili.
- I componenti della coppia e della famiglia tendono a creare alleanze con il terapeuta, finalizzate a manipolare la relazione a conferma delle proprie posizioni nell'ambito del sistema famiglia ("o sei con me o contro di me"). I componenti della famiglia e della coppia tendono a ricostituire il circolo vizioso delle dinamiche

patologiche che hanno determinato e mantenuto la dipendenza, contrapponendosi all'intervento del terapeuta, percepito come elemento esterno al sistema capace di scardinare l'equilibrio.

Compito del terapeuta è mantenere una posizione "equidistante" e non collusiva con i tentativi di coinvolgimento nelle dinamiche relazionali del sistema. L'azione terapeutica è volta a ripristinare adeguate competenze personali e relazionali, a valorizzare le risorse presenti e rintracciabili nel contesto di vita attuale e ad elaborare modalità di comunicazione interpersonale più efficaci e funzionali delle precedenti.

3.4 La terapia cognitivo-comportamentale(CBT)

L'approccio cognitivo comportamentale (CBT, Cognitive-Behavior Therapy) è ampiamente utilizzato nell'ambito del trattamento dei Disturbi correlati all'alcol.

La terapia cognitivo comportamentale è una tecnica scientificamente fondata e trova la sua applicazione, oltre che nell'ambito dei disturbi da uso di sostanze, anche per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'area della salute mentale, dei disturbi comportamentali, dell'apprendimento, relazionali e psicosomatici. Si tratta di una concezione psicologica volta all'osservazione dei comportamenti, dei pensieri e delle credenze disfunzionali, orientata sul versante teorico opposto rispetto alle teorie psicodinamiche.

La terapia cognitivo-comportamentale combina due forme di terapia:

- la terapia comportamentale: il cui scopo è modificare la relazione fra situazioni che generano disagio e le reazioni emotive e comportamentali che la persona sviluppa in tali condizioni, mediante l'apprendimento di nuove modalità di reazione;
- la terapia cognitiva: il cui scopo è di individuare i pensieri ricorrenti, gli schemi fissi di pensiero e di interpretazione della realtà, che sono concomitanti alle emozioni negative, percepite come sintomi e ne rappresentano la causa, per correggerli ed integrarli con pensieri più funzionali al benessere della persona.

Rappresenta lo sviluppo e l'integrazione delle terapie comportamentali e di quelle cognitive, ponendosi in una posizione di sintesi degli approcci neocomportamentisti della REBT (Rational-Emotive Behavior Therapy) di A.Ellis e della terapia cognitiva classica di A. Beck.

3.4.1 Caratteristiche della terapia cognitivo-comportamentale e applicazione nei Disturbi correlati all'alcol

Secondo il modello interpretativo comportamentale, la dipendenza, al pari di altri comportamenti disadattativi, è un comportamento appreso, che si mantiene e si rinforza grazie al potere rinforzante della sostanza, i cui effetti negativi non vengono percepiti, ma differiti. La ripetizione del comportamento è frutto anche di comportamenti di imitazione per apprendimento, propri del gruppo di appartenenza. Anche

nell'ambito del contesto familiare, l'abuso di alcol da parte di un genitore, può rappresentare un modello di apprendimento disadattivo per i figli e i comportamenti correlati all'abuso tenderanno a perpetuarsi, poiché la sostanza funge da unico rinforzo positivo temporaneo di fronte a continue stimolazioni negative interne alla persona (colpe, sentimenti di fallimento, perdita dell'autostima) ed esterne (riprovazione sociale, fallimenti sociali e lavorativi).

Nell'area dei disturbi correlati ad uso di alcol, la terapia cognitivo-comportamentale interviene a:

- sviluppare competenze sociali e di decision making funzionali per fronteggiare situazioni emotivamente disturbanti, che inducono all'uso di alcol;
- facilitare una ristrutturazione cognitiva, attraverso la presa di coscienza dei propri pensieri e "false" credenze riferite alla sostanza. L'intervento prevede l'analisi dei pensieri antecedenti l'uso di alcol, le credenze in seguito alle quali il paziente mette in atto il comportamento di dipendenza e l'analisi delle conseguenze dell'abuso, meccanismi attuati dal paziente in assenza di consapevolezza;
- sviluppare l'abilità di parlare di sé (self talk) in modo positivo;
- sviluppare capacità di sostituzione di pensieri negativi;
- fornire conoscenze specifiche al paziente sui sintomi, la sostanza e i suoi effetti per aiutarlo a prevedere situazioni a rischio. Affrontare i vantaggi e gli svantaggi dell'uso di alcol sul piano della salute psicofisica;
- esporre, gradualmente, il paziente alla situazione temuta, "sul campo", per comprendere i fattori di rischio, attraverso la tecnica del role-playing.

Obiettivo prioritario della terapia è individuare strategie di funzionamento che possano favorire la riduzione o l'astensione dall'alcol (strategie di problem solving) e la modificazione dello stile di vita. Il raggiungimento di questi obiettivi è compatibile con terapie farmacologiche o altri trattamenti di tipo psicoeducativo, di auto-mutuo-aiuto o tecniche di rilassamento corporeo.

L'intervento è orientato sul "qui ed ora" della seduta e non sull'analisi di contenuti inconsci, perciò non è funzionale alla soluzione di problemi emotivi e comportamentali contingenti. La terapia è orientata al lavoro di tipo focale, utilizzando modalità attive di conduzione ed è a breve termine. I tempi sono stabiliti dal contratto terapeutico, condiviso con il paziente e motivo di verifica dei risultati raggiunti, sulla base degli scopi concordati. Il processo di verifica è congiunto e necessario per stabilire le aree di criticità e di forza del paziente.

A conclusione del trattamento sono previsti follow-up a tempi stabiliti, per la verifica dei risultati conseguiti e del loro mantenimento nel tempo.

Tra le tecniche orientate alla terapia cognitivo-comportamentale si menzionano: il Colloquio Motivazionale di Rollink e Miller (2004), la teoria della Prevenzione della

Ricaduta di Marlatt e Gordon (1985), e la teoria socio-cognitiva di A. Bandura (1977), assai esplicativa per la comprensione della dipendenza. Punto cardine dell'intera teoria sociale cognitiva di Bandura è il concetto di agentività umana (human agency), definito come la capacità di agire attivamente e trasformativamente nel contesto in cui si è inseriti. Tale funzione umana, che riguarda sia i singoli individui sia i gruppi, operativamente si traduce nella facoltà di generare azioni mirate a determinati scopi. L'agentività è intesa come una funzione riguardante gli atti compiuti intenzionalmente, indipendentemente dal loro esito. Punto di partenza nello studio di questa facoltà è la convinzione di poter esercitare attivamente una influenza sugli eventi. Tale approccio riconosce che la maggior parte del comportamento umano sia determinato da molti fattori interagenti tra loro.

Bandura identifica tre classi di cause che influenzano la condotta:

1. I fattori personali interni, costituiti da elementi cognitivi, affettivi e biologici;
2. Il comportamento messo in atto in un dato contesto;
3. Gli eventi ambientali che circoscrivono l'individuo e la condotta.

Questi fattori si combinano nella teoria del *reciproco determinismo triadico* di A. Bandura (P=personalità, A=ambiente, C=condotta) secondo cui l'agentività umana opera all'interno di una struttura causale interdipendente che coinvolge questi tre nuclei d'influenza in una relazione reciproca e triadica. Un ruolo fondamentale nel determinare il cambiamento e gli sviluppi delle condotte è giocato, oltre che dal contesto sociale, anche dalle capacità della persona, dalla sua motivazione ed autoefficacia. Le capacità di base (capacità di simbolizzazione, vicaria, di previsione, di autoregolazione, di autoriflessione) sono identificate da Bandura come processi cognitivi, per i quali le persone sono in grado di conoscere sé stesse ed il mondo, al fine di regolare in esso il proprio comportamento.

Bibliografia

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth edition (DSM- V).

Andolfi M., *La famiglia trigerazionale: dalle lezioni del prof. Andolfi sull'osservazione relazionale*, Roma, Bulzoni Editore, 1998.

Bandura A., *Self-efficacy: Toward a unified theory of behavioral change*, Psychological Review, 84,191-215,1977 e *Social foundations of thought and action a social cognitive theory*, Prentice Hall, 1986.

Bartolomei G., Barbieri L., Venturini D., Winkler M., *Considerazioni sulla famiglia dell'alcolista*, in "Atti del Convegno su Alcolismo, Ospedale e Territorio", Roma, Istituto Italiano di Medicina sociale, 1983.

Beck A.T., *La terapia cognitiva della depressione*, Torino, Bollati Boringhieri, 1987.

Bion W.R., *Apprendere dall'esperienza*, Roma, Armando Editore, 1972.

- Bion W.R., *Esperienze nei gruppi*, Roma, Armando Editore, 1996.
- Bion W.R., *Seminari clinici*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1987.
- Bollas C., *L'ombra dell'oggetto*, Roma, Edizioni Borla, 2007.
- Caretti V., La Barbera D.(a cura di), *Le dipendenze patologiche*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2005.
- Carraro I., Ricci G. (a cura di), *Modelli Teorici e Clinici a confronto nella Cura Delle Dipendenze da Sostanze*, Dolo (Ve), Atti del Seminario di Studio, 2004.
- Carraro I., Ricci G.,(a cura di), *Atti del seminario:Percorsi di gruppo nella cura delle dipendenze da sostanze*, Dolo (Ve), Tipolitografia Canova, 2001.
- Casati O., Rossin R., Teruggi A., Verilli R., *Lavorare con i Gruppi in alcologia*, Torino, Edizioni Medico Scientifiche, 2004.
- Cerizza G., Ronzio R. (a cura di), *Alcol, quando il limite diventa risorsa*, Milano, Franco Angeli, 1998.
- Cerizza G., Greco C., *Alcol e famiglia*, in: *Il profilo professionale dell'alcolologo*, Milano, Franco Angeli, 1999.
- Cibin M. e altr., *Prevenzione della ricaduta, motivazione al cambiamento, eventi vitali e sofferenza psichica nell'intervento alcolico*, in: Boll. Farmacodip. e Alcoolis., XXIV (1), 2001.
- Cibin M., Hinnenthal I., Zavan V., *Prevenzione della ricaduta, motivazione e sofferenza psichica*, Atti del XVII Congresso Nazionale Società Italiana di Alcolologia, Roma, 24-26 ott. 2001.
- Cibin M., Ravera R., Nardo M., Manzato E., Zavan V., *Prevenzione della ricaduta: aspetti biologici e psicoeducazionali*, in: *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, (a cura di).
- Cibin M. e altr., Ministero della Sanità - Regione del Veneto, 2001.
- Cirillo S. e altri, *La famiglia del tossicodipendente*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996.
- Clarkin J., Yeomans F., Kernberg O., *Psicoterapia delle personalità borderline*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000.
- Corbella S., *Liberi legami*, Roma, Edizioni Borla, 2014.
- Corbella S., *Storie e luoghi del gruppo*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2003.
- Dal Pos G., Albiero D., *L'approccio cognitivo-comportamentale nella valutazione e trattamento delle dipendenze da sostanze*, in: *Modelli teorici e clinici a confronto nella cura delle dipendenze da sostanze*, (a cura di) Carraro I., Ricci G., Atti del Seminario di studio, Dolo (Ve), 2004.
- Del Corno F., Lang M., (a cura di), *Trattamenti in setting di gruppo*, Milano, Franco Angeli, 1993.
- Di Clemente C.C., *Gli stadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza*, in Guelfi G.P. e Spiller V., *Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze*, Il Vaso di Pandora II,4, 1994, 37-51.
- Di Fiorino M., Carlesi Cirillo M., De Cesari A. *Interazioni dinamiche ed aspetti cognitivi nella famiglia dell'alcolista e ruolo del terapeuta*. Minerva psych., vol. 26, 257 (1985).
- Di Maria F., Falgares G., *Elementi di psicologia dei gruppi*, McGraw-Hill, 2005.

- Di Maria F., Lo Verso G., (a cura di), *La psicodinamica dei gruppi*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1995.
- Eiguer A., Ruffiot A. e altr., *Terapia psicoanalitica della coppia*, Roma, Edizioni Borla, 1986.
- Festinger L., *A theory of cognitive dissonance*, Evanston, Row & Peterson, 1957, trad. it. La teoria della dissonanza cognitiva, Milano, Franco Angeli, 1973.
- Fonagy P., *Attaccamento e funzione riflessiva*, trad.it. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2001.
- Foulkes S.H., *Analisi terapeutica di gruppo* trad. it. Torino, Boringhieri Editore, 1967.
- Furlan P.M., Picci R.L., *Alcol, Alcolici, Alcolismo*, Torino, Bollati Boringhieri Editore, 1990.
- Gabbard G., *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2011.
- Gabbard G., Lester E., *Violazioni del setting*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1999.
- Gabbard G., *Psichiatria Psicodinamica*, Milano, Raffaello Cortina Editore, Tr. it. 2007.
- Giannelli A., Zucca Alessandrelli C., *Le nuove vie delle psicoterapie di gruppo*, Psichiatria Oggi Anno XIII n.2, Novembre 2000.
- Janis I.L., Mann L. (1977) *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment*, NY: free press.
- Kaes R., *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*, Roma, Edizioni Borla, 1999.
- Kernberg O.F., *Disturbi gravi della personalità*, Torino, Bollati Boringhieri Editore, 1984.
- Khantzian E.J., Halliday K.S., Mcauliffe W.E., *La dipendenza e il Sé vulnerabile*, trad. it. Padova, Piccin, 1997.
- Kohut H., *La ricerca del Sé*, Torino, Bollati Boringhieri, 1982.
- Kohut H., *Narcisismo e analisi del Sé*, Torino, Bollati Boringhieri, 1976.
- Loewald H., *Riflessioni psicoanalitiche*, Milano, Dunod Masson, 1999.
- Lucchini A., (a cura di), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, Milano, Franco Angeli, 2001.
- Lucchini A., Greco C., Cerizza G., *Il profilo professionale dell'alcolologo*, Milano, Franco Angeli, 1999.
- Lucchini A., Nava F., Manzato E. (a cura di), *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- Lucchini A., Strepparola G. (a cura di), *Modelli di intervento in alcologia*, Franco Angeli, 2010.
- Marlatt G., A., Gordon J.R., *Relapse prevention*, Guilford N.Y., 1985.
- Mc Williams N., *La diagnosi psicoanalitica*, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1999.
- Medicina delle Dipendenze, Policlinico G.B.Rossi Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (a cura di), *Alcol: capire e orientare i consumi, diagnosticare e curare abuso e dipendenza*, Edizioni Clad-Onlus, 2014.

- Miller W.R. e Rollnick S. (2002) *Motivational interviewing: preparing people for change-Second edition*, New York, Guilford Press, trad. it. Il colloquio motivazionale, Trento, Erikson, 2004.
- Minuchin S., *Famiglie e terapie della famiglia*, Roma, Astrolabio Ubaldini, 1978.
- Moiraghi Ruggenini A., *Alcologia*, Milano, Masson, 1996.
- Mosti A., Braghieri E., Buono M., *Diagnosi, motivazione e trattamento precoce*, in: *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, (a cura di) Lucchini Nava F., Manzato E., Milano, Franco Angeli Editore, 2008.
- Nizzoli U. (a cura di), *Macchine terapeutiche*. Le Psicoterapie nei Sert, Regione Emilia Romagna, 1994.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C., *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. Psychotherapy: Theory, reasearch and practice, 19, 276-288, 1982.
- Pujet J. Bernard M., e altr., *Il gruppo e le sue configurazioni*, Roma, Edizioni Borla,1996.
- Ricci G., Cibin M., Tonellato G., *I gruppi terapeutici nei disturbi da uso di sostanze*, Padova, La Garangola, 1999.
- Rugi G., Gaburri E., *Il campo gruppale*, Roma, Edizioni Borla,1998.
- Sacchi M. (a cura di), *Teoria e clinica dei processi di gruppo*, Vercelli, Edizioni Mercurio, 2001.
- Sanavio E., *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1991.
- Scaglia M., *La frattura interiore. Collegamenti con il processo del cambiamento e implicazioni terapeutiche*, Bollettino delle farmacodipendenze e Alcolismo 21 (2),23-27, 1998.
- Selvini Palazzoli M. e altr. *I giochi psicotici nella famiglia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996.
- Selvini Palazzoli M., Cecchini G., Prata G., Boscolo L., *Paradosso e controparadosso*, Milano, Feltrinelli, 1975.
- Semi A.A.. (a cura di), *Trattato di Psicoanalisi*, Vol.1 e 2, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1988.
- Sforza M., Egidi V., *Su di spirito*, Milano, Franco Angeli, 2002.
- Vella G., Loriedo C., *Il paradosso e il sistema familiare*, Collana «Programma di Psic.Psichiat.Psicoter», Torino, Bollati Boringhieri, 1989.
- Yalom I., *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Torino, Bollati Boringhieri,1974.
- Winnicott Donald, *Gioco e realtà*, trad. Giorgio Adamo e Renata Gaddini, prefazione di Renata Gaddini, Roma, Armando, 1974.
- Zucca Alessandrelli C., (a cura di), *Dipendenze/Addiction*, Parte prima e seconda, n.10-11 Quaderni de Gli Argonauti, Milano, CIS Editore, 2006.
- Zucca Alessandrelli C., *GRF: gruppo per la ripresa delle funzioni* (parte prima), Gli Argonauti XXIII, n.91 pag.319-336, Milano, CIS Editore, 2001.
- Zucca Alessandrelli C., *GRF: gruppo per la ripresa delle funzioni* (parte seconda), Gli Argonauti XXIV n.92 pag. 45-46, Milano, CIS Editore, 2002.