

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno X, n. 39

MISSION n. 63-64

Board editoriale e Comitato scientifico: Giovanni Ad-dolorato, Roberta Agabio, Fabio Caputo, Giorgio Cerizza, Mauro Cibin, Giovanni Galimberti, Ina Hinnenthal, Ezio Manzato, Antonio Mosti, Felice Nava, Biagio Sanfilippo, Teo Vignoli, Valeria Zavan

Redazione: Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava, Lilia-na Praticò, Sara Rosa, Valeria Zavan

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:
missionredazione@gmail.com

Redazione Mission: CeRCo, Milano.

Gruppo di prevenzione delle ricadute nel paziente con disturbo da uso di alcool in trattamento

*Daniele Pavese**, *Claudia Foppiani***, *Cinzia Priora****, *Assunta Lanza*****

Introduzione al lavoro sulla ricaduta

L'impatto della ricaduta sul paziente alcolista mina la fiducia nei propri mezzi, il senso di autoefficacia personale, ma anche l'investimento sul trattamento e il rapporto fiduciario, in alcuni casi, col Servizio.

Spesso il paziente e gli operatori sanitari che se ne occupano si fermano a pensare alla ricaduta come segno del fallimento di un trattamento, come eterno ritorno del problema ciclico della dipendenza, con le sue coercizioni bio-psico-sociali.

Questa prospettiva, tesa alla *restitutio ad integrum*, con il seppur valido obiettivo dell'astensione dall'uso, rischia però di concettualizzare dicotomicamente la ricaduta come errore di percorso da scotomizzare, deviazione scomoda che toglie tempo e spazio al processo di guarigione. Al contrario, diversi modelli di ricaduta, da quelli dinamici a quelli cognitivo comportamentali, sottolineano la stessa come un processo in transizione, che può recare in sé un significato da esplorare a livello personale e relazionale, caratterizzato da una serie di accadimenti che si svolgono nel tempo (Marlatt e Gordon, 1985).

La ricaduta può essere concettualizzata come “un’azione parlante” (Racamier), un modo per trasferire nella

realtà una difficoltà di gestione di un evento personale, caratterizzato emotivamente e collegato alla storia del paziente.

Dunque il “sintomo Ricaduta” può rappresentare un’occasione terapeutica per lavorare su questioni soggettive e per apprendere al contempo nuove modalità di risposta, maggiormente adattive e più funzionali al benessere soggettivo.

Questa concettualizzazione fornisce un quadro concettuale più ampio per intervenire nel processo di ricaduta al fine di prevenire o ridurre gli episodi di recidiva migliorando in tal modo l’esito del trattamento.

Un aspetto centrale del modello cui si è ispirato il Gruppo (Relapse Prevention di Marlatt e Gordon) è la classificazione dettagliata di fattori o situazioni che possono precipitare o contribuire a episodi di ricaduta.

In generale il modello Relapse Prevention postula che tali fattori rientrino in due categorie: “fattori determinanti di ricaduta” e “fattori preparatori ad una esposizione a situazioni ad alto rischio”.

Nel modello il trattamento inizia con una valutazione delle caratteristiche ambientali ed emotive di situazioni potenzialmente associate a ricaduta (cioè situazioni a medio ed alto rischio).

Dopo aver identificato le varie caratteristiche, in gruppo si lavora da un lato nel verificare le risposte del singolo paziente a queste situazioni, e dall’altro nell’esaminare le caratteristiche personali che aumentano l’esposizione dello stesso a situazioni ad alto rischio.

* Psicologo Psicoterapeuta S.S. Ser.D. Voghera.

** Assistente Sociale S.S. Ser.D. Voghera.

*** Direttore f.f. SC Dipendenze, Resp. SS Ser.D. Pavia.

**** Responsabile SS. Ser.D. Voghera.

ASST Pavia.

Sulla base di questo attento esame del processo di ricaduta, il terapeuta condivide, insieme all'apporto del gruppo, strategie per far fronte alle aree di rischio, a livello sia cognitivo che comportamentale, al fine di ridurre la probabilità di recidiva, o comunque eliminarne l'impatto, nella logica della riduzione del danno.

Fondamentale è anche il lavoro sugli stadi del cambiamento (Prochaska e Di Clemente), per introdurre con i membri considerazioni che supportino una mappatura della capacità motivazionale di empowerment e agency dei vari pazienti.

È importante infatti che i vari membri riescano a mantenere il più possibile lo stadio "azione" rispetto al problema specifico, uno stadio in cui si possa mettere in atto un cambiamento sostenibile, deciso e in linea con le risorse del paziente.

Può infatti accadere che il paziente minimizzi o non sia per niente cosciente di comportamenti a rischio (fase di precontemplazione), oppure che non riesca o non voglia cambiarli (fase di contemplazione), perché il cambiamento risulta ancora troppo ostativo e faticoso.

In tal senso il paziente può valutare la propria capacità di affrontare tali situazioni (autoefficacia) irrealisticamente alta, con aspetti di eccessiva onnipotenza, o al contrario così bassa da pensarsi come troppo incapace di fronteggiare la sfida che gli si propone.

Tali costrutti sono assimilabili alla teorizzazione di Bandura, in cui l'autoefficacia e la frattura interiore come leva motivazionale del cambiamento risultano in gioco come fattori decisivi e da sintonizzare sul livello del singolo paziente, di modo che il gradiente motivazionale sia sufficientemente caldo per installarsi in una modalità attiva.

Piuttosto che come uno stato immobile, il livello dell'"Azione" può essere inteso, con più pertinenza, come una rotta, una bussola interna che i pazienti possono acquisire, imparando a gestire meglio le ondate del craving e gli episodi stressogeni della loro vita.

Non rappresenta dunque qualcosa di acquisito una volta per tutte, ma, così come la motivazione, ha un movimento carsico e variabile nel tempo.

L'obiettivo nel tempo è che possa divenire un *modus* soggettivo, una nuova modalità di pensiero, caratterizzato da una centratura e da una capacità di non denegare l'incontro con le difficoltà della vita e la propria vulnerabilità soggettiva.

Il Gruppo che si è svolto presso il Ser.D. di Voghera (ASST Pavia) nel periodo tra gennaio e giugno 2023, di cui verrà riproposta una nuova edizione a breve, è composto da 12 pazienti con Disturbo da Uso di Alcool in carico presso il Ser.D., in astensione e remissione iniziale dai sintomi alcoolcorrelati da almeno 3 mesi, scelti dalle équipe referenti e previo colloquio valutativo e motivazionale con i referenti del progetto.

Ha una durata di 6 mesi, con incontri a cadenza quindicinale, è condotto da uno psicologo e un'assistente sociale

con esperienza nella conduzione di gruppi in ambito dipendenza.

I casi vengono segnalati dall'équipe Ser.D., previo colloquio di valutazione all'idoneità in gruppo.

I criteri di esclusioni comprendono pazienti in marcata ricaduta o in drop out dal trattamento ambulatoriale.

Le metodologie utilizzate comprendono la verbalizzazione di gruppo, tecniche attive e corporee con esercizi di corpo-coscienza e di meditazione, utilizzo del role playing, brainstorming, lavoro psico-educativo attraverso materiale fornito dai conduttori e utilizzo di cartelloni per guidare le stimolazioni.

Le tematiche su cui il gruppo lavora sono rappresentate da:

- meccanismi di azione e effetti dell'alcool;
- la motivazione personale al cambiamento;
- il meccanismo neurobiologico della dipendenza e farmaci;
- il craving (trigger, use, craving, thought);
- la ricaduta e i fattori di rischio personali;
- la prevenzione delle ricadute e le risorse personali (life-skills e strategie di protezione);
- astinenza totale dall'alcool;
- emozioni-pensieri-comportamenti, alfabetizzazione emotiva;
- relazioni familiari e conflitti;
- social skills;
- reinserimento sociale, lavorativo.

L'obiettivo dell'attività di gruppo è quello di fornire alla persona in trattamento informazioni, strumenti e abilità di base per mantenere l'astensione protratta dell'alcool.

Tramite un confronto attivo e partecipato, si sono sviluppate strategie di gestione di situazioni interne ed esterne legate al rischio di ricadute.

Il focus mira a:

- individuare e prevenire le situazioni ad alto rischio di ricaduta nell'alcool;
- aumentare la motivazione personale al cambiamento;
- eliminare i bias cognitivi sugli effetti positivi circa l'uso di alcool;
- prevenire e/o gestire le ricadute;
- affrontare gli stress quotidiani;
- riconoscere e controllare il craving;
- riconoscere gli stati emotivi negativi (rabbia, ansia, depressione, ecc.);
- fornire input di alfabetizzazione emotiva e gestione delle emozioni;
- apprendere strategie di protezione e life- skills;
- aumentare il livello di socializzazione e partecipazione attiva al gruppo.

Contenuto degli incontri e strumenti utilizzati

Primo incontro di gruppo: introduzione al percorso di gruppo, attivazione e conoscenza dei partecipanti,

costruzione delle regole di gruppo e focus sugli stadi del cambiamento in un'ottica di prevenzione alla ricaduta.

Secondo incontro di gruppo: attivazione del gruppo con brevi esercizi corporei per migliorare la coscienza corporea, lavoro su rinforzi positivi e negativi rispetto all'assunzione di alcool, bilancia decisionale su costi e benefici dell'uso di alcool.

Terzo incontro di gruppo: attività di stimolazione corporea e di meditazione, lavoro sulla motivazione intrinseca (autoefficacia, frattura interiore e disponibilità al cambiamento).

Compilazione di una scheda di auto-monitoraggio attraverso un lavoro psico-educativo di consapevolezza rispetto a "Rischio-Attività Alternative-Esito" delle situazioni che portano all'assunzione di alcolici.

Le risultanze sono state poi discusse in plenaria per attivare strumenti rispetto alla gestione delle situazioni ad alto impatto emotivo, scatenanti assunzioni disadattive.

Quarto incontro di gruppo: lavoro sul riconoscimento dei fattori di rischio ricaduta nell'alcool, attraverso la scheda specifica di automonitoraggio e confronto in gruppo.

Iniziale introduzione del concetto di craving e dei meccanismi apparentemente irrilevanti che possono predisporre alle ricadute e loro gestione.

Quinto incontro di gruppo: lavoro tramite role-playing e simulate su social skills ed emozioni che possono scatenare/incistare le ricadute.

Verbalizzazione e attività di drammatizzazione a partire da situazioni-tipo e vissuti soggettivi.

Sesto incontro di gruppo: lavoro di alfabetizzazione emotiva su stati d'animo e vissuti attuali, collegati a situazioni relazionali di rischio tramite lavoro psico-educativo con immagini stimolo. Riflessione sulle leve motivazionali e ostacoli emotivi che distinguono "Sé reale e Sé ideale" in merito all'uso di alcool.

Settimo incontro di gruppo: lavoro di sviluppo di un piano di fronteggiamento delle ricadute, con focus su social skills e risorse attivabili.

Riflessione su criticità e nodi connessi ai legami familiari e amicali, con analisi condivisa di vissuti, emozioni e cognizioni.

Verbalizzazione e brainstorming di gruppo, con restituzione delle salienze soggettive da parte dei conduttori.

Ottavo incontro di gruppo: seduta di lavoro sul tema dell'alfabetizzazione emotiva e delle situazioni di rischio. Psico-educazione su sensazione, emozione, stati d'animo. Utilizzo del role playing.

Nono incontro di gruppo: gruppo prevenzione alle ricadute.

Diario giornaliero per la ristrutturazione dei pensieri negativi.

Lavoro di approfondimento su situazioni predisponenti-pensieri negativi (core belief)-emozioni-pensieri razionali-esiti.

Decimo incontro di gruppo: seduta di conclusione.

Restituzione del lavoro in gruppo, significato dell'esperienza gruppale e questionario di valutazione e gradimento.

Risultati del questionario di gradimento

Valuti che la proposta di partecipazione all'attività di gruppo sia stata soddisfacente? (non soddisfacente, poco soddisfacente, abbastanza soddisfacente, molto soddisfacente, totalmente soddisfacente).

Risposte: 5 Totalmente soddisfacente, 3 Molto soddisfacente.

Valuti che sia stata utile la frequentazione del gruppo ad aumentare il livello del tuo benessere globale? (niente, poco, abbastanza, molto, moltissimo).

Risposte: 6 Molto, 2 Moltissimo

Reputi adeguato alla proposta il livello dei formatori? (niente, poco, abbastanza, molto, moltissimo)

Risposte: 7 Moltissimo, 1 Molto.

Descrivi brevemente un elemento che ti ha particolarmente colpito positivamente dell'esperienza di gruppo

"La partecipazione, i benefici, l'impegno dei paziente e dei formatori", "La fiducia, l'empatia e la solidarietà", " Il non essere giudicati", "Le attività proposte come la simulazione", "La coesione, giochi di gruppo, apertura e condivisione sincera dei partecipanti", "Poter parlare liberamente senza vergognarsi", "Parlare liberamente con persone con lo stesso problema".

Descrivi brevemente un elemento che apporteresti come migliorativo all'esperienza di gruppo

"Approfondire meglio il significato delle singole parole come: tristezza, amore, angoscia, ecc.", "Contare i giorni di astensione di ognuno", "Periodi di incontro più ravvicinati nel tempo", "Nessuno, ho trovato persone meravigliose", "Nessuno ho trovato il percorso molto utile" "Non ho consigli perché ho trovato l'esperienza completa".

L'aderenza al percorso è risultata nel complesso buona, con una media di 8 partecipanti ad incontro.

Il gruppo ha raggiunto una maggiore consapevolezza rispetto alla problematica alcool-correlata, continuando nel percorso di astensione protratta, o in altri casi rivalutando percorsi residenziali specifici.

I conduttori sottolineano l'importanza di uno spazio neutro, esterno all'ambulatorio Ser.D., dedicato all'attività gruppale, il più scevro possibile da connotati stigmatizzanti la fascia di utenza.

L'utilizzo di metodologie che lavorino anche sul piano corporeo e relazionale attiva un clima emotivo di fiducia, che permette poi di sviluppare le funzioni terapeutiche più specifiche di un gruppo (rispecchiamento, risonanza, emotività, intimità, apprendimento tra pari, supporto pratico e emotivo), in cui il livello del pensare e del fare siano complementari, così come il livello cognitivo e quello corporeo.