

AREA TEMATICA 1

Gli obiettivi della presa in carico integrata del consumatore di sostanze

1.1

IMPORTANZA DEL RINFORZO O DELLO SVILUPPO DEL SÉ FRAGILE/GRANDIOSO NELLA CURA DELL'ADDICTION

Carraro Irmo

Psicologo psicoterapeuta presso il SerD di Mestre (Ve) fino al 2010; dal 2011 psicoanalista CIPA di Parigi libero professionista; membro Centro Studi CART di Milano; docente di "Clinica psicoanalitica" presso CISSPAT di Padova; docente di "Approccio psicodinamico di gruppo" presso IVTF di Treviso

Premessa

Numerosi Autori nazionali e internazionali (Kohut, 1971; Khantzian et al, 1990; Jeammet, 1993; Flores, 2004) hanno segnalato l'importanza clinica di effettuare un lavoro di "latenza terapeutica" (Zucca Alessandrelli, 2006) e cioè di rinforzo e di sviluppo del Sé nella cura dell'*addiction*. La dipendenza patologica viene infatti considerata da tali Autori come il tentativo del Sé del paziente *addicted* di appoggiarsi eccessivamente e compulsivamente alla realtà esterna (persone, sostanze psicoattive, cibo, sex, lavoro, studio, internet, gioco ecc.) per vicariare una fragilità narcisistica interna. Nel SerD di Mestre (Ve), dal 2000 al 2010, abbiamo effettuato una sperimentazione con il Gruppo della Ripresa delle Funzioni (GRF) ideato da Zucca Alessandrelli (2001, 2002) per rinforzare o sviluppare il Sé fragile/grandioso del paziente *addicted*. Nel 2011 abbiamo poi effettuato il follow up di tale esperienza.

L'esperienza clinica decennale con i Gruppi per la Ripresa delle Funzioni (GRF) presso il SerD di Mestre (Ve)

Il contesto istituzionale

Il SerD di Mestre è un servizio pubblico ad alta utenza

che si occupa della cura di varie forme di *addiction* utilizzando una modalità operativa "integrata" di tipo bio-psico-sociale allo scopo di andare incontro ai molteplici bisogni e difficoltà dei pazienti *addicted* (Carraro et al, 1997). Una delle strategie operative spesso utilizzata, in sequenza e combinata con le altre strategie bio-psico-sociali individuali e/o di gruppo (CTD o CTR), è il gruppo terapeutico di tipo supportivo (Gruppo accoglienza e orientamento), supportivo-espressivo (GRF) ed espressivo (psicoterapia di gruppo centrata sull'area traumatica del conflitto generazionale)(Carraro, 2016).

Nella prima decade del duemila, seguendo gli assunti teorico-clinici di Zucca Alessandrelli (*ibidem*), abbiamo sperimentato il gruppo supportivo-espressivo GRF elaborato dall'Autore per maturare la fragilità narcisistica spesso presente nei pazienti *addicted*. Abbiamo così attivato tre diverse forme di GRF nel formato rotating (2-3 entrate ogni 4 mesi circa): il GRF-M (adolescenti e adulti)(dal 2000 al 2003), il GRF-G (adolescenti e giovani adulti fino a 25 anni)(dal 2004 al 2010) e il GRF-A (adulti)(dal 2000 al 2010).

Tale distinzione si è resa necessaria nel 2004 a causa della forte affluenza di giovani *addicted* all'interno del SerD (Carraro et al, 2012) e della necessità di suddividere lo stesso in due aree: l'*area clinica per adolescenti e giovani adulti* (fino ai 25 anni) e l'*area clinica per gli addicted adulti* (dai 26 anni in poi).

Studio sull'efficacia clinica del GRF ai fini del rinforzo o sviluppo narcisistico dei pazienti *addicted*

Obiettivi dello studio

Verifica dell'efficacia clinica dei gruppi GRF ai fini del rinforzo o sviluppo narcisistico del paziente con problemi di narcisismo e dipendenza da sostanze psicoattive.

Metodo

Sperimentazione dal 2000 al 2010 di tre tipi di GRF rotating: il GRF-M, GRF-G e GRF-A. I primi due gruppi della durata di 1 anno e il terzo della durata di 18 mesi.

In fase pre-GRF e in quella di follow up sono state raccolte le principali variabili socio-demografiche e cliniche, e si è valutato, tramite l'*Intervista ANB*¹, l'Assetto

¹Si tratta di un'*Intervista semistrutturata* formata da 38 item su scala likert a 6 punti (da 1=sempre a 6=mai) costruita per valutare l'area narcisistica secondo la seguente ponderazione: A=ANB sano, B=ANB fragile e C=ANB molto fragile. Tale valutazione ha comportato che il clinico intervistatore assegnasse a ognuno dei 38 item un punteggio (da 1 a 6) sulla base di alcune griglie osservative che hanno consentito di valutare 4 aree di funzionamento narcisistico del soggetto: il senso di sé, le relazioni oggettuali, la discriminazione ed espressione degli affetti, e l'investimento socio-ricreativo-morale (Carraro, 2016, 2017).

Narcisistico di Base (ANB) dei singoli partecipanti ai GRF.

Partecipanti

Hanno partecipato ai tre GRF 146 soggetti (126 maschi e 20 femmine) la cui sostanza psicoattiva di elezione era: eroina (68,5%), cocaina (19,8%) e Altre sostanze (Cannabis e/o alcool e/o psicofarmaci (11,7%).

Al follow up hanno partecipato 106 soggetti: 93 (87,7%) maschi e 13 (12,3%) femmine. 8 (5,5%) soggetti sono deceduti per suicidio o gravi malattie. 32 (21,9%) soggetti non si sono presentati.

Materiali

In fase pre-GRF e follow up sono state utilizzate delle Schede di raccolta dei dati socio-demografici e clinici di ciascun partecipante (ibidem). È stata, inoltre, effettuata durante le due fasi la succitata Intervista ANB.

Procedure

In fase pre-GRF e follow up lo stesso clinico-intervistatore ha raccolto le principali informazioni socio-demografiche e cliniche dichiarate dagli stessi intervistati, e ha applicato l'Intervista ANB per valutare il narcisismo di base dei partecipanti.

Analisi statistiche

In riferimento a ciascuna variabile analizzata nell'ambito dello studio (dati socio-demografici e variabili cliniche) sono state calcolate le distribuzioni assolute e percentuali dei soggetti. Per le variabili di tipo quantitativo sono stati ottenuti i principali indicatori di centralità e di variabilità. L'associazione tra variabili categoriali è stata indagata attraverso il test X² di Pearson. Per quanto riguarda il confronto dei dati raccolti al momento di inizio trattamento e al follow-up, è stato applicato il test di Wilcoxon. È stato considerato statisticamente significativo un valore di p<0,05 (test a due code). Tutte le analisi sono state effettuate utilizzando il software statistico IBM SPSS (Vers. 18.0).

Risultati²

Esito dei GRF

L'esito del GRF dei 146 partecipanti è stato il seguente:

- 85 (58,2%) soggetti hanno concluso l'esperienza gruppale;
- 61 (41,8%) soggetti l'hanno interrotta.

Tale risultato si è così distribuito fra i tre GRF (Tab.1):

Tab. 1 – Esito del gruppo nei tre GRF ³

	GRF-M	GRF-G	GRF-A	Totale
Conclusioni	18 (72%)	27 (51,9%)	40 (40%)	85 (58,2%)
Interruzioni	7 (28%)	25 (48,1%)	29 (42%)	61 (41,8%)

Confronto dell'Assetto Narcisistico di Base (ANB) in fase pre-GRF e follow up

Come appare nella Tab.2, tutti i 106 pazienti intervistati nel follow-up lamentavano in fase pre-GRF una certa fragilità narcisistica, statisticamente significativa (p=0,047), soprattutto nei confronti del GRF-G, dove l'80,6% dei partecipanti presentava un ANB molto fragile (Tab.3).

Tab. 2 – ANB pre-GRF del campione con follow up⁴

		ANB Follow up			
		ANB A (Sé sano)	ANB B (Sé fragile)	ANB C (Sé molto fragile)	Totale
ANB Pre-GRF	ANB B (Sé fragile)	32 (82,1%)	7 (17,9%)	0 (0%)	39 (100,0%)
GRF	ANB C (Sé molto fragile)	11 (16,4%)	44 (65,7%)	12 (17,9%)	67 (100,0%)
Totale		43 (40,6%)	51 (48,1%)	12 (11,3%)	106 (100,0%)

Tab. 3 – ANB pre-GRF del campione con follow up⁵

	GRF-M	GRF-G	GRF-A	Totale
ANB B (Sé fragile)	9 (50%)	6 (19,4%)	24 (42,1%)	39 (100%)
ANB C (Sé molto fragile)	9 (50%)	25 (80,6%)	33 (57,9%)	67 (100%)

La valutazione ANB effettuata poi durante il follow up (Tab.4), attraverso la Intervista ANB, ha evidenziato un miglioramento significativo dell'ANB del campione intervistato: 43 A (40,6%), 51 B (48,1%) e 12 C (11,3%).

Tab. 4 – ANB del campione con follow up

		ANB Follow up				
		ANB A (Sé sano)	ANB B (Sé fragile)	ANB C (Sé molto fragile)	Totale	
GRF-M ⁶	Pre-GRF	ANB B (Sé fragile)	7 (77,8%)	2 (22,2%)	0 (0%)	9 (100,0%)
		ANB C (Sé molto fragile)	2 (22,2%)	6 (66,7%)	1 (11,1%)	9 (100,0%)
	Totale	9 (50,0%)	8 (44,4%)	1 (5,6%)	18 (100,0%)	
GRF-G ⁷	Pre-GRF	ANB B (Sé fragile)	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0 (0%)	6 (100,0%)
		ANB C (Sé molto fragile)	6 (24,0%)	16 (64,0%)	3 (12,0%)	25 (100,0%)
	Totale	10 (32,3%)	18 (58,1%)	3 (9,7%)	31 (100,0%)	
GRF-A ⁸	Pre-GRF	ANB B (Sé fragile)	21 (87,5%)	3 (12,5%)	0 (0%)	24 (100,0%)
		ANB C (Sé molto fragile)	3 (9,1%)	22 (66,7%)	8 (24,2%)	33 (100,0%)
	Totale	24 (42,1%)	25 (43,9%)	8 (14,0%)	57 (100,0%)	

Questo risultato si distribuisce in modo omogeneo fra i 3 GRF, ma acquista significatività statistica se lo si correla con gli Esiti del GRF (Tab.5), dove emerge che chi ha concluso il gruppo presenta, al follow up, un ANB più maturo di chi lo interrompe (p=0,000).

²Per risultati più approfonditi ed elaborati statisticamente vedi: Carraro, 2018.

³Chi² n.s.

⁴Test di Wilcoxon p=0,000.

⁵Chi² p=0,047.

⁶Test di Wilcoxon p=0,000.

⁷Test di Wilcoxon p=0,000.

⁸Test di Wilcoxon p=0,000.

Tab. 5 – ANB nel pre-GRF e nel follow up ed Esito del GRF⁹

	CONCLUSIONI		INTERRUZIONI	
	Pre-GRF	Follow up	Pre-GRF	Follow up
ANB A (Sé sano)	-	40 (52,6%)	-	3 (10%)
ANB B (Sé fragile)	33 (43,4%)	34 (44,8%)	6 (20%)	17 (56,7%)
ANB C (Sé molto fragile)	43 (56,6%)	2 (2,6%)	24 (80%)	10 (33,3%)

Tale esito segnala che, tra la fase pre-GRF e quella di follow up, c'è stato un significativo rinforzo e sviluppo del Sé dei partecipanti, soprattutto nei soggetti che hanno concluso il GRF.

Questi risultati vengono confermati da un'ulteriore analisi statistica effettuata mediante l'Indice di correlazione di Spearman (Tab.6) la quale fa emergere una correlazione statisticamente significativa fra la variazione del parametro ANB (molto migliorato, migliorato, stabile), calcolata tra il follow-up e il pre-GRF, e le variazioni (calcolate allo stesso modo) degli "interessi socio-ricreativi e morali" ($r = -0,38$, $p < 0,001$), della "conflittualità familiare" ($r = -0,25$, $p = 0,10$), delle "relazioni amicali significative" ($r = -0,23$, $p = 0,18$) e delle "ricadute additive" ($r = -0,26$, $p = 0,007$) dichiarate dagli intervistati.

Questi dati segnalano che i soggetti che hanno rinforzato o sviluppato il loro assetto narcisistico di base: sono riusciti maggiormente a concludere il GRF, hanno dichiarato minori ricadute additive e un maggiore allargamento dei loro interessi socio-ricreativi e delle loro relazioni amicali significative, e infine hanno dichiarato di percepire minore conflittualità nelle loro relazioni familiari.

Tab. 6 – Correlazione di Spearman tra ANB e alcune variabili socio-demografiche e cliniche

Variazione ANB	Coeff. di correlaz.	Variazione interessi	Variazione relazioni familiari	Variazione relazioni amicali	Ricadute additive
		P	P	P	P
		-0,38	-0,25	-0,23	-0,26
		0,000	0,010	0,018	0,007

Anche dal confronto tra la variazione dell'ANB e l'esito del GRF (Tab.7), si osservano maggiori percentuali di conclusione significative tra coloro che hanno evidenziato un miglioramento dell'ANB tra il follow-up e il pre-GRF.

Tab. 7 – Variazione di ANB ed esito del GRF¹⁰

Variazione ANB	Esito		
	Conclusione	Interruzione	Totale
Forte miglioramento	9 (81,8%)	2 (18,2%)	11 (100%)
Miglioramento	63 (82,9%)	13 (17,1%)	76 (100%)
Nessun cambiamento	4 (21,1%)	15 (78,9%)	19 (100%)
Totale	76 (71,7%)	30 (28,3%)	106 (100%)

Conclusioni

La nostra esperienza GRF, integrata con gli altri interventi bio-psico-sociali attivati presso il SerD di Mestre, ci porta a ritenere che lo sviluppo o il rinforzo dell'assetto narcisistico di base dei pazienti *addicted* possa considerarsi un importante obiettivo clinico di un programma terapeutico orientato a fornire una prospettiva di crescita interiore, relazionale e adattiva. La realizzazione di questo obiettivo, assieme alle intercorse esperienze di vita, sembra aver consentito a questi pazienti di contenere l'uso di sostanze psicoattive e di (re-)investire la realtà esterna (relazionale e socio-adattiva) in termini nuovi e più autentici.

Bibliografia

- Carraro I. (2016), *Insieme... a tempo limitato. La psicoterapia dinamica di gruppo breve o a termine nella cura della dipendenza da sostanze psicoattive*. Cleup, Padova.
- Carraro I. (2017), L'Intervista ANB: una modalità semistrutturata per valutare l'assetto narcisistico di base del paziente *addicted*. *Rivista FederSerD Informa*. 29: 1-4.
- Carraro I. (2018), *I gruppi psicodinamici brevi e a termine nella cura dell'addiction: un'esperienza clinica in un SerD Veneto*. In corso di stampa.
- Carraro I., Rizza C., Braccaccini M., Pastore P. (2012), Percorsi metadonici per adolescenti e giovani consumatori di sostanze psicoattive. In: A. Lucchini, P.F. D'Egidio, F. Nava (a cura di), *Attualità e innovazioni nel trattamento con metadone*. Franco Angeli, Milano, pp. 35-41.
- Carraro I., Trinciarelli G., Ronchini F., Lotti V., Nardi P.G. (1997), L'accoglienza 'integrata' di gruppo come spazio di 'contenimento' mentale nel trattamento delle tossicodipendenze. In: I. Carraro, V. Lotti (a cura di), *I gruppi terapeutici nei disturbi da sostanze*. Piccin, Padova, pp. 22-34.
- Flores P. (2004), *Addiction as an attachment disorder*. Jason Aronson, Norhtdale.
- Khantzian E., Halliday K., McAuliffe W. (1990), *La dipendenza e il Sé vulnerabile. La terapia dinamica di gruppo modificata per dipendenti da sostanze*. Piccin, Padova, 1997.
- Kohut H. (1971), *Narcisismo e analisi del Sé*. Boringhieri, Torino, 1976.
- Jeammet Ph. (1993), Adolescenza e dipendenza. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. 60: 3-14.
- Zucca Alessandrelli C. (2001), GRF: il gruppo per la ripresa delle funzioni. Prima parte. *gli argonauti*. 91: 319-336.
- Zucca Alessandrelli C. (2002), GRF: il gruppo per la ripresa delle funzioni. Seconda parte. *gli argonauti*. 92: 45-65.
- Zucca Alessandrelli A. (2006), Psicodinamiche dell'*addiction*. In: *Quaderno n. 11 de gli argonauti. Dipendenze/addiction (parte seconda)*, 5-20.

⁹Pre-GRF: Chi² p=0,019 e Follow up: Chi² p=0,000.

¹⁰Chi² p=0,000