

## **VOLONTÀ DI POTENZA, COCAINA E TERAPIE DI GRUPPO**

Vincenzo Marino\*

\* Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Varese

### **RIASSUNTO**

*Il presente capitolo, a partire dall'analisi degli effetti psicoattivi e dei bisogni psicologici appagati dalla Cocaina, si propone di evidenziare le analogie tra il "razionale" che guida la scelta del trattamento farmacologico nei Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) e quello sotteso alla scelta dei trattamenti psicosociali.*

*Tenuto conto del fatto che le terapie di gruppo costituiscono attualmente una delle più diffuse ed efficaci metodiche di trattamento della dipendenza da cocaina (Rawson ed altri 1989; Washton 1989; McAuliffe ed Albert 1992; Vannicelli 1995; Washton 1997; Khantzian ed altri 1999), vengono comparate le due tipologie di trattamento di gruppo più utilizzate nella pratica clinica (Gruppi di Self-help dei 12 passi e Gruppi di Counseling sulle Droghe) evidenziandone il carattere, rispettivamente, "sostitutivo" (agonista) e "agonista/antagonista" rispetto alla capacità di appagamento dei bisogni psicologici dell'assuntore. Meno diffusi e validati sul piano dell'efficacia risultano invece i gruppi psicoterapeutici a carattere "antagonista", di matrice cognitivo-comportamentale quali i CTAG (Gruppi di Terapia Cognitiva dell'Addiction). Per completezza viene infine fatto un breve cenno anche ai trattamenti di gruppo di orientamento psodinamico quali la MDGT (Terapia Dinamica Modificata di Gruppo) di E.J. Khantzian che, per la maggiore responsabilizzazione dell'assuntore rispetto alla scelta delle strategie per far fronte ai propri bisogni, può essere considerata, nell'ambito dell'analogia proposta, come una terapia "in affido".*

### **PREMESSA**

L'abuso/dipendenza da Cocaina rappresenta un grave problema di salute pubblica negli USA (NIDA, 1994), nei paesi europei e anche in Italia la sua diffusione è in forte crescita.

Si tratta di una patologia severa, fonte di elevati costi umani ed economici sia per gli abusatori e le loro famiglie, sia per l'intera società e caratterizzata da alto rischio di recidiva. Il NIDA ha definito tale dipendenza "...una complessa malattia che danneggia la persona fisicamente, psicologicamente, socialmente e spiritualmente. A causa di questa natura complessa, il trattamento ottimale indirizza le esigenze del tossicodipendente in diverse direzioni. Per questo i bisogni fisici, emotivi, spirituali e interpersonali devono essere indirizzati a sostenere il recupero". (Mercer D.E.; Woody G.E., 1999).

Malgrado questo, lo stesso NIDA (che sostiene più dell'85% delle ricerche mondiali sull'abuso e sulla dipendenza da droghe) ricorda che oltre 20 anni di studi hanno mostrato che:

1. anche l'addiction da Cocaina è sicuramente trattabile;
2. il trattamento è efficace nel ridurre l'uso della sostanza, le patologie correlate, i costi sociali e le condotte criminali;
3. i trattamenti più efficaci associano diversi approcci terapeutici.

## **RUOLO DELLE TERAPIE DI GRUPPO NEL TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA DA COCAINA**

*La terapia di gruppo costituisce una delle principali metodiche utilizzate per il trattamento della dipendenza dalle droghe, inclusa la dipendenza da cocaina* (Rawson ed altri 1989; Washton 1989; McAuliffe ed Albert 1992; Vannicelli 1995; Washton 1997; Khantzian ed altri 1999).

La terapia di gruppo è stata, infatti, descritta di recente come "il trattamento d'elezione per le dipendenze chimiche" (Matano e Yalom 1991), incluse quelle da cocaina. Matano e Yalom attribuiscono questa scelta al "potere dei gruppi, cioè al potere di respingere le predominanti pressioni culturali che spingono il soggetto ad assumere sostanze, di fornire un sostegno efficace a coloro i quali soffrono dell'alienazione della dipendenza, di offrire dei modelli di ruolo e di sfruttare il potere dei pari, una forza importante contro i processi di negazione e resistenza" (in Galanter, Kleber, 1998).

I trattamenti di gruppo costituiscono, infatti, un potente ed efficace strumento di modificazione dei comportamenti di abuso di cocaina, ampiamente utilizzato durante tutto il ciclo di cura, dal ricovero, alla fase intensiva, ai programmi di after-care e sia nell'ambito dei programmi di trattamento ambulatoriale che di quelli residenziali e semiresidenziali anche per la loro "economicità".

Obiettivi generali di tali Gruppi sono generalmente l'astensione dall'uso di droghe e il miglioramento dell'equilibrio personale e relazionale.

**Le tipologie di Terapia di Gruppo** utilizzate, soprattutto negli USA, sono numerosissime.

Gli approcci più diffusi, tuttavia, possono essere ricondotti ad alcune principali macro-tipologie, distinguibili per il ricorso a diverse e specifiche modalità di trattamento dei problemi di dipendenza:

1. I Gruppi di Self-Help dei 12 passi (Cocainomani Anonimi, Narcotici Anonimi, CDA) che, a partire dal primo modello di AA (fondato nel 1935 da due uomini, Bill Wilson, un agente di commercio, e il Dottor Bob, nel tentativo di aiutarsi a vicenda a smettere di bere) costituiscono il modello di Gruppo di Self-help più diffuso;
2. I Gruppi di Counseling sulle droghe (GDC), di durata definita, modello "professionale" più diffuso;
3. I Gruppi di matrice cognitivo-comportamentale, di durata definita, quali:
  - CTAG (Gruppi di Terapia Cognitiva dell'Addiction)
  - Modelli di fase (di Banys e Washton)
4. I Gruppi di matrice psicodinamica, senza limiti prefissati di tempo, quali i:
  - MDGT (Terapia Dinamica modificata di gruppo) di E.J. Khantzian
  - IGP (Gruppi di Terapia Interpersonale) di Rounsaville, ispirato al modello di psicoterapia interattiva di Gruppo di Yalom, meno diffusi.

## CENNI STORICI SULLA NASCITA DELLE TERAPIE DI GRUPPO

Malgrado la notevole diffusione che gli interventi di gruppo hanno avuto in questi ultimi anni, va senz'altro messo in rilievo come la storia di questa tecnica di intervento sia ancora relativamente recente.

### *Le concezioni organiciste pre-Freudiane*

Fin verso la fine dell'800, infatti, la concezione antropologica dominante tendeva a ricondurre l'origine dei comportamenti socialmente indesiderati ad anomalie biologiche dell'individuo. L'idea prevalente era cioè che i criminali, gli "alcolizzati", i matti dovessero la loro condizione ad un'alterazione biologica connaturata e verosimilmente trasmissibile geneticamente. Si pensi, a questo proposito, alla teoria fisiognomica di Lombroso sui tratti somatici del criminale o ai trattati della Psichiatria ottocentesca sulle alterazioni cerebrali nelle malattie mentali. Non stupisce allora che gli interventi "correttivi" terapeutici fossero rivolti a modificare quelle che erano allora ritenute le cause della malattia: da qui ad esempio le pratiche di lobotomia, in ambito medico-psichiatrico e la pena di morte in ambito giudiziario.

L'unica forma possibile di Prevenzione all'interno di una concezione di questo tipo era l'eugenetica (evitare, cioè, che i criminali e gli altri devianti potessero riprodursi allo scopo di prevenire la nascita di nuovi devianti).

### *La psicoanalisi Freudiana*

Si deve a Freud ed alla Psicoanalisi la nascita dell'idea che i comportamenti umani, sia normali che patologici, fossero in gran parte influenzati anche da esperienze relazionali. Pur senza negare la possibile influenza di aspetti biologico- costituzionali, Freud ha infatti, sottolineato l'importanza della "storia" dell'individuo, ed in modo particolare di quella relativa ai primi anni di vita, nel determinare i comportamenti, anche devianti dalle regole sociali, attribuendo loro un "senso" (così ad es. rubare potrebbe rappresentare, in modo simbolico, un modo per ribellarsi all'autorità paterna, ecc.).

Semplificando, possiamo dire che questo modello interpretativo, affermando che il comportamento di un individuo è frutto anche delle sue esperienze, implicitamente non considera più il comportamento stesso immutabile ma modificabile attraverso nuove esperienze correttive realizzabili all'interno del "setting analitico" (che, favorendo la regressione, consente al soggetto di rivivere, attraverso il transfert, le esperienze infantili rimosse) che può così consentire di rimuovere i sintomi disturbanti. Il limite di tale approccio è forse quello di aver concentrato l'attenzione sul singolo individuo e sul passato e di avere sviluppato una tecnica utilizzabile, su piccola scala, solo da specialisti esperti.

### *L'approccio Psico-Sociologico e la Psicologia di Comunità*

Benché già Freud, nel 1899, nella Interpretazione dei sogni, avesse sostenuto che la psicologia individuale è fin dall'inizio psicologia sociale, intendendo con ciò sottolineare come non fosse possibile studiare un individuo "decontestualizzandolo" (cioè esaminandolo al di fuori del suo ambiente), le prime applicazioni risalgono tuttavia al 1905.

In tale anno Barlow, medico di un sanatorio, si accorse che i suoi pazienti dimessi dall'ospedale, avevano un decorso clinico migliore se venivano richiamati per partecipare a gruppi di discussione sugli stili di vita da seguire. Non era chiaro, tuttavia, perché questo accadesse.

Seguirono le ormai celebri ricerche condotte da Elton Mayo (psicologo australiano) dal 1923 al 1927.

Un aiuto significativo alla comprensione di tali fenomeni venne poi offerto da Kurt Lewin (psicoanalista tedesco che nel 1930 fuggì dalla Germania nazista ed approdò negli Usa, dove operò fino al 1947, anno in cui morì), che introdusse in psicologia sociale la teoria del campo, elaborata in fisica da Einstein e Infeld. Secondo tale teoria, il comportamento di un individuo è funzione della sua personalità nonché del campo psicologico in cui è inserito.

Questi ed altri studi mostrarono come il gruppo fosse un potente strumento di modificazione del comportamento ed attualmente esso viene utilizzato in contesti molto diversi.

L'ambito principe di utilizzo del gruppo rimane, comunque, quello del trattamento dei problemi di dipendenza: alcoldipendenza, tossicodipendenza, cibomania (si pensi al successo della Weight Watchers con questi principi) e, più in generale, all'elaborazione del lutto conseguente alla perdita di un oggetto investito affettivamente (vedovi, donne mastectomizzate, ecc).

Questo perché il gruppo si presta bene a compensare i bisogni affettivi di dipendenza conseguenti ad una perdita, in quanto è in grado di offrire, in via sostitutiva, la sensazione regressiva e soddisfacente di essere accolto e di "essere parte", sensazione paragonata dagli psicoanalisti a quella che verosimilmente sperimenta il bambino piccolo nel suo rapporto soddisfacente con la madre che lo nutre (in questo senso la funzione del gruppo viene definita analoga a quella della madre pre-edipica, prima cioè che la triangolazione dell'Edipo introduca elementi minacciosi di disturbo del rapporto simbiotico).

Questo fenomeno di "dipendenza dal gruppo" è presente in misura più o meno intensa in tutti i tipi di gruppo: esso può tuttavia assumere, come vedremo, caratteristiche diverse a seconda delle corrispondenti peculiarità del tipo di gruppo.

Un sentimento centrale per la coesione è quello di appartenenza, di sentirsi parte: ma quali parti mettono in comune e condividono i membri di un gruppo?

Sicuramente condividono gli ideali: cioè quello che viene definito sistema "Ideale dell'Io-Super io" (cioè, tutti i membri del gruppo condividono un ideale comune su come vorrebbero essere).

Le caratteristiche che assume questo modello di "come si dovrebbe essere" sono molto importanti perché fanno sì che le persone cambino in un modo piuttosto che un altro (che diventano, ad esempio, più rigide o viceversa più tolleranti verso i propri bisogni).

A partire dagli anni '40, dunque, comincia a farsi strada l'idea che il comportamento individuale, oltre che dalla personalità del soggetto (insieme di aspetti biologici e tratti psicologici strutturati nel corso delle esperienze relazionali evolutive) sia molto condizionato anche dal campo di relazioni psicologiche significative in cui il soggetto vive nell'"hic et nunc" e, cioè, dalle sue esperienze attuali.

Tale concetto, formalizzato da Kurt Lewin nella citata "Teoria del Campo", secondo cui il Comportamento (Behavior) è funzione della Personalità dell'individuo (Personalità) per il Campo (Field) psicologico in cui è immerso ( $B = f(P \times F)$ ), ha prodotto una vera e propria rivoluzione in tutte le istituzioni sociali più significative: sanitarie, giudiziarie, scolastiche ed educative:

- I riflessi in ambito scolastico (microcomunità in cui alunni e docenti vivono anche otto ore al giorno) hanno prodotto il passaggio da un'autoreferenzialità dell'istituzione centrata sull'istruzione, ad una più generale funzione educativa centrata sull'acquisizione di competenze sociali, sulla responsabilizzazione dei giovani rispetto alla tutela della propria salute, sull'integrazione dell'intervento con quello di altre istanze educative. Le tracce legislative di

questo processo sono rintracciabili già a partire dalla Legge 685 del 1975, che prevedeva che la scuola fosse soggetto attivo nell'educazione alla salute, dalla successiva CM del 1976 che prevedeva dei docenti referenti comandati presso i Provveditorati agli Studi, fino ai più recenti Decreti Delegati, che prevedono il coinvolgimento dei genitori e degli stessi ragazzi nella gestione dell'istituzione.

- Anche in ambito giudiziario, si è assistito alla progressiva abolizione, nei paesi civili, della pena di morte ed allo sviluppo di tecniche rieducative sempre meno centrate sull'isolamento e la reclusione e sempre più "spostate" sulla valorizzazione di relazioni sane potenzialmente risocializzanti (semilibertà, arresti domiciliari, affidamento in prova, ecc).
- In ambito psichiatrico, la consapevolezza che relazioni di vita sane "producono" salute mentale, mentre relazioni patologiche "producono" patologia (si pensi alla patologia "iatrogena" prodotta dalla reclusione e dall'isolamento in Ospedale Psichiatrico) ha portato alle esperienze dei reparti ospedalieri di Maxwell Jones aperti ai familiari dei degenti, degli appartamenti protetti di Robert Laing ed in Italia a tutto il movimento antipsichiatrico di Basaglia, culminato nella Legge 180/75.

I principi ispiratori avanzati, contenuti nella Legge 180, sono stati poi in fase attuativa in buona parte vanificati dalla proverbiale trascuratezza italiana per le strategie intermedie relative alla loro attuazione. Un salto logico ad esempio che l'antipsichiatria non ha colmato è come facesse contemporaneamente la comunità ad essere fonte di patologia mentale prima (si pensi alla "famiglia schizofrenogena" di Laing) e risorsa terapeutica dopo, in assenza di interventi correttivi operati sulla comunità stessa. Per colmare il salto occorre cioè ipotizzare che l'intervento terapeutico sia orientato non solo sul paziente, ma anche sulla sua famiglia e sul suo sistema di relazione in modo da modificarlo (altrimenti il paziente prima o poi ricadrà).

*Il sostenere che l'ambiente relazionale normale di vita ha un ruolo importante nel "produrre" malattia o salute mentale ha inoltre avviato un processo di demedicalizzazione con riduzione del ruolo degli specialisti a consulenti del sistema terapeutico e contestuale valorizzazione del potenziale ruolo terapeutico di assistenti sociali, educatori, volontari, semplici cittadini ed il progressivo sviluppo del Self-Help.*

## CARATTERISTICHE COMUNI AI GRUPPI TERAPEUTICI

Prima di entrare nel vivo dell'argomento risulta utile richiamare brevemente alcuni concetti di base sulle caratteristiche dei Gruppi, e dei Gruppi terapeutici in particolare.

**Gruppo:** in senso psicologico, il Gruppo non è solo un insieme di individui (su un autobus la gente è stipata, ma non costituisce un Gruppo e così pure una folla o una comunità), ma un insieme di individui che entrano in rapporto reciproco, sulla base di valori o interessi comuni, venendo a costituire un'unità sociale identificabile anche dall'esterno, strutturata secondo norme di comportamento proprie. I bisogni e i valori del gruppo si traducono in uno o più scopi che il gruppo persegue.

A seconda delle dimensioni e del tipo rapporto più o meno intimo tra i membri, è possibile distinguere "**Gruppi primari**" (di piccole dimensioni, caratterizzati da rapporti informali e intimi, come la Famiglia, o i "Piccoli Gruppi" terapeutici) e "**Gruppi secondari**" (di maggiori dimensioni, caratterizzati da relazioni formali di tipo contrattuale, come le Organizzazioni).

**Gruppi terapeutici:** appartengono alla tipologia dei "Piccoli Gruppi" o "Gruppi Primari", caratterizzati da:

- interazioni dirette (faccia a faccia), fondate sull'identificazione e sull'affiatamento;
- influenza reciproca (interdipendenza) in misura inversamente proporzionale alle dimensioni del gruppo;
- forte sentimento di appartenenza al gruppo (aumento di investimento "libidico" nei confronti del Gruppo, verso cui sono rivolti i processi di socializzazione) e di disappartenenza a tutto il non-Gruppo (disinvestimento libidico e perdita di sensibilità ed interesse rispetto ai fatti esterni al Gruppo stesso);
- condivisione di interessi, scopi, caratteristiche e norme di comportamento comuni.

I Piccoli Gruppi vengono definiti Naturali, quando si sviluppano autonomamente: es. il Gruppo in cui l'individuo nasce (la famiglia) o si viene trovare (i compagni di classe, gli amici, ecc.); Artificiali, quando vengono costituiti per uno scopo: es. i Gruppi Terapeutici, costituiti per uno scopo terapeutico (come smettere di bere, migliorare l'autostima, ecc.).

Secondo Charles Cooley, i Gruppi Primari sono caratterizzati da uno stile di vita fortemente comunitario; contatto personale e vita in comune favoriscono lo sviluppo di un forte sentimento di identificazione reciproca, un sentimento del "noi" che permette a ciascun membro del gruppo di sentirsi diverso da qualsiasi individuo non appartenente al gruppo. Sono le relazioni strette di tipo personale, quindi, quelle che permettono una forte integrazione tra i membri del gruppo; affinché tali relazioni, che sono o divengono per lo più di tipo affettivo, si diano, è necessario che il numero dei membri del gruppo sia limitato. Cooley, che intendeva studiare l'importanza dei gruppi per il processo di socializzazione, individuava il modello principale di gruppo primario nella famiglia, tuttavia anche molti altri gruppi primari possono svolgere un ruolo significativo nel processo di socializzazione: gruppi di pari, gruppi sportivi, gruppi religiosi, circoli di vario tipo ecc.

### *Processo di Socializzazione*

La ricerca sociologica ci ha mostrato come i modelli culturali, i "valori" e le norme di comportamento presentano la caratteristica essenziale di non essere iscritti nel patrimonio genetico dell'essere umano, ma di dover essere appresi da parte di ogni nuovo nato a seconda delle caratteristiche dei gruppi sociali in cui egli si trova a vivere.

Con il termine socializzazione viene infatti, indicato il processo, che dalla prima infanzia si estende all'età adulta secondo fasi e modalità differenti, mediante il quale gli individui e i gruppi apprendono e interiorizzano i valori e le regole proprie del gruppo sociale di appartenenza.

Tale processo è catalizzato da diverse "agenzie di socializzazione":

- nella prima infanzia prevalentemente dal gruppo familiare (Socializzazione primaria);
- nell'adolescenza e nell'età adulta da altri gruppi: dei pari (particolarmente importante in tarda infanzia e adolescenza, ma spesso per tutta la vita), scolastici o professionali, religiosi, politici, associativi, ecc. (Socializzazione secondaria).

Ciò che garantisce la sopravvivenza della società, evitando che le differenze e le spinte istintuali individuali la distruggano, è appunto la trasmissione ai nuovi nati di regole e modelli di comportamento accettati, non solo perché imposti (altrimenti non basterebbe un poliziotto per ogni cittadino), ma in quanto sentiti come naturalmente parte di sé (e fonte di sensi di colpa quando trasgrediti).

Ma attraverso quale processo ciò avviene?

Gli studi di Sigmund Freud e dei suoi discepoli, di Mead e della psicologia dell'età evolu-

tiva hanno evidenziato come la “modellizzazione” del comportamento e l’interiorizzazione di regole e valori, che produce nel soggetto il desiderio di conformarsi ai modelli, ai valori ed agli stili di vita del gruppo a cui appartiene, è condizionata dal grado di influenza nella vita emotiva ed è perciò più forte nella socializzazione primaria anche se, fortunatamente, non esclusiva di essa. In altre parole, l’individuo si identifica e interiorizza i modelli delle persone significative per lui dal punto di vista emozionale (si vuole somigliare a chi si vuol bene).

Il processo di socializzazione non si conclude con l’infanzia, ma si protrae per tutta la vita e contribuisce a modellare e rimodellare la “personalità sociale” dell’individuo e i suoi stili di comportamento. Nei “piccoli Gruppi” terapeutici e di Self-help, l’intensità emotiva legata al rivivere esperienze altamente coinvolgenti per l’individuo e per gli altri membri del gruppo ed alla durata nel tempo dell’interazione, può raggiungere livelli paragonabili a quella della Socializzazione Primaria e produrre cambiamenti profondi e duraturi nella personalità dell’individuo e nei suoi stili di comportamento.

La socializzazione sembra essere inoltre un bisogno importante per la stessa sopravvivenza dell’individuo. Alcuni studi osservazionali (Harry Harlow e altri) hanno infatti mostrato che, in assenza di socializzazione, certi tipi di scimmie superiori come le scimmie Rhesus non riescono a sviluppare un normale comportamento sociale. Gli animali allevati in isolamento si comportavano in modo simile a quello di un essere umano psicotico: si mostravano paurosi e ostili nei confronti delle altre scimmie, non cercavano di interagire con loro, erano schivi e apatici, né riuscivano ad accoppiarsi. Tra la fine del XIX e gli inizi del XX secolo, furono scoperti in India, in Francia e in altri paesi alcuni casi di bambini vissuti in isolamento da altri esseri umani, il cui comportamento somigliava più a quello degli animali che a quello degli esseri umani. In tutti i casi i bambini non sapevano parlare, reagivano con paura od ostilità di fronte agli esseri umani, procedevano gattoni e dilaniavano voracemente il cibo. Tutti i tentativi di socializzarli hanno avuto scarso successo e tutti questi bambini sono morti in giovane età.

**Dinamiche di Gruppo:** il termine, introdotto da Kurt Lewin, è *espressione del processo di Socializzazione*, e viene utilizzato per indicare le relazioni dinamiche (meccanismi di interazione) interne al Gruppo che ne determinano il comportamento e l’evoluzione. Lo studio della Dinamica di Gruppo ha evidenziato i seguenti principali caratteri generali comuni ad ogni Gruppo:

- **Appartenenza:** sensazione di partecipare e di essere accettato da un Gruppo (differisce dalla Dipendenza per un maggior grado di scelta, di reciprocità e di intimità). All’appartenenza si perviene attraverso il *contatto* fra i membri del Gruppo (quanto più è frequente e intenso, tanto maggiore è il sentimento di vicinanza e lo scambio relazionale), l’*identificazione* con le norme, i valori e gli atteggiamenti del Gruppo da cui ogni singolo trae un rafforzamento della propria identità, l’*omogeneità* che attutisce le differenze soggettive accentuando i caratteri comuni del comportamento, del modo di pensare e dell’immagine esteriore. Per effetto di tale assimilazione i membri del Gruppo si designano generalmente con il pronome “noi”.
- **Interdipendenza:** è prodotta dall’appartenenza. L’interdipendenza è in grado di modificare progressivamente le motivazioni, gli atteggiamenti, i vissuti ed i comportamenti di ciascun membro per cui si constata che:
  - la decisione del Gruppo *modifica il comportamento individuale più dell’opera di persuasione da parte di un membro* anche particolarmente prestigioso;
  - il Gruppo costituisce un sistema di riferimento normativo per cui ciascun membro è portato a giudicare il comportamento altrui in relazione alle regole più o meno esplicite presenti nel Gruppo;
  - la produttività del Gruppo è notevolmente superiore alla somma delle produttività dei singoli individui che lo compongono.

- *Coesione*: legame che tiene insieme i componenti di un gruppo e che rinforza il raggiungimento da parte dei singoli membri degli obiettivi che il Gruppo si propone. La coesione dipende dalla dimensione del gruppo (più i gruppi sono minoritari nel contesto sociale in cui si trovano ad operare, maggiore è la coesione interna); dal grado di isolamento (ordini religiosi), o dalla proiezione dell'aggressività all'esterno (Freud: "È sempre possibile riunire un numero anche rilevante di uomini che si amino l'un l'altro finché ne restino altri per le manifestazioni di aggressività", 1929). La maggiore o minore coesione è responsabile del grado di normatività che il Gruppo esercita nei confronti dei singoli membri. Ciò è particolarmente evidente nella coesione difensiva (tipica ad es. dei Gruppi di lavoro in contrasto con gli obiettivi dell'amministrazione) o nella coesione narcisistica (dove si assiste ad uno spostamento della propria identità ed autostima dall'Io individuale all'Io di Gruppo).

### *Il processo di socializzazione "correttiva" nei Gruppi Terapeutici*

L'elevata intensità emotiva delle dinamiche di Gruppo rende conto della elevata capacità del processo di "socializzazione correttiva" dei Gruppi Terapeutici di "rimodellare" i comportamenti dei membri in modo coerente con i valori e le norme del Gruppo. Tali dinamiche consentono inoltre:

- il raggiungimento di un livello di sicurezza, garantito dall'appartenenza al Gruppo (che, con la sua protezione, consente di rischiare anche in terreni mai esperiti);
- il controllo della dinamica della colpa (perché il Super-Io interno si trasforma in Super-Io di Gruppo, più facile da controllare);
- una maturazione affettiva, facilitata e controllata dal Gruppo (nella modulazione delle emozioni che l'individuo può anche non saper controllare da solo);
- un aumento dell'efficienza e della funzionalità delle difese (seguendo la legge del successo all'interno del Gruppo verranno potenziati i meccanismi di difesa che si dimostrano utili e abbandonati gli altri).

### **I GRUPPI DI SELF-HELP "DEI 12 PASSI" UNA TERAPIA SOSTITUTIVA: ASPETTI TEORICI E METODOLOGICI DELL'INTERVENTO "STEP-WORK"**

Malgrado la diffusione "capillare" dei gruppi di Self-Help dei 12 passi (o Gruppi di Self-Help Step-Work: GSH-SW), superiore a quella di qualunque altra tipologia di Gruppo terapeutico, e a differenza dei Gruppi psicoterapeutici le cui basi teoriche e metodologiche d'intervento sono state oggetto di analisi rigorose, lo studio dei GSH-SW è risultato molto meno approfondito anche per un certo grado di "disattenzione" e talvolta di "diffidenza" di una parte della cultura scientifica nei confronti di quelle che venivano considerate generiche pratiche di "solidarietà umana", prive di fondamenti teorici (il paradosso è evidente!) e dunque non degne di analisi e studio scientifico.

Il rischio che può derivare da un siffatto atteggiamento è quello di una sottovalutazione del potenziale terapeutico e di un conseguente sottoutilizzo di queste importanti risorse (dotate peraltro di un eccellente rapporto costo/ beneficio: nessun costo legato alle risorse umane, replicabilità potenzialmente infinita per "partenogenesi", bassi effetti collaterali, scarse controindicazioni).

Chi scrive ritiene viceversa che *compito specifico delle ricerca sia proprio quello di studiare le cause (inizialmente sempre ignote) del verificarsi di fenomeni apparentemente ordinari e quindi, secondo al-*

cuni, non necessitanti di spiegazioni, *per costruire modelli interpretativi da affinare nel tempo* che ci consentano di comprenderne i meccanismi di funzionamento (le mele cadono da sempre sotto gli occhi di tutti, ma senza gli studi di Newton nessuno avrebbe scoperto la legge sulla gravitazione universale!) e ricavarne tecniche e indicazioni a beneficio degli scopi che ci prefiggiamo (terapeutici o di altro genere).

Il presente contributo intende quindi “spezzare una lancia” a favore dello studio delle tecniche di Self-help nel trattamento della dipendenza da Cocaina.

Se la socializzazione è lo strumento che consente di veicolare valori e norme del contesto sociale e Grupale che vengono introiettate e fatte proprie dai singoli membri del Gruppo occorre adesso chiarire quali valori e quali norme di comportamento vengono trasmesse dai GSH-SW (Gruppi dei 12 passi - Step Work) ai membri del gruppo ed in che modo l'assunzione di tali valori consente di sospendere l'abuso di Cocaina.

Risulta importante, in particolare, ricercare la risposta a due domande:

1. come vengono trattati i bisogni psicologici (prima appagati dalla cocaina) di cui l'utente è portatore al momento del suo ingresso nel “gruppo”?
2. quali teorie antropologiche, rappresentazioni implicite dell'essere umano e del fenomeno della dipendenza da Cocaina possono essere poste alla base della metodologia step-work di questa tipologia di Gruppi.

### *Droghe, bisogni psicologici e cultura*

L'obiettivo perseguito da molti paesi di una cultura “libera dalle droghe” ci pone di fronte ad alcune domande non facili:

- perché, come specie, ci affascinano tanto gli stati alterati di coscienza? Qual è stato l'impatto di questi sulle nostre aspirazioni estetiche e spirituali?
- da dove origina quell'impulso, presente in tutte le culture umane, che ha portato l'Uomo a servirsi di sostanze atte a condurre a un'esperienza personale del trascendentale e del sacro?
- che conseguenze ha, per l'equilibrio psichico dell'uomo occidentale, il rinnegamento della dimensione spirituale avviato, a partire dalla elaborazione filosofica greca del V secolo a.C., dal processo di secolarizzazione approdato al nichilismo contemporaneo?

Secondo diversi autori, l'uso di droghe risponde al bisogno connaturato e profondamente radicato nell'essere umano, di evadere, di trascendere sé stessi sia pur per qualche momento (Huxley – *Le porte della percezione*), di modificare la percezione abituale della realtà e lo stato di coscienza ordinaria per muoversi verso una condizione più gratificante caratterizzata da una maggior forza delle emozioni, delle sensazioni interne, dell'immaginazione e del pensiero “magico” (di intensità variabile fino all'estasi).

Tale condizione non è raggiungibile soltanto grazie all'effetto delle droghe ma può essere indotta anche attraverso comportamenti quali la sessualità e l'orgasmo, l'esperienza mistica, le danze sfrenate (ad esempio le danze rituali tribali vorticosi al suono ritmato dei tamburi dei riti di possessione) o fenomeni fisiologici involontari come il sogno.

Ferguson, nel 1974, ha proposto di raggruppare tali condizioni sotto la definizione di “*Stati Alterati di Coscienza*” (ASC) laddove il termine “*alterati*” viene ricondotto, dal punto di vista etimologico, non al termine di uso corrente “alterazione” (usato, anche in medicina, per designare un deterioramento, ad es. il deterioramento patologico di un organo o di una funzione) ma a quello di alterità (nel senso di “altra” coscienza).

Questa coscienza “*alterata*” non deriva infatti da un deterioramento della coscienza ordina-

ria ma è *la* coscienza originaria, caratteristica dello stato primario di fusione ed indistinzione (contrassegnata da modalità di funzionamento proprie del “processo primario” Freudiano).

Al contrario è la coscienza “lucida”, più adatta alle esigenze di efficienza produttiva e di ordine, a derivare da una modificazione (detta “processo secondario”) della coscienza dello stato primario, la cui parte “arcaica” viene quindi sotto-messa e tenuta sotto controllo (salvo ricomparire quando il controllo si allenta: come ad esempio nel sogno).

Gli “Stati Alterati di Coscienza” non sono dunque, per Ferguson fenomeni psicopatologici ma fenomeni fisiologici, la cui base neurobiologica è scritta nel corpo ed occuparsi dello studio degli ASC costituisce oggi l’unico metodo per analizzare dal punto di vista clinico e della ricerca tale coscienza originaria.

Il periodico ritorno a tale condizione gratificante e rigenerante di perdita della coscienza di sé, di fusione con la natura, pare essere anzi essenziale per il mantenimento dell’equilibrio psichico (come dimostrano ad esempio le esperienze di privazione dei sogni - pur conservando le altre fasi del sonno - che inducono la comparsa di malattie mentali).

Da un punto di vista simbolico queste due diverse e complementari condizioni di coscienza sono ben rappresentate nella mitologia greca dalla opposizione/sintesi fra le due più grandi e rappresentative figure dell’Olimpo greco, entrambi figli di Zeus: Apollo, dio dell’equilibrio e dell’armonia “dorica” e Dioniso, “dio dell’ebbrezza” collegato ai culti misterici, all’uso di droghe, all’estasi mistica, alla danza (Euripide, ne “Le Baccanti” ha descritto con molta efficacia il raggiungimento della condizione di estasi da parte delle menadi, donne del corteo dionisiaco, che danzando al suono dei cimbali, correndo e roteando sempre più vorticosamente la testa raggiungevano, probabilmente anche con l’aiuto di droghe, il contatto col dio da cui venivano possedute).

Jung (1921) sintetizza in un’immagine efficace le due condizioni affermando che: “L’Apollineo è la percezione delle immagini interiori della bellezza, della misura e dei sentimenti armonicamente disciplinati...”, “il Dionisiaco... la liberazione dell’istinto insofferente di ogni limite, lo scatenarsi della sfrenata dinamis animalesca e divina, la rottura del principio di individuazione, e insieme l’estasi delirante”.

I greci avevano già colto chiaramente l’esistenza nell’animo umano di queste due istanze dialettiche ed entrambe necessarie: Apollo e Dioniso erano infatti entrambi venerati a Delfi e quando Dioniso viene sbranato dai Titani, è Apollo a “ricucirlo”.

La coscienza “alterata”, “software” che segue le leggi del processo primario ed il cui funzionamento è sostenuto in misura maggiore da strutture cerebrali – hardware - quali il cervello destro e le strutture sottocorticali (a differenza della coscienza ordinaria, dominata dal processo secondario, sostenuto in misura maggiore dall’emisfero sinistro che contiene l’area del linguaggio “di Broca”) non sembra dunque essere un “refuso”, una anomalia di funzionamento della coscienza ordinaria ma una condizione responsabile di importanti funzioni fisiologiche e l’unica che consente il contatto tra l’Uomo e il Divino.

### *Perché l’Uomo ricerca da sempre il contatto con il Sacro?*

Il Sacro ha da sempre risposto ad bisogni fondamentale connaturati con l’essere umano: primo fra tutti il *bisogno di Potenza*. G. Van der Leew (ricercatore Olandese) sostiene che tutte le espressioni religiose sono rivolte alla salvezza dal Male. L’uomo infatti sperimenta la propria impotenza verso il male in tutte le sue forme (la malattia, la morte, la violenza) e tende a rivolgersi, più o meno consapevolmente, a qualcosa o qualcuno che possa aiutarlo cioè ad una “Potenza” in grado di consentire il superamento di tale impotenza. L’unica entità capace di fornire risposte a tali bisogni e dispensare immortalità, senso e protezione è il Sacro (e gli “ex voto” presenti nei

santuari di tutto il mondo, che a volte ci fanno sorridere, sono lì a testimoniare una presenza cogente del sacro accanto ai bisogni e alle necessità quotidiane dell'uomo).

Il Sacro, tuttavia, non è percepibile attraverso la coscienza critica logico-razionale propria dell'Io individuale (appare anzi irriducibilmente incompatibile con essa) ma solo attraverso la coscienza estatica intuitivo-onirica propria degli stati estatici di coscienza modificata degli sciamani o dei santi.

Perché il Sacro si manifesti e sia riconosciuto come tale occorre inoltre che esista un atteggiamento culturale collettivo di disponibilità all'ascolto ed al suo riconoscimento ("postura rivelativa") in assenza della quale il percepire realtà ritenute inesistenti dalla collettività viene interpretato come una malattia da eliminare: un disturbo mentale (nel romanzo di Bulgakov "Il maestro e Margherita", l'apparizione del diavolo viene curata in manicomio).

La cultura occidentale nata dalla filosofia Greca del V secolo a.C. risulta tuttavia fondata sulla coscienza critica dell'Io individuale come unico strumento di "vera" conoscenza della realtà esterna. In quella fase storica infatti, in Grecia, con il crollo della cultura micenea e la comparsa dei protofilosofi vedono la luce i germi di quel processo che porterà alla perdita del rapporto col sacro, alla nascita del secolarismo e, in definitiva, alla solitudine ed perdita di senso dell'esistenza dell'uomo occidentale moderno.

Parmenide e la scuola Eleatica vanno alla ricerca dell'Essere e Platone, nel "mito della caverna" evidenzia come i sensi appaiono ingannevoli e occorre ricercare l'idea universale invisibile attraverso il "logos", il pensiero.

Se dunque in precedenza:

1. ciò che appariva era (postura rivelativa): coincidenza fra fenomeno ed essere;
2. l'essere era evidente per tutti (Coscienza collettiva);
3. il corpo e la realtà materiale erano sacri;
4. il sacro era immanente e tramandato per tradizione,

a partire da quel periodo storico si concretizzano:

- A) il ripudio della tradizione - fondamento per la trasmissione della postura rivelativa ai nuovi nati - e della superstizione (ciò che fa dire ad Erodoto che il popolo greco è fra i popoli a lui contemporanei quello "più libero da una stupida credulità"),
- B) la distinzione fra fenomeno (ciò che appare) ed essere (ciò che è): fra essi viene introdotto uno scarto che va indagato attraverso la ricerca scientifica di prove (cultura del sospetto);
- C) la conseguente frattura fra realtà materiale (apparenza) e idee (vera realtà) con il primato del pensiero sulla materia (anche nella cultura Cristiana "in principio era il verbo" e l'uomo fatto di creta ha bisogno del soffio di Dio per prendere vita) e fra corpo e mente, terra e cielo;
- D) la coscienza critica individuale ed il pensiero logico come arbitro del giudizio sulla corrispondenza fra fenomeno ed essere (individualismo: ognuno è arbitro del proprio destino: libero arbitrio);
- E) l'impotenza rispetto alla vita (solo il sacro è potente) e le angosce di fronte alla morte che in questo contesto diviene inaccettabile, in quanto fine di tutto a conclusione di una vita priva di senso.

Questa concezione greca è all'origine della nascita del pensiero Scientifico ed oggi noi, figli di quella cultura, siamo più disponibili ad accettare l'idea dell'esistenza dell'elettrone - che nessuno di noi ha mai visto e la cui esistenza è desumibile solo attraverso complessi procedimenti logico-sperimentali - ma non che il sole giri attorno alla terra, fenomeno che i nostri sensi ci mostrano ogni giorno.

La stessa concezione della diffidenza verso ciò che appare e non può essere dimostrato razionalmente ci ha nel contempo posto nella condizione di impossibilità di ascoltare e percepire il manifestarsi del Sacro come realtà non metaforica ma cogente (non è possibile dimostrare l'esistenza del divino in laboratorio ed i mistici di tutte le religioni lo hanno incontrato solo attraverso gli stati alterati di coscienza prodotti dall'uso di sostanze, dalla musica, la danza, la deprivazione sensoriale, la meditazione olografica, il digiuno, ecc). Non si tratta dunque della morte di Dio ma della sordità dell'uomo che non è più in grado di sentirlo quand'anche egli urlasse!

Poiché i bisogni umani non sono cambiati tuttavia la cultura occidentale, orfana del Sacro, lo ha sostituito con 2 droghe ingannevoli che con il loro luccichio inebriano ed anebbiano la consapevolezza:

- la scienza (che fornisce l'illusione di senso, “del perché”) e la tecnologia (che fornisce l'illusione di “onnipotenza”);
- la terapia (che fornisce l'illusione di immortalità).

Come nel mito di Prometeo o di Adamo l'Uomo cerca quindi, di appropriarsi degli strumenti della conoscenza per divenire simile a Dio (Dio egli stesso) acquisendo la sua potenza (controllo sulla realtà grazie alla tecnica, invulnerabilità e immortalità grazie alla medicina, scoperta scientifica del senso e delle ragioni dell'esistenza attraverso il penetrare sempre più a fondo i segreti della realtà). La volontà di potenza si è manifestata in diverse forme nella storia umana: dalla conquista di imperi (Alessandro Magno, Napoleone, Hitler, ecc.), al dominio scientifico della natura (gli studi di Von Braun e la nascita dei V2, gli studi sulla fusione nucleare, ecc).

La scienza tuttavia, prodotto umano (“umano...troppo umano” direbbe Nietzsche, l'autore della “volontà di potenza”) non sembra in grado di surrogare appieno il sacro e soddisfare i bisogni ancestrali dell'uomo. E l'insoddisfazione, la solitudine esistenziale, la mancanza di senso ed il nichilismo dell'uomo moderno, così ben descritti dagli esistenzialisti, sembrano testimoniare, così come la crescita progressiva dei disturbi mentali e delle tossicomanie nelle società tecnologicamente avanzate dell'occidente.

Alla luce di quanto sopra, la ricerca di stati di coscienza alterati potrebbe metaforicamente essere letta come espressione di:

- un tentativo correttivo, più o meno consapevole, di autoterapia del nichilismo;
- oppure come una grave forma di disturbo mentale (nella misura in cui tali manifestazioni non risultano relate e comunitarie all'interno del contesto culturale di appartenenza).

### *Effetti psichici gratificanti ricercati in particolare nella Cocaina*

L'assunzione di Cocaina produce un indescrivibile sentimento di “Potenza” caratterizzato dalle seguenti sensazioni che generalmente durano mezz'ora:

- ondata inebriante di energia (Sternieri e Ferrari, 1998),
- sensazione di chiarezza mentale e euforia (Van Dyke e Byck, 1982),
- disinibizione, aumento dell'autostima e della sensazione di capacità,
- grandiosità, impulsività, irresponsabilità, generosità inconsueta,
- aumento del desiderio sessuale,
- iperconsapevolezza,
- azioni ripetute compulsive e iperattività psicomotoria (Galanter, Kleber, 1998)

### *Gruppo dei 12 passi e recupero di valori spirituali*

Una delle remore che maggiormente frena alcuni professionisti dei servizi nell'invio di propri

pazienti ai Gruppi di self-help più diffusi – quelli dei 12 passi - accanto alla diffidenza verso il Self-help in generale, è legata alla definizione di “percorso spirituale” che caratterizza il lavoro terapeutico dei “12 passi”:

Alla base di tale diffidenza c'è l'idea che parlare di “bisogni spirituali” significhi abbandonare “la via maestra” della conoscenza scientifica per avventurarsi su un terreno non suscettibile di verifica empirico-sperimentale, fideistico e dunque aleatorio e ascientifico, che presuppone l'adesione del professionista a credenze di tipo religioso.

Tale posizione rischia tuttavia paradossalmente di approdare ad una posizione riduzionistica e ascientifica: cioè di ignorare i dati osservazionali relativi alla manifestazione di una fetta rilevante di bisogni importanti per l'equilibrio individuale e che l'uomo ha storicamente canalizzato verso il divino.

La predetta posizione, inoltre, non infrequente fra i professionisti italiani, risulta invece del tutto minoritaria nella cultura pragmatica statunitense (dove pure è molto radicata la cultura scientifica), centrata sul motto “utilizzare tutto ciò che funziona”: il NIDA raccomanda infatti con forza l'utilizzo di tali strumenti.

Analizzare i fenomeni non significa, d'altra parte, necessariamente aderire alla interpretazione che degli stessi si danno gli attori che li pongono in essere, né affermare la “verità” della dimensione trascendente (con tutte le implicazioni e complicazioni epistemologiche su ciò che è vero e sulla conoscibilità scientifica del reale), ma solo prendere pragmaticamente atto dell'esistenza negli esseri umani di tali bisogni, sospendendo il giudizio sul fondamento reale (indimostrabile) degli stessi, per concentrarsi invece sulle conseguenze che essi producono.

Il presente approccio muove quindi da un punto di vista fenomenologico (nell'accezione inaugurata da G.W.F. Hegel e riformulata nel XX secolo da E. Husserl e M. Heidegger e soprattutto da K. Jaspers) nel senso di procedimento *empirico* di psicologia descrittiva delle manifestazioni della coscienza in cui l'oggetto non esiste di per sé ma è rilevante il “come” si manifesta. Esso prescinde quindi dal problema dei fondamenti di “verità” dei fenomeni osservati (i bisogni spirituali e l'esistenza del divino) limitandosi a pendere atto di come essi si manifestano negli esseri umani.

#### Proviamo ad esaminare i 12 passi di Cocainomani Anonimi:

1. Noi abbiamo ammesso la nostra impotenza di fronte alla Cocaina e che le nostre vite erano divenute incontrollabili.
2. Siamo giunti a credere che una Potenza Superiore possa restituirci la salute.
3. Abbiamo preso la decisione di sottomettere la nostra volontà e di affidare le nostre vite alla protezione di Dio, come ognuno di noi può concepirlo.
4. Abbiamo proceduto ad un intervento morale e coraggioso di noi stessi.
5. Abbiamo ammesso davanti a Dio, di fronte a noi stessi e di fronte ad un altro essere umano, la natura esatta dei nostri torti.
6. Siamo stati interamente preparati al fatto che Dio rimuova tutti questi difetti di carattere.
7. Gli abbiamo umilmente chiesto di rimediare alle nostre deficienze.
8. Noi abbiamo fatto una lista di tutte le persone che abbiamo leso ed abbiamo deciso di fare ammenda verso queste persone
9. Abbiamo fatto direttamente ammenda verso tali persone, quando possibile, eccetto in quei casi in cui così facendo avremmo potuto recare loro danno oppure nuocere ad altri.
10. Non abbiamo cessato di fare il nostro inventario personale e quando ci siamo trovati in torto lo abbiamo ammesso.
11. Noi abbiamo cercato attraverso la preghiera e la meditazione di rendere più intenso il no-

stro contatto cosciente con Dio, così come ognuno di noi può concepirlo, pregando solo di farci conoscere la sua volontà e di darci la forza di seguirla.

12. Avendo ottenuto attraverso questi passi un risveglio spirituale abbiamo cercato di trasmettere questo messaggio ad altri cocainomani e di mettere in pratica questi principi in tutti i campi della nostra vita.

Cerchiamo adesso di ripercorrere il cammino di un Cocainomane che giunge al Gruppo di CA per coglierne il senso:

1. Il percorso di recupero di C.A. "24 h alla volta": inizialmente il nuovo venuto non riesce a sopportare l'idea di dover rimanere astinente per sempre, di dovere cioè rinunciare definitivamente alla Cocaina, "stampella" che lo ha tanto spesso aiutato ad affrontare la vita. Per uscire da questa situazione gli amici del gruppo gli consigliano di fare come loro, di porsi un obiettivo a brevissimo termine: per esempio di tenersi lontano per sole ventiquattro ore. Poi per altre ventiquattro... e così via. È fondamentale evitare la prima ricaduta quella che innesca il meccanismo della compulsione e la conseguente perdita del controllo sulla sostanza. Il percorso vero e proprio inizia con il dover accettare l'idea di essere un Cocainomane, che la sua vita, proprio a causa della droga, sta divenendo o è già divenuta incontrollabile (Primo Passo) e di dovere affidarsi a qualcuno (Secondo e Terzo Passo) ammettendo così la propria impotenza e quindi l'impossibilità di gestire la sua dipendenza. Nel contempo, si comincia a rompere l'isolamento in cui la droga lo ha confinato ed il membro viene incoraggiato ad avere fiducia nei suoi nuovi amici e ad affidarsi a un Potere Superiore, comunque sia in grado di concepirlo in quel momento, in relazione alla sua formazione religiosa e spirituale. All'inizio, semplicemente, il gruppo stesso può essere visto di sicuro come un "potere superiore", dal momento che lo vede riuscire laddove da solo lui non ha mai neanche sfiorato una soluzione. Nella maggior parte dei casi il soggetto che frequenta con assiduità i gruppi riesce a centrare l'obiettivo e diventa astinente, talvolta anche sin dalla prima riunione, ma i tempi possono essere diversi a seconda delle varie situazioni e problematiche caratteriali.
2. Si passa ora a una seconda fase, forse anche più delicata, in cui si cerca di evitare quelle ricadute. Con il Quarto e il Quinto Passo, attraverso l'autoanalisi e il confronto con una persona di propria fiducia, si procede ad una profonda e coraggiosa verifica di sé stessi imparando ad accettare le proprie caratteristiche positive e negative;
3. Con il Sesto e il Settimo si inizia un percorso di cambiamento basato sulla progressiva modificazione dei propri comportamenti, soprattutto di quelli che hanno causato maggior conflittualità con il mondo esterno e con se stessi;
4. Con l'Ottavo e il Nono si tende al recupero delle relazioni con gli altri;
5. Con il Decimo Passo ci si prepara a mettere concretamente in pratica quotidianamente il nuovo stile di vita. Con l'Undicesimo, attraverso la meditazione e la preghiera, si approfondisce il proprio percorso spirituale, incrementando un senso di contatto con Dio;
6. Con il Dodicesimo Passo si comincia a portare il messaggio ad altri, mettendo inoltre in pratica nel quotidiano quei principi che si sono appresi nei Passi precedenti. È un lavoro spesso non facile né breve; più si riesce a far propri i principi del Programma, minori sono i rischi di ricadere.

Il percorso ora descritto è individuale ma si fonda sulla condivisione delle proprie esperienze e riflessioni all'interno dei gruppi, la partecipazione ai quali è assolutamente volontaria, senza obblighi né limiti.

### *Perché un percorso “spirituale” consente di cessare l'assunzione di Cocaina: orgoglio e cocaina*

Già dalla lettura dei primi tre dei dodici passi di C.A. risulta evidente come il bisogno di protezione/dipendenza (cioè di affidarsi ad una fonte esterna di sicurezza e di calore affettivo) ed il bisogno di potenza (forza, autostima, invulnerabilità, padronanza e controllo della realtà), dapprima soddisfatti dalla sostanza vengano qui indirizzati verso una potenza superiore spirituale.

Dice infatti il primo passo: «Noi abbiamo riconosciuto la nostra impotenza di fronte alla Cocaina perché la nostra vita era divenuta incontrollabile»; il secondo aggiunge: «Siamo giunti a credere che una *potenza superiore* possa restituirci la salute»; il terzo prosegue: «Abbiamo preso la decisione di rimettere la nostra volontà e la nostra vita alla protezione di Dio»; infine il sesto recita: «Siamo stati interamente preparati al fatto che Dio rimuove questi difetti di carattere».

Si tratta quindi di abbandonare l'orgoglio individuale per affidarsi ad una “potenza superiore”, un Dio che ama, protegge, restituisce la salute, corregge i difetti di carattere e che si esprime attraverso il gruppo.

G. Bateson (fondatore della scuola sistemica) ha sottolineato nel suo saggio “ Per una ecologia della mente” come la persona dipendente non faccia altro che portare alle estreme conseguenze drammatiche la filosofia occidentale dell'autodeterminazione e dell'autocontrollo e finisca per ingaggiare una lotta simmetrica all'ultimo sangue, fra egli stesso e la sostanza per stabilire chi è più forte, chi è in grado di controllare l'altro. Secondo Bateson si riesce a guarire quando si capisce che il proprio io non è in grado di controllare il desiderio della sostanza e accetta di perdere questa battaglia sottraendosi alla sfida e accettando di cambiare la propria visione della vita e il proprio modo di vivere. Per usare un esempio colorito usato in CA, possiamo dire che «cercare di controllare il desiderio della sostanza con la volontà e la ragione è come cercare di sollevarsi da terra tirandosi su per i lacci delle scarpe».

### *Metodologia del lavoro di gruppo*

Se C. Marx ha definito la religione “l'oppio dei popoli”, nei Gruppi dei 12 passi la definizione viene in un certo senso rovesciata per affermare che le droghe sono la religione dell'uomo occidentale moderno. È facile rintracciare in questa impostazione religiosa la concezione che la Cocaina sia solo un surrogato chimico che viene impropriamente utilizzato per rispondere a bisogni spirituali di potenza, sicurezza e senso.

Nei gruppi di CA tali bisogni, espressione della sete e fame di Sacro, vengono reindirizzati verso la fonte originaria e perduta di soddisfazione: il desiderio si sposta dunque dalla Cocaina a Dio, cambia oggetto. In termini psicologici la soluzione terapeutica proposta è una sublimazione, cioè “la messa in atto di un meccanismo di spostamento di una pulsione, di un bisogno, verso una diversa meta socialmente accettabile senza riduzione della sua intensità”.

In nome di questo nuovo “investimento” viene accettato l'abbandono della Cocaina e l'adozione di un nuovo e diverso modo di vivere. Per usare il linguaggio di Bion potremmo dire che “l'assunto di base” dominante nel gruppo di CA è quello della dipendenza (quello che tiene unito il gruppo è l'idea che esiste qualcuno in grado di provvedere a tutti i bisogni dei membri)

Il sistema ideale dell'Io-Super io (cioè la coscienza del gruppo) è più comprensivo che punitivo per cui in un gruppo di CA può essere tollerato anche per periodi molto lunghi che un Cocainomane continui ad assumere la sostanza pur frequentando il gruppo.

Il modello di interazione utilizzato, che ha radici nella tradizione cristiana, è di tipo “Rogersiano” assegna all'accettazione incondizionata dell'altro, cioè all'amore, alla protezione ed alla comprensione una grossa capacità di cambiamento. L'uomo è visto come entità fondamentale

mente buona i cui errori possono essere corretti attraverso ma “cura d'affetto”. nessun membro di CA dà consigli o suggerimenti ad altri e non esiste un conduttore L'istituzione sociale più rappresentativa (almeno in teoria) di questo modello è la famiglia il cui scopo principale è l'aiuto reciproco motivato nient'altro che dall'amore. L'amore per essere “nutritivo” deve rispettare ed accettare l'altro nella sua diversità, financo nella sua negatività (anche i figli brutti, sporchi e cattivi vanno amati). Un altro riflesso del modello è l'importanza attribuita all'esempio e alla testimonianza, come strumenti di trasformazione (“fai come me e starai bene”) in cui il soggetto cambia non perché è amato ma perché ama l'altro.

In altri termini in CA il codice prevalentemente utilizzato è il codice materno (la mamma accetta sempre i suoi figli anche quando sono cattivi e quando “si fanno” e cerca di aiutarli con gli strumenti del perdono e della consapevolezza).

Il rischio nei gruppi di CA è quello della fusionalità (lo stesso anonimato viene inteso come un valore tendente a ridurre l'importanza della specificità individuale ed a valorizzare la fusione nell'io collettivo del gruppo).

### *Cocanon*

I familiari dei cocainomani possono trovare aiuto e sostegno nei gruppi di Cocanon che forniscono solidarietà, aiuto al superamento dei sentimenti di impotenza e vergogna, rottura dell'isolamento e supportano il percorso di distacco dall'eccessivo coinvolgimento emotivo nei confronti dei problemi connessi alla dipendenza da cocaina e dal cocainomane (“distacco con amore”).

### **EFFICACIA DEI GRUPPI “DEI 12 PASSI”**

I gruppi di self-help dei 12 passi svolgono un ruolo integrativo insostituibile nel trattamento di tali comportamenti disfunzionali.

Il National Institute of Drug Abuse (NIDA) consiglia infatti di associare, ove possibile, la partecipazione a Gruppi di Self-help ad altri trattamenti specialistici ed afferma che, sulla base dell'esperienza clinica, *“La partecipazione ad un programma di auto-aiuto è ... per molti, un aiuto molto valido per guarire... aiuta gli individui a sviluppare una rete sociale di supporto, insegna le abilità necessarie e ad assumersi personalmente la responsabilità della propria guarigione... fornisce inoltre un senso di appartenenza e può condurre ad una nuova identità per soggetti per i quali l'identità principale era correlata all'uso di sostanze”*.

Il NIDA, per garantire che i terapeuti utilizzino il più possibile, approcci di trattamento basati sulle attuali evidenze scientifiche, ha supportato lo sviluppo della serie di “Manuali di Terapia per la Dipendenza da Droghe”.

Tale serie di Manuali, che esemplificano il meglio delle conoscenze sul trattamento dell'addiction da sostanze, riflette l'impegno del NIDA per la rapida applicazione delle scoperte di base della ricerca nei setting della vita reale. In particolare per la Cocaina il NIDA propone 4 manuali, ciascuno dedicato ad uno specifico approccio comportamentale ritenuto molto efficace nel trattamento dell'Addiction da Cocaina.

In almeno 2 approcci su 4 (IDC e GDC) viene esplicitamente ed energicamente consigliata la partecipazione attiva a Gruppi di Self-Help fondati sui 12 passi, sottolineando l'utilità di:

- parlare nelle riunioni e con gli altri membri,
- imparare ed esercitare i 12 passi,

- mettere in pratica le “parole d’ordine”,
- Socializzare con gli altri membri prima e dopo le riunioni.

L'analisi dei dati emersi dal CCTS (Collaborative Cocaine Treatment Study, studio sperimentale multicentrico di confronto sui differenti metodi di trattamento psicosociale dei disturbi da uso di cocaina (DUC), condotto dai seguenti Centri: Ospedale di Brookside Nashua nel New Hampshire, Università della Pennsylvania a Philadelphia, Istituto e clinica psichiatrica dell'Università di Pittsburgh, Scuola medica di Harvard, Ospedale di McLean di Belmont nel Massachusetts e Ospedale generale del Massachusetts a Boston) ha inoltre mostrato che i soggetti che partecipano attivamente alle attività nei gruppi self-help hanno migliori esiti rispetto a quelli che frequentano gli incontri semplicemente come spettatori (Weiss 1996).

Fra i gruppi di self-help, accanto ai gruppi dei 12 passi (Cocainomani Anonimi, Narcotici Anonimi, ecc.) nati negli USA “sullo stampo” delle esperienze paradigmatiche dei primi gruppi di Alcolisti Anonimi degli anni '30, sono state sviluppati in alcune realtà modelli “sporchi”: Gruppi, condotti per lo più da operatori socio-sanitari (non sempre dotati di specifica formazione psicoterapeutica) che tendono a valorizzare tecniche di autoaiuto, “ibridate” con strumenti provenienti dalla metodologia cognitivo-comportamentale e sistemica. Per ragioni di tempo e di semplicità espositiva in questa sede si preferisce limitare l'analisi ai modelli “puri” di autoaiuto costituiti dai i gruppi “dei 12 passi” (modello “step – work”).

#### **I GRUPPI DI COUNSELING SULLE DROGHE (GDC): UNA TERAPIA AGONISTA/ANTAGONISTA. ASPETTI TEORICI E METODOLOGICI DELL'INTERVENTO**

La “filosofia” dell'approccio GDC cerca di rendere consapevole il paziente del fatto che la dipendenza da Cocaina causa o accentua una varietà di problemi biopsicosociali tanto nella persona dipendente quanto nella famiglia quali: disturbi fisici, disordini psicologici e psichiatrici, problemi familiari e interpersonali e questioni legali, economiche, professionali, accademiche e spirituali (Weiss e Mirin 1995; Earley 1991) per usare tale consapevolezza come “leva terapeutica” che rinforza la motivazione al cambiamento. Fornisce inoltre supporto counseling e strategie di problem-solving utili alla soluzione dei molteplici problemi che il paziente si trova ad affrontare nel percorso di trattamento.

##### *Fasi del trattamento del gruppo*

Nel modello GDC, il trattamento di gruppo per la dipendenza da cocaina è attuato in due fasi distinte corrispondenti, in via generale, a bisogni diversi dei pazienti (anche se ciascun individuo nel percorso di recupero progredisce con il proprio passo) precedute da una breve sessione di orientamento.

##### *Orientamento del paziente al trattamento di gruppo*

Il counselor del gruppo incontra ogni paziente prima che inizi la fase I o la fase II del trattamento di gruppo. Durante questa sessione di orientamento, il counselor sottolinea quanto i gruppi siano importanti per il recupero e come la partecipazione possa risultare utile ai pazienti aiutandoli a raggiungere e a mantenere l'astinenza, fornendo un supporto supplementare e “una pressione positiva dei pari”.

Ai pazienti viene detto che apprenderanno informazioni importanti relative alla dipendenza e al percorso di recupero e avranno l'opportunità di sviluppare le abilità di coping utili alla "guarigione".

Il counselor inoltre informa il paziente circa la logistica delle sessioni del gruppo, le regole del gruppo che il cliente accetta firmando un modulo (le regole consigliano ai clienti di andare alle sessioni liberi dall'influenza di cocaina o di altre sostanze, di impegnarsi a partecipare alle riunioni settimanali, di avvertire quando si è assenti, di discutere le "quasi ricadute" o gli episodi recenti di uso di cocaina o di altre sostanze, e di mantenere la riservatezza).

### *Fase I - gruppo psico-educazionale*

La fase I è strutturata, ha una impostazione psico-educazionale di ispirazione cognitivo-comportamentale, e si propone lo scopo di migliorare le conoscenze dei pazienti riguardo alla dipendenza, alle conseguenze comportamentali, mediche e psicologiche della loro dipendenza ed al percorso di recupero. Questi gruppi vengono utilizzati in molti programmi di riabilitazione (Nace, 1987) e spesso vengono considerati come il primo passo di un programma terapeutico più completo. Vengono utilizzati materiali informativi, presentazioni didattiche e discussioni. Le sessioni durano 90 minuti ciascuna per 12 settimane di trattamento.

I gruppi sono piccoli, composti da meno di 10 pazienti. È preferibilmente utilizzata una modalità interattiva, coinvolgendo i membri del gruppo. Il counselor può anche fare delle "mini-lezioni" presentando l'argomento o qualche aspetto particolare, ma non dovrebbe occupare troppo tempo in questo modo.

Durante questo primo periodo, i pazienti si trovano solo all'inizio del loro percorso di recupero, molti sperimentano crisi di astinenza acuta, combattono con la loro motivazione a smettere ed hanno quindi bisogno di supporto e incoraggiamento.

Si prevede che i pazienti inizino la fase I non appena raggiunta la stabilizzazione del trattamento farmacologico. Il cominciare a frequentare i gruppi subito fornisce loro il supporto del gruppo nella primissima fase del recupero e li aiuta nel loro sforzo di iniziare il distacco dalla Cocaina.

Un paziente può entrare nel gruppo in qualunque sessione della fase I, perché ogni singolo tema di discussione è affrontato completamente all'interno di ciascuna sessione di Gruppo ed il counselor cerca di rendere ogni argomento ugualmente utile per tutti i clienti, senza distinzione rispetto alla fase di recupero in cui ciascuno si trova.

Ogni sessione della fase I persegue obiettivi psicoeducativi specifici che si riferiscono ad un aspetto importante della dipendenza e del recupero.

La fase I fornisce una visione d'insieme dei punti chiave del recupero iniziale e della prevenzione delle recidive.

Gli incontri della fase I hanno lo scopo di fornire ai pazienti un contatto relativamente frequente e supportivo con il counselor e gli altri soggetti; di introdurre i pazienti ai concetti chiave del processo di trattamento; di aiutare i clienti a capire in che modo possono evitare le ricadute e a sviluppare strategie per ridurre il rischio.

Ogni sessione settimanale si focalizza su uno dei seguenti argomenti:

- sintomi della dipendenza da cocaina
- il processo di recupero: parte 1
- il processo di recupero: parte 2
- gestione il craving: persone, luoghi e cose
- relazioni nel recupero

- gruppi di self-help
- stabilire un sistema di supporto
- gestire le sensazioni durante il recupero
- gestire la colpa e la vergogna
- far attenzione ai segni di ricaduta
- far fronte alle situazioni di alto rischio
- mantenere l'astinenza

La sessione si conclude con la recita della preghiera della serenità

### *Fase II - gruppo di problem solving*

Dopo il completamento della fase I, i pazienti partecipano alla fase II, che comprende le settimane dalla 13.a alla 24.a

La fase II è semi-strutturata e riguarda il problem-solving. Le sessioni sono settimanali e durano 90 minuti. Nel momento in cui iniziano questa fase, i soggetti hanno raggiunto una certa stabilità nell'astinenza. Devono continuare a lavorare per restare astinenti dalla cocaina e attuare cambiamenti positivi in loro stessi e nel loro stile di vita: il dare e ricevere aiuto e supporto insegnano al gruppo anche l'importanza dell'apertura, della fiducia e della reciprocità.

Obiettivi della fase II sono quelli di:

- identificare e dare priorità ai problemi della vita quotidiana che sono conseguenza della dipendenza da cocaina o costituiscono un potenziale rischio di ricaduta;
- dare e ricevere supporto e risposte reciproche riguardo il recupero e il modo di far fronte ai problemi correnti;
- gestire le ricadute e apprendere strategie per ritornare astinenti;
- apprendere i processi problem-solving e il modo in cui possono essere applicati ai diversi problemi nel percorso di recupero o nella vita quotidiana.

### Obiettivi e Contenuti del lavoro di Gruppo

I gruppi danno ai pazienti l'opportunità di conoscere i meccanismi della dipendenza, il processo di trattamento ed i problemi correlati. I pazienti imparano ad usare e a beneficiare del supporto sociale e cominciano a sentirsi stimati anche in quanto stanno aiutando altri a "vincere" la dipendenza. Benché le sessioni di gruppo varino nei contenuti e nel focus durante le fasi (fase I: settimane 1-12; fase II: settimane 13-24), lo scopo generale del trattamento di gruppo è quello di fornire ai membri un'occasione per:

1. Acquisire informazioni sui concetti e sugli aspetti importanti del recupero nella dipendenza da cocaina o da altre sostanze. Questo include, ma non si limita ad informazioni su:
  - i sintomi della dipendenza
  - i fattori che contribuiscono alla dipendenza
  - il processo di cura
  - i problemi bio-psico-sociali connessi al trattamento
  - la fase di recupero e i problemi comuni sperimentati in questa fase
  - il craving da cocaina e altre droghe
  - le pressioni sociali nell'uso di sostanze
  - le persone, i luoghi, gli eventi e gli stimoli (cue) che innescano l'uso di sostanze
  - gli effetti della dipendenza da cocaina sulla famiglia e sulle altre relazioni

- i gruppi di self-help
  - i sistemi di supporto
  - il modo di affrontare le sensazioni
  - il senso di colpa e la vergogna
  - i fattori di rischio di ricaduta
  - gli strumenti per proseguire il processo di recupero
2. Diventare più consapevoli dei problemi prodotti dalla Cocaina nelle diverse aree della propria esistenza e delle difficoltà presentate dal percorso di “guarigione” dalla dipendenza da Cocaina. Il counselor del gruppo incoraggia i pazienti a utilizzare personalmente il materiale presentato o discusso nelle sessioni.
  3. Dare e ricevere supporto reciprocamente, condividendo problemi, successi, speranze e resistenza. Con l’esperienza del gruppo, i membri del gruppo imparano l’importanza del supporto reciproco. Inoltre imparano l’importanza di confrontare gli atteggiamenti negativi e di controllare i comportamenti problematici.
  4. Imparare le abilità di coping. Queste includono le abilità cognitive, del comportamentali e interpersonali.

#### *Metodologia del lavoro di gruppo*

Muove dalla rappresentazione della dipendenza da cocaina come disturbo bio-psico-sociale complesso, spesso ad andamento cronico-ricidivante, al cui sviluppo e mantenimento contribuiscono numerosi fattori biologici, psicologici, socioculturali e spirituali in interazione fra loro (Daley e Marlatt 1997).

Questo modello è un modello “misto” che riconosce la presenza nel paziente di bisogni psicologici di sicurezza e potenza, ai quali fornisce risposta attraverso approcci metodologici propri del precedente modello “sostitutivo”.

Il modello GDC infatti non si pone in alternativa ai programmi di Self-help dei 12 passi ma anzi incoraggia energicamente la partecipazione a questi ultimi e l’importanza della partecipazione attiva a questi programmi è enfatizzata durante le sessioni di gruppo. È prevista inoltre la recita della preghiera della serenità dei Gruppi dei 12 passi: “ *mio Dio, dammi il coraggio di cambiare ciò che posso cambiare, la forza di accettare ciò che non posso cambiare e la saggezza per distinguere la differenza*”. Lo stesso conduttore svolge inoltre un ruolo supportivo oltre che direttivo.

Accanto a questi elementi propri del “modello sostitutivo” è possibile rilevarne altri di chiara derivazione cognitivo-comportamentale (“modello antagonista”): tutta la fase I è infatti caratterizzata dall’approccio psico-educativo basato su lezioni, informazioni, consigli su come contrastare il desiderio di Cocaina, apprendimento di tecniche e strategie per affrontare le situazioni a rischio e combattere le ricadute ed anche la fase II è basata sull’apprendimento di tecniche di problem-solving e strategie di coping.

I counselor di Gruppo hanno un ruolo attivo e supportivo. Ad essi viene raccomandata la massima attenzione rispetto al mantenere un equilibrio fra i tre elementi chiave del gruppo: il singolo soggetto, i temi o i problemi da discutere e il gruppo nel suo insieme. Il counselor deve inoltre proteggere il processo di gruppo, incoraggiando i membri ad essere puntuali, a partecipare attivamente alle discussioni, ad ascoltarsi l’un l’altro e a fornire supporto e risposte. Sia il contenuto che il processo del trattamento di gruppo per la dipendenza da cocaina sono importanti. Il contenuto si riferisce al “che cosa” della terapia di gruppo, cioè, gli argomenti, i problemi, o le questioni specifiche discusse nelle sessioni. Il processo si riferisce “come” o “al me-

todo” del gruppo. Il processo è il modo in cui il counselor conduce il gruppo.

#### Ruolo del counselor

I counselor svolgono un ruolo educativo e consulenziale e pongono in essere una varietà di interventi diversi nel corso delle sessioni di gruppo in entrambe le fasi del trattamento. Questi interventi includono:

- fornire informazioni su dipendenza e recupero, chiarire questioni e rispondere alle domande relative al contenuto della sessione (specialmente nella fase I);
- aiutare i soggetti a fare propri i concetti di psico-educativi discussi;
- facilitare interazione del gruppo fra i clienti in modo che tutti i membri partecipino e condividano pensieri, sensazioni ed esperienze;
- legittimare le questioni o le difficoltà presentate dai diversi membri. Se un membro del gruppo sta lottando con la ricaduta, il counselor del gruppo riconosce questa lotta senza giudicare e cerca di far esplicitare il supporto da parte degli altri soggetti;
- promuovere comportamenti funzionali (fornendo rinforzi positivi o favorendo una comunicazione adeguata tra i membri del gruppo);
- contrastare attività e comportamenti controproducenti;
- monitorare l'utilizzo di droga, gli episodi di craving e le “quasi ricadute” (I membri possono imparare molto dagli errori di ciascuno)
- Incoraggiare la partecipazione ai gruppi di self-help, specialmente a gruppi dei 12 passi. Questo modello di terapia ha un'opinione positiva dei programmi di AA, NA e CA. Tuttavia, è riconosciuto che alcuni membri del gruppo non parteciperanno alle riunioni dei 12 passi, ma possono trarre beneficio da altri tipi di gruppi di self-help.
- Motivare i soggetti a comunicare direttamente l'un l'altro quando condividono i loro pareri, discutono le esperienze, o forniscono risposte. Il counselor del gruppo dovrebbe essere meno “un esperto” e più un facilitatore.

### **EFFICACIA DEI GRUPPI DI COUNSELING SULLE DROGHE**

Tra i numerosi approcci psicoterapeutici di Gruppo:

- centrati sull’Addiction Counseling” come i GDC (Gruppi di Counseling sulle Droghe);
- di matrice cognitivo-comportamentale come, i CTAG (Gruppi di Terapia Cognitiva dell’Addiction) o i Modelli di fase (di Banys e Washton);
- di matrice psicodinamica come la MDGT (Terapia Dinamica modificata di gruppo) di E.J. Khantzian o gli IGP (Gruppi di Terapia Interpersonale) di Rounsaville.

I Gruppi psicoterapeutici più diffusi e di riconosciuta efficacia sono i GDC (Gruppi di Counseling sulle Droghe).

Il trattamento GDC, consigliato dal NIDA e descritto in uno specifico manuale è risultato validato dalla sperimentazione clinica multicentrica CCTS anche nel confronto con altri trattamenti psicosociali (Crits-Cristoph, Siqueland, Blaine et al, 1999).

Il disegno della ricerca CCTS, randomizzata, in cieco e verificata con follow-up a 12 mesi, ha coinvolto 5 università ed ospedali negli USA. Sono stati inclusi nello studio 487 pazienti tra i 18 e i 60 anni di età (media 34 anni; 77% uomini), con una diagnosi di dipendenza da cocaina secondo i criteri del DSM-IV e utilizzatori di cocaina negli ultimi 30 giorni. Sono stati esclusi pazienti con dipendenza da oppioidi o poliabusatori, demenza, sintomi psicotici, condizioni mediche precarie, rischio di suicidio o omicidio. I pazienti sono stati assegnati ad uno delle seguenti

4 tipologie di trattamento:

- Counseling individuale più counseling di gruppo (IDC+GDC) (n=121)
- Terapia cognitiva più counseling di gruppo (CT+GDC) (n=119)
- Terapia supportivo-espressiva (terapia a breve termine di matrice psicodinamica, che si propone di supportare i pazienti nell'individuare i conflitti interpersonali correlati all'uso di sostanze) più counseling di gruppo (SE+GDC) (n=124)
- Counseling di gruppo soltanto (GDC) (n=123)

Il trattamento è durato 6 mesi.

La metodologia utilizzata per ciascuno dei tre trattamenti individuali di IDC, di SE e TC così come il trattamento di GDC, è stata quella descritta e standardizzata in appositi manuali del NIDA che hanno guidato il protocollo clinico utilizzato nel trattamento dei pazienti; inoltre tutti i terapeuti partecipanti allo studio hanno partecipato all'addestramento intenso ed al controllo continuo durante il corso dello studio ed il loro lavoro è stato registrato e valutato indipendentemente per accertarsi che aderissero al modello specifico della terapia che stavano applicando.

L'obiettivo primario dello studio era quello di confrontare l'efficacia a breve e a lungo termine dei trattamenti per la dipendenza da cocaina. Il principale outcome o variabile dipendente era l'utilizzo di cocaina, valutato attraverso i risultati dell'analisi delle urine per la ricerca dei metabolici della Cocaina, i dati emersi dall'ASI e un questionario settimanale sulla cocaina (il questionario raccoglieva informazioni su quante volte si fosse utilizzata cocaina o altre droghe nell'ultima settimana, quanto si fosse speso e quale metodo di somministrazione si fosse utilizzato.

I risultati hanno mostrato che tutti e 4 i trattamenti dello studio (IDC+GDC, CT+GDC, SE+GDC, solo GDC) diminuiscono significativamente l'uso di droga nei 12 mesi di follow-up. L'uso di cocaina negli ultimi 30 giorni migliora da una media di 10,4 giorni (su 30) a 3,4 giorni (su 30), che corrisponde ad una riduzione del 67,3% nell'utilizzo di cocaina. Le analisi statistiche di tutti i dati emersi dallo studio hanno mostrato come *la combinazione di IDC+GDC sia significativamente migliore degli altri trattamenti.*

Le analisi hanno anche evidenziato come *non ci siano differenze significative tra CT+GDC, SE+GDC o GDC da solo.* I pazienti che ricevevano IDC+GDC avevano i migliori risultati in termini di percentuale di pazienti con urine "pulite" consecutive e percentuale di astinenti a 12 mesi (fig. 1).

I risultati hanno anche mostrato che i pazienti che hanno completato il trattamento avevano risultati migliori di quelli usciti precocemente (drop out).

- Uso di cocaina a 6 e 12 MESI:

Il 60% dei pazienti che hanno ricevuto IDC+GDC erano astinenti a 6 e 12 mesi di distanza. Questo si può comparare favorevolmente con l'astinenza a 6 e 12 mesi dei pazienti che ricevevano CT+GDC (42 e 54%), GDC da solo (48 e 53%) o SE+GDC (50 e 52%).

- Urine "pulite" consecutivamente per 1 e 4 mesi:

Il 70% dei pazienti IDC+GDC (dell'intero campione che riceveva questo trattamento, inclusi quelli che droppavano o che ricevevano molto poche sessioni) aveva urine pulite almeno per 1 mese e il 24% almeno per 4 mesi consecutivi. Questo emerge positivamente dal confronto con gli altri trattamenti, le cui % di urine pulite erano: SE 60% (1 mese) e 12% (4 mesi), GDC 57% (1 mese) e 21% (4 mesi), CT 53% (1 mese) e 16% (4 mesi).

- Uso di Alcool:

I dati mostrano una riduzione significativa dell'uso di alcol in tutte e 4 le condizioni di trattamento. I risultati a 6 mesi di distanza indicano sia per i clienti GDC che CT una riduzione del

66,7% dei punteggi della scala dell'alcol dell'ASI, per i SE una diminuzione del 61% e per i IDC del 59,5%. È un dato importante, visto l'alto tasso di abuso d'alcol tra i pazienti che usano cocaina.

- Altre variabili di outcome:

\* partecipazione alle sessioni di trattamento: mentre i pazienti IDC mostravano risultati migliori in termini di riduzione dell'uso di cocaina a 6 e 12 mesi, quelli che ricevevano CT o SE partecipavano significativamente di più alle sessioni individuali e di gruppo del trattamento durante il periodo della ricerca. IDC in media 20,5 delle sessioni totali (11,9 individuali + 8,6 di gruppo), confrontato con 24,5 per CT (15,5 individuali + 9,5 di gruppo) e 23,5 per SE (15,7 individuali e 8,8 di gruppo). I pazienti assegnati al solo GDC frequentavano una media di 8,6.

Complessivamente, i pazienti partecipavano a circa 1/3 o leggermente di più delle sessioni totali possibili;

\* drop-out dal trattamento: CT e SE mantenevano in trattamento i pazienti meglio dell'IDC, sia in termini di quantità di tempo speso nel trattamento che di incontri frequentati;

\* motivi del drop-out: sono state condotte interviste con i pazienti che non completavano il trattamento, per capirne i motivi (modulo con 19 motivi specifici o possibilità di aggiungerne). In aggiunta, si chiedeva il grado di influenza di ciascuna di queste ragioni sulla decisione di lasciare il trattamento. Complessivamente la review delle ragioni di 272 pazienti che avevano abbandonato il trattamento mostrano:

- 47,8% problemi di tempo
- 29,8% uso continuo di droga e volontà di continuare
- 21,3% le sessioni di gruppo non erano utili
- 20,6% problemi migliorati
- 18,8% desiderio di un trattamento diverso
- 17,3% non volontà di partecipare al trattamento
- 16,9% problemi di trasporto
- 12,5% le sessioni individuali non erano utili
- 12,1% necessità di ricovero ospedaliero
- 11,0% le richieste della ricerca erano una seccatura
- 10,3% non piaceva il trattamento di gruppo
- 8,5% allontanamento, trasferimento dalla zona
- 8,1% problemi di babysitting
- 7,4% il trattamento individuale non era quello sperato
- 6,3% il terapeuta individuale annoiava, seccava il paziente
- 5,1% il terapeuta di gruppo annoiava il paziente

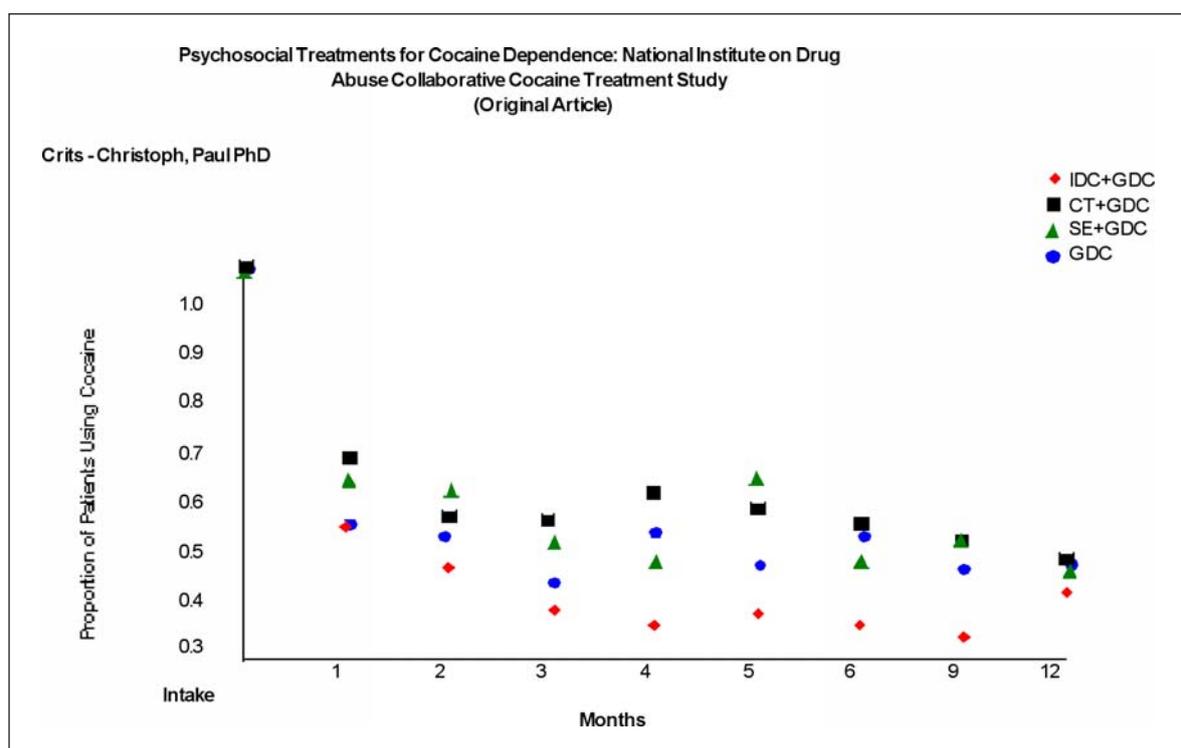
\* sintomi psichiatrici e funzionamento psicosociali: sono stati usati regolarmente diversi strumenti per raccogliere dati sui problemi psichiatrici (BDI, BAI, HAM-D, IIP, ASI). Di tutti i trattamenti, IDC sembra avere il maggior impatto sulla riduzione dei sintomi depressivi.

### Implicazioni

I risultati dello studio suggeriscono conclusioni che dovrebbero essere utilizzate dagli operatori del campo, in particolare nella progettazione di programmi terapeutici.

1. i trattamenti psicosociali hanno un ruolo cruciale nel trattamento della dipendenza da cocaina, anche nell'ipotesi di una combinazione con terapie medico-farmacologiche.
2. una combinazione di IDC+GDC è ottimale per i pazienti. Lo studio mostra come IDC+GDC sia superiore a GDC da solo. Questo è importante perché il gruppo è la modalità principale

- e spesso unica di trattamento in molti programmi terapeutici.
3. l'Addiction Counseling, che impiega insieme modalità di gruppo e individuali, sarebbe l'approccio più efficace per molti soggetti. Nello studio è risultato superiore alla terapia cognitiva e alla terapia psicodinamica.
  4. questo approccio ha più successo probabilmente perché un approccio direttivo, comportamentale è particolarmente utile almeno nelle fasi iniziali del recupero. È possibile che altri tipi di terapia possano essere positivi in stadi più avanzati del recupero.
  5. si ipotizza anche che la filosofia e la partecipazione ai gruppi 12-passi sia una componente importante del recupero per molti soggetti.



Il metodo di GDC è stato inoltre validato da terapeuti conduttori di Gruppi di recupero dalla dipendenza di vasta esperienza clinica e sulla base di una revisione della letteratura relativa.

#### ALTRI APPROCCI DI GRUPPO (TERAPIE ANTAGONISTE E “IN AFFIDO”)

Tenuto conto della minore diffusione e della minore “solidità” delle evidenze di efficacia di tali gruppi rispetto ai GDC non approfondiremo in questa sede le caratteristiche dei gruppi di orientamento cognitivo-comportamentale né di quelli di orientamento psicodinamico.

Pare comunque opportuno, per completezza, tratteggiarne brevemente alcune caratteristiche salienti.

#### *Gruppi di orientamento cognitivo-comportamentale*

Il modello “antagonista” puro è invece applicato nei gruppi psicoterapeutici di matrice cognitivo-

comportamentale quali i CTAG: (Gruppi di Terapia Cognitiva dell'Addiction) o i Modelli di fase (di Banys e Washton).

Questi ultimi gruppi muovono dalla convinzione che l'addiction verso la cocaina sia un comportamento appreso (Liese e al., 2002) e che i processi cognitivi influenzano, nel bene e nel male, quelli emotivi, fisiologici e comportamentali.

La teoria cognitivo-comportamentale sostiene che la dipendenza è un comportamento appreso che viene rafforzato da elementi contingenti quali gli effetti piacevoli prodotti dalle sostanze (McAuliffe e Ch'ien 1986). La condotta tossicomane è condizionata e successivamente generalizzata da una serie di stimoli presenti nell'ambiente che continuano a perpetuarla. Il trattamento della dipendenza comporta pertanto l'imparare riconoscere e evitare tali stimoli ed estinguere le risposte condizionate da essi. Lo scopo della terapia cognitivo-comportamentale consiste nello sviluppare pensieri e comportamenti alternativi alle risposte condizionate "tossicomane" (in Galanter, Kleber, 1998).

Questi Gruppi si propongono quindi una "ristrutturazione cognitiva" dei partecipanti a partire dall'analisi del funzionamento cognitivo maladattivo e del suo rapporto con l'addiction e le altre difficoltà dei membri. Il Gruppo lavora per sostituire le idee erranee con idee adattive ed insegnare ai partecipanti abilità specifiche che li mettano in grado di gestire le crisi di craving e raggiungere gli obiettivi della terapia.

McAuliffe e Ch'ien (1986), ad esempio, hanno sviluppato (in Galanter, Kleber, 1998) un trattamento di gruppo cognitivo-comportamentale per l'abuso di sostanze (training per la guarigione e auto-aiuto) che utilizza un programma di gruppo assai strutturato e didattico per istruire i partecipanti sui fattori cognitivi e comportamentali implicati nell'uso della sostanza (per esempio, riconoscere gli stimoli sociali e ambientali che possono portare ad una ricaduta). Nel gruppo si trattano sistematicamente temi quali la ristrutturazione dello stile di vita associato ad un uso di sostanze tossicomane, la previsione di quali possano essere gli ostacoli alla guarigione e il reperimento di modalità alternative per la gestione dei problemi che hanno scatenato l'uso della sostanza. Mentre questo metodo si focalizza sulla gestione e sulla modificazione del proprio comportamento, l'ambiente di gruppo enfatizza la comunanza di certe situazioni e risposte nello stile di vita, sia della fase tossicomane che di quella di guarigione.

All'interno di tali gruppi il Conduttore ha un ruolo attivo: dà consigli, suggerisce gli obiettivi, prescrive compiti.

Vengono insegnate tecniche e abilità quali:

- l'identificazione degli stimoli associati alla ricaduta e l'utilizzo di strategie di evitamento,
- lo sviluppo di modalità alternative di controllo degli stati emotivi (ansia, depressione, disforia) che in passato possono avere condotto all'uso di cocaina,
- il rinforzo negativo del consumo di sostanze,
- lo sviluppo di una quantità di alternative piacevoli e gratificanti, ecc.

Alcuni terapeuti hanno inoltre sviluppato modelli assistenziali sequenziali che prevedono un certo numero di fasi, ognuna delle quali prevede il completamento di compiti specifici che includono dapprima il raggiungimento e mantenimento dell'astinenza, poi la "ricostruzione" delle relazioni interpersonali danneggiate, dell'autostima e il recupero degli interessi di vita.

La progressione da una fase alla successiva è decisa dal terapeuta al raggiungimento degli obiettivi di fase (non è importante ciò che il paziente pensa ma ciò che fa).

La "comprensione" verso la ricaduta non esiste perché ritenuta rischiosa per le regole terapeutiche e "incoraggiante una nuova ricaduta" ed il paziente viene retrocesso alla fase precedente.

I Gruppi di prevenzione della ricaduta di Washton costituiscono un esempio di gruppo di fase. Essi prevedono:

1° fase: un Gruppo di Self-Evaluation (SEG) il cui obiettivo è promuovere la motivazione al cambiamento (utilizzando l'approccio di Prochaska e Di Clemente);

2° fase: un Gruppo di "Astinenza Iniziale" (IAG) finalizzato a raggiungere l'astinenza prima possibile e mantenerla (attraverso l'apprendimento di Coping Skill);

3° fase: un Gruppo di Prevenzione della Ricaduta (RPG) con l'obiettivo di consolidare l'astinenza, superare le difficoltà relazionali e migliorare l'adattamento.

L'idea è dunque che esista una cultura dell'astinenza giusta/buona che deve sostituire quella la sbagliata appresa dal paziente.

Per usare il linguaggio di Bion potremmo dire che, mentre l'assunto di base dominante nel gruppo dei 12 passi di CA è quello della dipendenza (quello che tiene unito il gruppo è l'idea che esiste qualcuno in grado di provvedere a tutti i bisogni dei membri) qui predomina l'assunto di base della lotta-fuga (quello che tiene unito il gruppo è l'idea di dover stare insieme per fuggire cioè per difendersi o per lottare contro un pericolo comune).

Il sistema ideale dell'io-super io del gruppo è dunque qui meno tollerante e questo condiziona una strutturazione nei membri più rigida verso i propri bisogni.

Le istituzioni più rappresentative di questo modello ispirato alla pedagogia direttiva sono la scuola ed il carcere; i meccanismi utilizzati per produrre il cambiamento sono: rispetto di prescrizioni e regole, orari precisi, esecuzione di compiti, previsione di punizioni per le trasgressioni (retrocessioni di fase, ecc).

Mentre in CA il codice prevalentemente utilizzato è il codice materno (la mamma accetta sempre i suoi figli anche quando sono cattivi e quando "si fanno"), qui il codice prevalente è di tipo paterno (se uno sbaglia deve risponderne).

In questo secondo caso i bisogni di dipendenza rivolti verso la cocaina vengono considerati frutto di un apprendimento erroneo preterintenzionale da superare con il nuovo apprendimento intenzionale corretto.

Dal punto di vista psicologico, il meccanismo alimentato è la proiezione: "meccanismo di difesa con cui il soggetto reagisce a desideri interni cui non riesce a sottrarsi, negandoli come propri e attribuendoli a cose o persone esterne".

### *Gruppi di orientamento psicodinamico*

Gli approcci di gruppo di matrice psicodinamica come la MDGT (Terapia Dinamica modificata di gruppo) di E.J. Khantzian partono dalla convinzione che la nostra specie dipende meno dagli istinti e più da una prolungata fase di accudimento parentale. Cioè che:

1. L'uomo nasce dipendente e non diventa mai del tutto indipendente;
2. I bisogni di dipendenza oltre che ineliminabili sono importanti per l'equilibrio psichico della persona;
3. Essi non vanno quindi negati ma riconosciuti ed integrati.

Nei soggetti che diventeranno dipendenti da droghe, a causa di carenze di cure "materne" nella prima infanzia permarrebbero elevati bisogni di dipendenza e scarso sviluppo dell'Io, che risulterebbe incapace di gestire adeguatamente le proprie emozioni e le proprie relazioni affettive (Kohut 1977; Meissner 1986; Wurmser 1978; Khantzian 1975, 1978, 1985). L'addiction verso la cocaina costituirebbe un tentativo di self-medication del senso di mancanza e della sofferenza conseguenti a questi bisogni abnormi insoddisfatti di dipendenza/ protezione ed alle

conseguenti difficoltà nelle relazioni affettive. La Cocaina infatti consentirebbe di sostituire le relazioni umane insoddisfacenti con una relazione finalmente appagante, restituendo nel contempo un sentimento di potenza e autostima (essa “dirotterebbe” cioè i centri di ricompensa del cervello emotivo dalla relazione umana a quella allucinatoria chimica). La sensazione antica di vuoto, depressione e sconforto scompare come per magia quando il paziente incontra la Cocaina ed egli si sente per la prima volta euforico, disinibito, anche lui un membro della razza umana, uguale agli altri e libero. E questa sensazione che “aggancerebbe” il paziente, ma l’antidoto magico al malessere interno viene poi a mancare. La droga scelta come preferita sarebbe quella che meglio compensa il malessere dell’individuo per i suoi specifici effetti farmacologici (la Cocaina, ad esempio si presterebbe molto bene a “curare” condizioni depressive, anedoniche ma anche ipomaniacali e di deficit d’attenzione con iperattività).

Nel tempo tuttavia la Cocaina produrrebbe un problema aggiuntivo: una specie di “atrofia da non uso” delle capacità psichiche cognitive, percettive ed emotive per confrontarsi con le sfide della vita bloccando ulteriormente il normale sviluppo dell’individuo.

L’empatia sperimentata nel Gruppo dal paziente attenuerebbe e riparerrebbe il guasto relazionale, romperebbe l’isolamento e fornirebbe un ambiente sicuro e protettivo consentendo un certo grado di elaborazione dell’esperienza di assenza. La terapia si definisce modificata in quanto rispetto alle normali terapie di gruppo ed orientamento psicodinamico è presente una maggiore direttività del terapeuta, una maggiore attenzione all’“hic et nunc” all’equilibrio fra “confronto” e “sostegno” (allo scopo di ridurre i drop-out) e, soprattutto alla sicurezza fisica (approvate le parole; scoraggiati gli agiti) ed emotiva dei partecipanti.

Anche il Terapeuta è empatico, funge da modello per il paziente ed agisce da “Io ausiliario”. Egli tende a promuovere nel paziente la consapevolezza dei bisogni di dipendenza e delle conseguenti difficoltà relazionali e autodistruttive così come delle risorse presenti stimolandone l’assunzione di responsabilità: non c’è una “ricetta” preconfezionata sul da farsi.

Khantzian (1985) ha identificato quattro aree di vulnerabilità psicologica nell’individuo dipendente, che possono essere considerate come disturbi o deficit nel funzionamento dell’Io e che potenziano i problemi di carattere. Queste quattro aree sono:

1. la regolazione degli affetti;
2. la cura di sé (la capacità di proteggersi da un rischio o da un pericolo eccessivi);
3. i rapporti con gli altri;
4. l’autostima.

La difficoltà nel regolare gli affetti si manifesta nell’intensità di un sentimento non modulato, spesso disforico, o nell’essere incapaci di identificare le proprie emozioni. I deficit nella cura di sé trovano la loro espressione in una scarsa attenzione verso la salute, in comportamenti pericolosi quali i rapporti sessuali a rischio e in una generale mancanza di interesse per l’“autoconservazione” emotiva e fisica. I rapporti con gli altri possono rivelarsi problematici sotto molti aspetti: possono essere tumultuosi, dipendenti o mancare a causa dell’isolamento e del ritiro dell’individuo. Infine, l’autostima è compromessa o debole e può manifestarsi come idealizzazione o svalutazione degli altri, con sentimenti di vergogna e inadeguatezza, o bravate e grandiosità.

Nel modificare il trattamento di gruppo per particolari necessità dell’individuo dipendente, queste quattro dimensioni di vita intrapsichica e sociale quotidiana diventano i centri organizzatori per comprendere il disagio dell’individuo, le difficoltà comportamentali, le modalità caratteristiche di affrontare i problemi e le possibilità di cambiamento. Queste dimensioni, affrontate durante il percorso di Gruppo, forniscono chiarezza ed elementi strutturanti per trattare questioni complesse: membri del gruppo orientati all’azione, inclini alle crisi e affettivamente limitati o volubili (in Galanter, Kleber 1998).

Questo approccio attribuisce valore anche al livello di consapevolezza oltre che al comportamento. In questo tipo di Gruppi i bisogni di dipendenza rivolti verso la Coca vengono interpretati come manifestazione dei più generali bisogni di Dipendenza affettiva del paziente, da riconoscere e integrare. Dal punto di vista psicologico, il processo attivato nel paziente è quello della “elaborazione”: *“processo in cui il paziente assimila una nuova interpretazione del problema, sottraendosi così all’influenza dei meccanismi ripetitivi.*

Il modello sviluppato per il paziente dipendente da cocaina da Khantzian et al. (1990) tratta attivamente sia l’abuso di sostanze che i problemi psicologici e di carattere dei membri del gruppo. Le terapie di gruppo per i pazienti che abusano di sostanze, qualora siano basate sul modello interpersonale, sono varianti di questa medesima concettualizzazione e vengono descritte da Vannicelli (1988) e da Matano e Yalom (1991). Qui il tentativo consiste nel rendere disponibile, all’interno dei gruppi per pazienti che abusano di sostanze, «un elemento terapeutico molto potente: il processo interattivo di gruppo» (Matano e Yalom 1991). Il gruppo viene visto come un adattamento della “regolare” terapia interattiva di gruppo, in cui un’attenzione sull’*hic et nunc* della relazione interpersonale nel gruppo - in quanto “microcosmo sociale” - offre una ricca fonte di apprendimento e di cambiamenti.

In questo modello il “motore” del cambiamento è la consapevolezza, l’accento è sulla responsabilizzazione del soggetto rispetto alle scelte di vita più il suggerimento di una specifica soluzione. Se il “codice psicologico” della metodologia dei Gruppi dei 12 passi era “materno” e quello dei Gruppi CTAG era “paterno” qui il codice è quello “fraterno”.

#### **EFFICACIA DEI TRATTAMENTI DI GRUPPO AD ORIENTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE E PSICODINAMICO:**

Fra gli studi di misurazione dell’outcome dei trattamenti uno degli studi comparativi più significativi è l’*Harvard Cocaine Recovery Project*, finanziato dal NIDA e condotto all’Harvard Medical School presso l’Ospedale di Cambridge dal 1987 al 1990, che ha confrontato in un trial clinico randomizzato controllato due trattamenti di gruppo (cognitivo-comportamentale e psicodinamico) e un trattamento non di gruppo per individui dipendenti da cocaina. Lo studio ha mostrato che entrambi i trattamenti (CTAG e MDGT) presentavano efficacia simile fra loro ma superiore al trattamento non di gruppo.

#### **CONCLUSIONI**

I Gruppi terapeutici esercitano una potente pressione verso la conformazione dei comportamenti dei membri ai valori ed alle norme del gruppo attraverso un processo di “socializzazione correttiva”. Motore del cambiamento sono le “dinamiche di gruppo”, espressione del processo di Socializzazione e tipiche dei “gruppi primari” e che si sviluppano in modo particolarmente intenso nei Gruppi di Self-help, dove costituiscono l’unica “tecnica terapeutica”

Nei gruppi dei 12 passi (Cocainomani Anonimi, Narcotici Anonimi, Chemically Dependent Anonymous, ecc.) i valori e le norme del Gruppo sono fissati dai 12 passi e dalle 12 tradizioni e sono volti a favorire la relazione con il “divino” che assume il ruolo di sostituto (“agonista”) della cocaina nella risposta ai bisogni psicologici di “potenza” e “sicurezza” dell’assuntore.

I gruppi psicoterapeutici ad orientamento cognitivo-comportamentale (Gruppi di Terapia Cognitiva dell’Addiction, modelli di fase di Banys e Washton, ecc). valorizzano il versante “co-

gnitivo” del processo di socializzazione e affidano un ruolo significativo nel produrre una “ri-strutturazione cognitiva” dei partecipanti, conforme ai valori del gruppo (rappresentati dal “vivere una vita senza droghe”), all'utilizzo di strumenti propri della pedagogia direttiva (dall'apprendimento di informazioni e tecniche di contrasto del craving alla sostituzione delle idee erronee con idee adattive). Il conduttore svolge un ruolo educativo attivo essenziale nel dirigere il processo, assegnare le “promozioni” di fase o le “retrocessioni”.

In posizione intermedia tra questi due approcci a carattere “sostitutivo”/agonista (Gruppi dei 12 passi) e antagonista (Gruppi di terapia Cognitiva) è possibile collocare i Gruppi di Counseling sulle Droghe (Gruppi agonisti parziali o agonisti/antagonisti) che ibridano aspetti dei Gruppi “sostitutivi” (incoraggiamento a partecipare alle riunioni dei gruppi dei 12 passi, recita della preghiera della serenità nei passaggi di fase, ruolo anche supportivo del counselor, ecc) con l'insegnamento di nozioni e tecniche di contrasto proprie dei Gruppi “antagonisti”.

I Gruppi di matrice psicodinamica come la MDGT di E.J. Khantzian, nella misura in cui valorizzano la responsabilizzazione dell'assuntore rispetto alla scelta delle strategie per far fronte ai propri bisogni di dipendenza possono essere assimilati ad una terapia “in affido

Analogamente a quanto accade nell'ambito delle terapie farmacologiche della dipendenza da oppiacei le terapie di gruppo con agonisti pieni o parziali (agonisti/antagonisti) sembrano presentare maggiore diffusione e “compliance” rispetto a quelle con antagonisti e risultano più idonee a trattamenti “a bassa Soglia” (i Gruppi dei 12 passi accettano più facilmente, senza giudizi critici, la partecipazione di membri che continuano ad assumere cocaina anche per anni cosa che difficilmente accade nei Gruppi “antagonisti”).

Un ringraziamento particolare va alla D.ssa Marta Longoni per il prezioso e paziente lavoro di ricerca delle fonti.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (1994), Substance-related Disorders. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, pp. 175-272.
2. Azrin N.H. (1976), Improvements in the Community-Reinforcement Approach to Alcoholism, *Behav Res Ther* 14(5): 339-348.
3. Beck, A.T.; Wright, F.D.; Newman, C.F.; Liese, B.S. (1993), *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.
4. Beeder, A.B., Millman, R.B. (1997), Patients with psychopathology. In Lowinson, J.H.; Ruiz, P.; Millman, R.B.; Langrod, J.G., eds. *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, pp. 551-562.
5. Blackwell, B. (1976), Treatment adherence. *Brit J of Psychiatry* 129:513-531.
6. Carroll K.M.(2001), *Trattamento della Dipendenza da Cocaina, CSE*, Torino – NIDA National Institute on Drug Abuse.
7. Carroll, K.M. (1998), *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
8. Cooley C.(1929), Heredity or Environment, *Journal of Applied Sociology*, 10: 303-307
9. Crits-Christoph, P.; Siqueland, L.; Blaine, J.; Frank, A.; Luborsky, L.; Onken, L.S.; Muenz,

- L.; Thase, M.E.; Weiss, R.D.; Gastfriend, D.R.; Woody, G.; Barber, J.P.; Butler, S.F.; Daley, D.; Bishop, S.; Najavits, L.M.; Lis, J.; Mercer, D.; Griffin, M. L.; Moras, R.; Beck, A.T. (1997), The National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study: Rationale and methods, *Arch Gen Psychiatry* 54:721-726.
10. Crits-Christoph, P.; Siqueland, L.; Blaine, J.; Frank, A.; Luborsky, L.; Onken, L.S.; Muenz, L.R.; Thase, M.E.; Weiss, R.D.; Gastfriend, D.R.; Woody, G.E.; Barber, J.P.; Butler, S.F.; Daley, D.; Salloum, I.; Bishop, S.; Najavits, L.M.; Lis, J.; Mercer, D.; Griffin, M.L.; Moras, K.; Beck, A.T. (1999), Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry* 56(6): 493-502.
  11. Daley, D.C., Marlatt, G.A. (1997), *Therapist's Guide for Managing Your Alcohol or Drug Problem*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
  12. Daley, D.C., Raskin, M. (1991), *Treating the Chemically Dependent and Their Family*. Newbury Park, CA: Sage.
  13. Daley, D.C., Zuckoff, A. (1999), *Improving Treatment Compliance: Counseling and System Strategies for Substance Use and Dual Disorders*. Center City, MN: Hazelden Foundation.
  14. Daley, D.C.; Bowler, K.; Cahalane, H. (1992), Approaches to patient and family education with affective disorders. *Patient Education and Counseling* 19:163-174,
  15. Daley, D.C.; Salloum, I.M.; Zuckoff, A.; Kirisci, L. (1998), Increasing treatment compliance among outpatients with depression and cocaine dependence: Results of a pilot study. *Am J of Psychiatry* 155(11):1611-1613.
  16. Earley, P.H. (1991), *The Cocaine Recovery Book*. Newbury Park, CA: Sage.
  17. Galanter M., Kleber H.D. (1998), *Trattamento dei Disturbi da Uso di Sostanze*, Masson, Milano
  18. Golden, S.J.; Khantzian E.J.; McAuliffe W.E. (1998), Terapia di gruppo, in *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, a cura di Galanter M.; Kleber H.D., Masson, Milano, pp. 331-343.
  19. Higgins S.T., Delaney D.D., Budney A.J. Bickel W.K., Huges J.R., Foerg F., Fenwick J.W. (1991), A behavioural approach to achieving initial cocaine abstinence, *Am J Psychiatry*, 148(9): 1218-1224.
  20. Silverman I.P.R. (1980), *I gruppi di Mutuo Aiuto*, C.S. Erickson, Trento.
  21. Jung G. (1921), *Psychological Types*
  22. Khantzian E.J. (1975). Self-selection and progression in drug dependence. *Psychiatry Digest* 10(1) 9-22
  23. Khantzian E.J. (1978), The Ego, the Self and Opiate Addiction: theoretical and treatment considerations. *International Review of Psychoanalysis* 5:189-198.
  24. Khantzian E.J. (1985), The self-medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence, *Am J Psychiatry*, 142: 1259-1264.
  25. Khantzian E.J., Halliday K., McAuliffe W.E. (1990), *Addiction and the Vulnerable Self*, Guilford, New York.
  26. Khantzian E.J., Halliday K.S., Golden S., et al. (1992), Modified Group Therapy for Substance Abusers: a Psychodynamics Approach to Relapse Prevention, *American Journal on Addictions*, 1: 67-76.
  27. Kohut H. (1977), Preface, in *Psychodynamics of Drug Dependence*, NIDA Res Monogr n.12. A cura di Blaine J.D., Julius D.A., U.S Government Printing Office, Washington, pp. vii-ix.
  28. Lewin K. (1951), *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna.

29. Luborsky L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. Basic Books, New York.
30. Glatt M.M. (1979), *I Fenomeni di Dipendenza*, Feltrinelli, Milano.
31. Matano R.A., Yalom I.D. (1991), Approaches to chemical dependency: chemical dependency and interactive group therapy – a synthesis, *Int J Group Psychother* 41: 269-293.
32. McAuliffe W.E., Albert J., (1992), *Clean Start*, Guilford, New York.
33. McAuliffe W.E., Ch'ien J.M.N. (1986), Recovery Training and Self-Help: Relapse Prevention Program for Treated Opiate Addicts, *J Subst Abuse Treat*, 3: 9-20.
34. Meichenbaum, D., Turk, K. (1987), *Facilitating Treatment Adherence: A Practitioner's Guidebook*. New York: Plenum Press.
35. Meissner W.W. (1986), *Psychotherapy and the Paranoid Process*. Jason Aronson, New York.
36. Mercer, D., and Woody, G. (2000), *An Individual Drug Counseling Approach to Treat Cocaine Addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
37. Monti P.M., Abrams D.B., Kadden R.M., Cooney N.L. (1989), *Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide in the Treatment of Alcoholism*. Guilford, New York.
38. Nace E.P. (1987), *The Treatment of Alcoholism*, Brunner/Mazel, New York.
39. O'Farrell, T.J., and Fals-Stewart, W. (1999), Treatment models and methods: Family models. In McCrady, B.S., Epstein, E.E., eds. *Addictions: A Comprehensive Guidebook*. New York: Oxford University Press. pp. 287-305.
40. Rawson, R.A; Obert, J.L.; McCann, M. (1989), *The Neurobehavioral Treatment Model Volume II: Group Sessions*. Beverly Hills, CA: Matrix Center.
41. Rounsaville B.J., Gawin F.H., Kleber H.D. (1985), Interpersonal Psychotherapy adapted for ambulatory cocaine abusers, *Am J Drug Alcohol Abuse*, 11: 171-191.
42. Simpson, D.D.; Joe, G.W.; Rowan-Szal, G.A.; Greener, J.M. (1997), Drug abuse treatment process components that improve retention. *J Substance Abuse Treatment* 14 (6):565-572.
43. Sterling, R.C.; Gottheil, E.; Weinstein, S.P.; Shannon, D.M. (1994), Psychiatric symptomatology in crack cocaine abusers. *J of Nervous and Mental Disorders* 81: 564-569.
44. Sternieri E., Ferrari A. (1998), *Farmacologia e Tossicologia*, SEU, Roma.
45. Substance Abuse and Mental Health Services Administration/Office of Applied Statistics (1994), *National Household Survey on Drug Abuse 1993*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
46. Van Dyke C., Byck R. (1982), La cocaina, in *La Droga, Le Scienze Quaderni* 12, pp. 55-63.
47. Vannicelli M. (1988), Group Therapy Altercare for Alcoholic Patients. *Int J Group Psychother* 38: 337-353.
48. Vannicelli, M. (1995), Group psychotherapy with substance abusers and family members. In Washton, A.M., ed. *Psychotherapy and Substance Abuse: A Practitioner's Handbook*. New York: The Guilford Press, pp. 337-356.
49. Washton, (1989), A. *Cocaine Addiction: Treatment, Recovery, and Relapse Prevention*. New York: W.W. Norton and Company.
50. Washton, A.M. (1997), Structured outpatient group treatment. In Lowinson, J.H.; Ruiz, P.; Millman, R.B.; Langrod, J.G., eds. *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 3rd Ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, pp. 440-447.
51. Weaver, M.F., and Schnoll, S.H. (1999), Stimulants: Amphetamines and cocaine. In McCrady, B.S, and Epstein, E.E., eds. *Addictions: A Comprehensive Guidebook*. New York: Oxford University Press, pp. 105-120.
52. Weiss, R.D., and Collins, D.A. (1992), Substance abuse and psychiatric illness: The dually

- diagnosed patient. *Am J Addiction* 1(2):93-99.
53. Weiss, R.D., and Mirin, S.M. (1995), *Cocaine: The Human Danger, The Social Costs, The Treatment Alternative*. 2nd ed. New York: Ballantine Books.
  54. Weiss, R.D.; Griffin, M.L.; Najavits, L.M.; Hufford, C.; Kogan, J.; Thompson, H.J.; Albeck, J.H.; Bishop, S.; Daley, D.C.; Mercer, D.; and Siqueland, L. (1996), Self-help activities in cocaine dependent patients entering treatment: Results from NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study, *Drug Alcohol Depend* 43(1-2):79-86.
  55. Wurmser L. (1978), *The Hidden Dimension: Psychodynamics of Compulsive Drug Use*. Jason Aronson, New York.
  56. Yalom I.D. (1983), *Inpatient Group Psychotherapy*. Basic Books, New York.
  57. Yalom I.D. (1985), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books, New York.