

Percorso filmico di psicoeducazione di gruppo per alcolisti e familiari: studio sui cambiamenti

Group psychological education film pathway for alcoholics and their families: a study on changes

MARIA RAFFAELLA ROSSIN^{1*}, GIULIA MATTAVELLI², CRISTINA VACCARI¹, MARTA MARÌ FERLA¹

*E-mail: maria.rossin@asst-fbf-sacco.it

¹NOA Perini, UOC Dipendenze, ASST Fatebenefratelli - Sacco, Milano

²Università Bicocca, Milano

RIASSUNTO. Scopo. Questa ricerca valuta la modifica di tratti disfunzionali individuali e del sistema famiglia dei partecipanti al gruppo psicoeducativo multifamiliare “Primo Percorso” (GPP) del Nucleo Operativo di Alcologia (NOA) Perini – ASST Fatebenefratelli – Sacco, Milano, costituito da un’equipe multiprofessionale con medici, psicologi psicoterapeuti sistemici, assistente sociale ed educatore professionale. Il GPP è stato pensato per consentire ai partecipanti alcolisti e familiari di lavorare su se stessi, sulla propria storia, sulle relazioni familiari disfunzionali con strumenti costruiti grazie alla riflessione su 12 argomenti, spiegati e sviluppati dal terapeuta anche attraverso la visione di film. **Metodi.** Il campione oggetto dello studio è composto da 46 pazienti, alcolisti e familiari, in carico al NOA e sono state misurate le seguenti variabili: alessitimia, strategia di coping evitamento, autostima, qualità della vita e disagio psicologico. **Risultati.** Dai risultati emerge che i pazienti alcolisti e i familiari a fine percorso presentano una maggiore autostima e un aumento del funzionamento generale e relazionale. Calano lo stress percepito, l’utilizzo di strategie di coping di evitamento e i sintomi di ansia, depressione e fisici. Non si evidenziano cambiamenti significativi nella variabile alessitimia. L’effetto del fattore gruppo (alcolista con /senza familiare) è risultato significativo solo per la variabile evitamento. **Discussione e conclusioni.** Sia gli alcolisti sia i familiari a fine gruppo migliorano su tutte le variabili escluse l’alessitimia. Il familiare ha un impatto positivo nel cambiamento dell’alcolista rispetto alle strategie di evitamento che sono più ridotte negli alcolisti che hanno il familiare al gruppo rispetto a quelli soli.

PAROLE CHIAVE: alcolisti, gruppo terapeutico multifamiliare, dipendenza alcolica, relazioni familiari, qualità della vita, educazione filmica.

SUMMARY. Objective. This research evaluates the individual traits and family system dysfunctional habits modification of participants in the multi-family psychological education group ‘Primo Percorso’ (GPP) of the alcoholology service NOA Perini – ASST Fatebenefratelli – Sacco, Milano. This is constituted by a multi-discipline team (physicians, systemic psychologists psychotherapists, social worker and professional educator). The GPP was created to allow participants to work on themselves, on their own personal story and on their dysfunctional family relationships with tools that stem from reflecting on 12 topics, which are explained and developed by a therapist also through film watching. **Methods.** The sample we analysed is assembled by 46 patients. The following variables were measured: alexithymia, avoidance coping strategies, self-esteem, quality of life and psychological distress. **Results.** From the results it emerges that by the end of the treatment program alcoholic patients and their relatives show improved self-esteem and an increase in general and relational functioning. There is a decrease in perceived stress, in the use of avoidance coping strategies, and in symptoms of anxiety and depression, as well as physical ones. There is no evidence of significant changes in the alexithymia variable. The effect of the group factor (alcoholic patient with/without relative) was significant only for the avoidance variable. **Discussion and conclusions.** Both patients and relatives show an improvement in all the evaluated variables except for alexithymia by the end of the treatment. Relatives have a positive effect in the patient’s change in relation to the coping strategies, that are poorer in the subjects with their own relatives in the group compared with those who are alone.

KEY WORDS: alcoholics, multifamily group therapy alcohol addiction, family relations, quality of life, education film.

INTRODUZIONE

In letteratura ci sono molti lavori scientifici che sostengono l’efficacia della terapia di gruppo con alcolodipendenti, con le loro famiglie e con i figli degli alcolisti, gruppi terapeutici a orientamento psicodinamico, cognitivo-comportamentale e interazionale¹⁻⁷. Nel trattamento delle dipendenze, fin dai

primi anni Settanta, con il metodo di Lazarus si sono sperimentati gruppi su varie forme di tossicomanie per poi passare, alla fine degli anni Ottanta, a modelli psicodinamici di terapia di gruppo e negli anni Novanta alle terapie di gruppo per i figli degli alcolisti^{8,9}. Nei Nuclei Operativi di Alcologia (NOA) di Milano, dove il trattamento alcolologico si articola in specifiche tappe terapeutiche dalla presa in carico fino al-

la dimissione del paziente¹⁰ (Figura 1), partendo dalla metodologia dei gruppi terapeutici multifamiliari di impostazione sistemica ideati a Zagabria da Vladimir Hudolin e dalla sua équipe negli anni Settanta (gruppi che si sono poi trasforma-

ti nei gruppi di auto-aiuto Club Alcolici Territoriali - CAT)¹¹, si sono sperimentati percorsi terapeutici informativi e di psico-educazione rivolti all'alcolista e ai suoi familiari, che hanno messo al centro l'apprendimento attraverso le im-

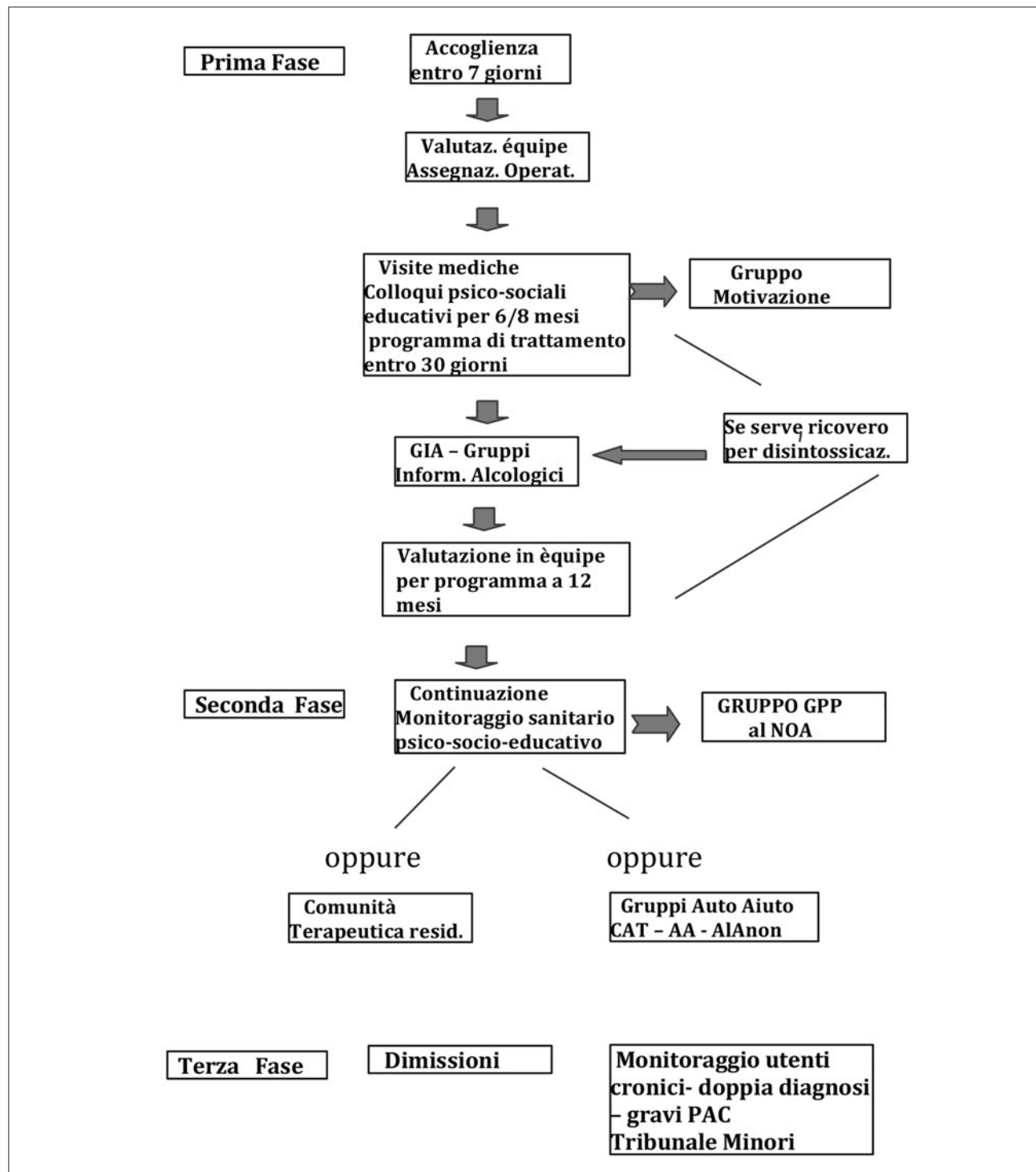


Figura 1. Valutazione periodica dei programmi di trattamento ogni 6 mesi.

Percorso filmico di psicoeducazione di gruppo per alcolisti e familiari: studio sui cambiamenti

magini¹². La letteratura sull'apprendimento e la memoria^{13,14} ci racconta che il ricordo viene facilitato da messaggi abbinate che stimolano la vista e l'udito e, proprio per questo, le immagini filmiche scelte accuratamente e seguite da commenti e riflessioni pertinenti aiutano il paziente a comprendere e ricordare meglio i contenuti che gli vengono proposti.

La letteratura nazionale e internazionale nell'area delle dipendenze patologiche evidenzia che i soggetti con una problematica di dipendenza da alcol e/o sostanze presentano una elevata incidenza di aspetti specifici tra i quali disfunzionalità nella comunicazione e alessitimia¹⁵, problemi relativi all'autostima¹⁶, deficitaria capacità di adottare idonee strategie di coping¹⁷, bassa qualità della vita in aree psicologiche e relazionali¹⁸. Partendo da queste premesse si sono osservate, nel corso degli anni, simili problematiche nei pazienti in carico al NOA Perini. Si è deciso, quindi, di realizzare questa ricerca per valutare più dettagliatamente la presenza delle variabili sopra riportate ed esaminare eventuali variazioni delle stesse in quegli utenti cui viene offerto l'intervento specifico di un gruppo psicoeducativo multifamiliare "Gruppo Primo Percorso" (GPP). Infatti dopo la prima fase di assessment e trattamento e la frequenza del GPP nella seconda fase del programma e durante i colloqui di monitoraggio si è osservato che gli alcolisti e i familiari (che in questo articolo verranno considerati entrambi pazienti) riuscivano ad aumentare la propria autostima, a utilizzare gli strumenti acquisiti in gruppo per migliorare le competenze nelle capacità decisionali, nella valutazione dei problemi da affrontare, nel controllo dell'aggressività e della rabbia. Inoltre, quando nel rapporto familiare e/o di coppia si creavano situazioni di tensione, i pazienti ricordavano scene dei film che li avevano particolarmente colpiti e, in questo modo, riuscivano ad assumere un comportamento appropriato sminuendo le tensioni e lavorando per favorire il dialogo. L'indagine si concentra su tutti i partecipanti al gruppo, alcolisti e familiari, in cinque fasi successive del percorso grupale e in questo articolo saranno presentati i risultati della ricerca e una descrizione approfondita della metodologia del gruppo multifamiliare GPP.

Tabella 1. Caratteristiche generali del campione.

NR totale		46	
Età media		48,1	ds=11,8, range 20-71
Genere	M	19/46 (41%)	di cui 15/19 alcolisti (79%) e 4/19 familiari (21%)
	F	27/46 (59%)	di cui 13/27 (48%) alcoliste e 14/27 familiari (52%)
Titolo di studio	Scuola media inferiore	5/46 (11%)	
	Scuola media superiore	19/46 (41%)	
	Laurea	22/46 (48%)	
Alcolisti		28/46 (61%)	
Familiari		18/46 (39%)	
Alcolisti con familiare nel gruppo		14/28 (50%)	
Alcolisti soli		14/28 (50%)	
Familiari con alcolista nel gruppo		14/18 (78%)	
Familiari soli		4/18 (22%)	
NR esclusi dal campione	drop-out	3	di cui 2/3 alcolisti e 1/3 familiare
	mancanza testistica completa	5	di cui 2/5 alcolisti e 3/5 familiari

MATERIALI E METODI

Partecipanti

Il campione è composto da 46 pazienti in carico al NOA Perini. Di questi, 28 hanno una diagnosi di dipendenza da alcol e 18 sono familiari; 14 alcolisti sono accompagnati da un familiare, 14 sono soli e 4 familiari partecipano al gruppo da soli. Tutti i pazienti sono italiani e residenti a Milano. Di questi 5 hanno la licenza di scuola media inferiore, 19 hanno la scuola media superiore e 22 sono laureati (Tabella 1). La scelta del campione del GPP si è basata su un numero di pazienti selezionato che doveva avere alcune caratteristiche specifiche; per l'alcolista:

- diagnosi di disturbo da uso di alcol (DUA) moderato o severo secondo l'attuale Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (quando è stato fatto il lavoro di ricerca era in uso il DSM-IV)^{19,20} e con astinenza da alcol da almeno 200 giorni confermata da esami ematochimici (l'utilizzo degli esami tossicologici di matrice pilifera è stato inserito successivamente), in particolare emocromo (conta dei globuli rossi e mean cell

volume - MCV), gli indici di funzionalità epatica (transaminasi, glutamil transpeptidasi - GT), trigliceridi e CDT (transferrina desialata) a cadenza trimestrale; esami strumentali (ecografia epatica e pancreatica) due volte all'anno e utilizzo dell'etilometro a cadenza settimanale;

- esclusione di gravi patologie psichiatriche già certificate o con valutazione del test delle Macchie di Rorschach^{21,22} (uno strumento validato per l'indagine della personalità: attraverso la visione dell'immagine ambigua e poco strutturata delle macchie il paziente proietta il proprio mondo interno fatto di fantasie, ricordi, e significati personali), per escludere risposte che portano a tratti di personalità oligofrenica, schizoide, schizofrenica e paranoide e con scarsa intelligenza emotiva [risposte Globali negative o incomplete (G); Dettagli Oligofrenici (Do); eccessivi Dettaglio di dettaglio (Dd); successione rigida; incoerente; eccessive risposte Animal; risposte chiaroscuro - forma (ChoF) o chiaroscuro diffuso puro (Cho); Risonanza intima (Erlebnistypus) coartata];
per il familiare:
- essere partner convivente dell'alcolista che, dopo una valuta-

zione di almeno 8 mesi, attraverso colloqui psicologici e sociali, non mettesse in evidenza disturbi del comportamento che facessero ipotizzare problematiche psichiatriche e avesse un'astinenza da alcol da almeno 200 giorni attraverso l'autodichiarazione sia negli incontri di gruppo sia nei colloqui psico-sociali;

per alcolista e partner:

- buona conoscenza della lingua italiana;
- completa frequenza del percorso gruppale GPP che ha durata di 12 mesi a cadenza settimanale con un massimo di 3 assenze su 46 incontri.

La ricaduta alcolica non è motivo di esclusione dal gruppo ma viene letta con gli strumenti che il GPP propone.

L'età media del campione è di 48.1 anni (ds=11,8, range 20-71); 27 sono donne (13 alcoliste e 14 familiari) e 19 uomini (15 alcolisti e 4 familiari). I tre gruppi si sono svolti in tre anni successivi coinvolgendo rispettivamente 20 (12 alcolisti e 8 familiari), 17 (9 alcolisti e 8 familiari) e 17 (11 alcolisti e 6 familiari) partecipanti. La minor percentuale di familiari è imputabile alla presenza o meno di un partner.

Dal campione iniziale sono stati esclusi 8 soggetti del primo gruppo: 3 per drop out (2 alcolisti e 1 familiare) per aver superato il numero di assenze dopo 4 mesi di gruppo e 5 per mancanza di completa batteria testistica perché, dopo la dimissione, non sono tornati per il follow-up. I giorni di astinenza sono riportati in Tabella 2.

Fase pre-ingresso

L'inserimento nel gruppo avviene dopo una presa in carico multidisciplinare di 6/8 mesi al fine di valutare la capacità introspettiva del paziente attraverso i colloqui e il test di personalità Rorschach, l'effettiva adesione del familiare alle varie fasi del percorso e la capacità di entrambi di mantenersi astinenti da alcolici oltre i primi 3 mesi. L'astinenza da alcol viene richiesta anche ai familiari, perché chi vive con il bevitore problematico deve adeguarsi alle stesse regole che aiutano l'alcolista a smettere l'assunzione alcolica: non avere alcol in casa; non assumere cibi e farmaci contenenti alcol; togliere dall'abitazione qualsiasi sostanza fortemente alcolica (es. profumi). In questo modo anche il parente si sente partecipe a pieno titolo del percorso terapeutico alcologico e, con queste pratiche, si modifica la premessa patologica che porta alcolista e familiari a venire in terapia credendo che solo chi beve ha bisogno di essere curato. Ogni partecipante, all'avvio del gruppo, presenta una astinenza media da alcolici di circa 200 giorni.

Già nel primo mese della presa in carico, dopo che l'alcolista e i familiari conviventi hanno appreso come applicare correttamente le indicazioni preliminari, l'alcolista viene incoraggiato ad astenersi dall'assumere alcolici e a contare i giorni di non consumo di alcol grazie anche al Diario Alcologico (Figura 2), la cui compilazione è quotidiana e comporta, da parte del paziente, una riflessione continuativa per almeno tre mesi sul proprio rapporto con l'alcol. Il momento ideale della compilazione è a fine gior-

nata, prima di coricarsi. I giorni di astinenza dalle sostanze alcoliche vengono chiesti agli alcolisti a ogni visita medica e agli stessi e ai familiari a ogni colloquio psico-socio-educativo.

Inoltre i pazienti vengono invitati a partecipare a otto incontri motivazionali in cui il terapeuta spiega le possibili cause del bere problematico, le ragioni del coinvolgimento dei familiari nel percorso di cura e l'importanza di evitare, per l'alcolista, luoghi di ritrovo e compagnie che possono ostacolare l'avvio e il mantenimento dell'astinenza alcolica. La valutazione termina con la frequenza ai Gruppi Informativi Alcolologici (GIA)²³, una serie di 12 incontri di gruppo multifamiliare condotti da psicologo, medico e assistente sociale in cui vengono spiegate le problematiche connesse all'abuso e alla dipendenza alcolica, anche attraverso la presentazione di specifiche slide e l'uso della lavagna a fogli mobili. Dopo la valutazione gli operatori di riferimento dei pazienti concordano in équipe il loro inserimento nel GPP; se il profilo dei pazienti non è compatibile con il GPP continua la presa in carico sanitaria e psico-sociale al NOA e vengono inviati ai gruppi di auto-aiuto dei CAT o agli Alcolisti Anonimi e AlAnon (gruppi di familiari di alcolisti).

Successivamente tutti gli operatori di riferimento presentano all'alcolista e ai familiari il progetto terapeutico successivo ai GIA spiegando metodo e finalità e chiedendo la disponibilità ad aderire al programma.

Il Gruppo psicoeducativo Primo Percorso

Il GPP è stato pensato per consentire ai partecipanti di lavorare su se stessi, sulla propria storia, sulle relazioni familiari disfunzionali utilizzando strumenti costruiti grazie alla riflessione sui dodici argomenti che vengono spiegati e sviluppati dal terapeuta anche attraverso la visione di film. Il GPP è stato messo a punto da M. R. Rossin, psicologa psicoterapeuta sistemica e anche responsabile del NOA Perini, con una lunga esperienza di lavoro anche in ambito psichiatrico, per offrire agli alcolisti e ai loro familiari la costruzione di strumenti utili ad affrontare i problemi di comunicazione, di cambiamento di ruolo, di miglioramento delle relazioni familiari e di apprendimento di strategie per risolvere i problemi della quotidianità senza ricorrere all'alcol attraverso la visione di film a tema, modalità che si è dimostrata accattivante e spendibile nel tempo. L'idea iniziale è stata mutuata dal libro di Metz²⁴, e dalle esperienze di psicoeducazione sperimentate in ambito psichiatrico²⁵⁻²⁷. Nel corso degli anni attraverso i nodi critici che costantemente gli alcolisti e i familiari portavano all'osservazione di tutta l'équipe multiprofessionale e alla possibilità di tradurre queste criticità in dodici argomenti è stato costruito un percorso di gruppo multifamiliare che, attraverso la visione e il commento, da parte del terapeuta, di film a tema aiutava i pazienti a costruire strumenti specifici per modificare l'approccio alla vita quotidiana che aveva caratterizzato gli anni della dipendenza alcolica²⁸. I dodici argomenti sono stati selezionati nel corso del tempo attraverso l'osservazione delle problematiche che i pazienti portavano nelle sedute psicoterapeutiche individuali, di coppia, di famiglia e di gruppo facendo emergere criticità trasversali alle varie situazioni familiari. La difficoltà di comunicare in modo chiaro ed efficace, ad esempio, era una costante sia che la persona alcolodipendente fosse acculturata e provenisse da un ambiente sociale medio alto sia che avesse un percorso scolastico ridotto e provenisse da un ambiente culturalmente povero. I pazienti, se non lo fanno spontaneamente, non vengono stimolati a parlare di se stessi e della loro esperienza personale, ma a partecipare al gruppo per ascoltare gli argomen-

Tabella 2. Media dei giorni di astinenza.

	T1	T2	T3	T4	T5
Campione totale	287,96	404,39	512,87	642,61	769,52

semplici articoli scientifici, viene presentato “l’inconscio”, di cui molti pazienti non conoscevano l’esistenza, e il suo ruolo nella nostra vita diurna e notturna con un approfondimento sulla funzione del sogno;

3. *il ruolo di pecora nera* spiegando il ruolo negativo che l’alcolista è abituato da molti anni a interpretare. Molto spesso, fin dall’infanzia, vive sensi di colpa all’interno della famiglia di origine e le sue difficoltà ad affrontare la realtà, i problemi della vita, le ansie e le frustrazioni l’hanno portato a cercare aiuto nell’alcol. Il film su cui si lavora è “Il calamaro e la balena” del 2005 diretto da Noah Baumbach;
4. *il cartellone* in cui si riflette sulla propensione a prestar fede a ciò che è apparente. I componenti della famiglia alcolica hanno passato molti anni della loro vita ad affrontare i problemi, anche gravi, della propria esistenza, senza essere in grado di leggere con strumenti efficaci le situazioni che li coinvolgevano. Come se avessero davanti un cartellone che occulta un cantiere in costruzione, con l’alcol si costruivano una realtà a propria misura per vedere solo ciò che volevano vedere, proprio come accade nel film “Par Condicio” del 2009 per la regia di Alberto Sironi;
5. *salire sul pergamino* attraverso il film “Indiana Jones e l’ultima crociata”. Ai pazienti del GPP viene fatta vedere più volte la scena in cui il giovane professor Jones sta cercando, in una chiesa di Venezia, un indizio per la ricerca del Graal e sale su un pergamino per individuare correttamente un numero romano – X - scritto sul pavimento della chiesa. Anche loro, quando hanno bisogno di imparare a osservare prendendo la giusta distanza per vedere chiaramente una situazione (come il numero X del pavimento) devono immaginare di salire sul pergamino per osservare dall’alto i fatti che stanno accadendo;
6. *i ruoli familiari* per capire come le relazioni disfunzionali che caratterizzano la famiglia dell’alcolista fanno sì che nel corso del tempo tutti i componenti assumano ruoli rigidi e patologici in cui, spesso, i figli sostituiscono i genitori svolgendone le funzioni, mentre quest’ultimi assumono posizioni deboli e devianti. I film scelti sono “Un segreto tra di noi” di Dennis Lee (2008), “In cerca di Bobby Fischer” di Steven Zaillian (1993) e “September” di Woody Allen (2007);
7. *il dolore interno* per aiutare i pazienti a riflettere sulle caratteristiche psicologiche che determinano l’instaurarsi di una sofferenza interiore (*dolore interno*) che li accompagna fin dall’infanzia. Uno degli obiettivi del gruppo di psicoeducazione è imparare a riconoscerlo e a individuarne l’origine perché, in questo modo, l’alcolista si assolve da molti sensi di colpa che si era impropriamente attribuito e i familiari imparano ad allargare la visione dei problemi e delle sofferenze che hanno caratterizzato la loro vita con il bevitore; la visione del film “Il bambino cattivo” di Pupi Avati (2013) presenta due personaggi molto interessanti per trattare questo tema: Flora, la madre alcolista e con gravi problemi psichici, e Brando, il figlio che, da bambino, deve affrontare le patologie familiari senza amalarsi a sua volta;
8. *coerenza e incoerenza* – vantaggi e svantaggi: perché è molto difficile che una persona con problemi psicologici sia coerente. Il dipendente dall’alcol è vissuto in una famiglia disfunzionale in cui regnava la confusione sia a livello di ruoli che di comunicazione. Essere coerenti significa avere una costanza logica e affettiva nel pensiero e nelle azioni, premessa indispensabile per imparare, per es., a prendere decisioni ed essere in grado di assumersi le proprie responsabilità; questo tema viene trattato sia in “Il calamaro e la balena” sia in “Il bambino cattivo”;

9. *il salto di Indiana Jones*: il giovane Jones, per arrivare al Sacro Graal e salvare suo padre che sta morendo, deve percorrere un sentiero con pericolosi trabocchetti fino ad arrivare sull’orlo di un precipizio. Le Scritture dicono che chi ha fede attraverserà l’abisso. Chi smette di bere, ma anche il familiare che inizia a lavorare su se stesso, arriva davanti a un simbolico passaggio rappresentato dal precipizio di Indiana; se vuole procedere attraverso cambiamenti significativi non può rimanere davanti al baratro né tornare indietro, perché significherebbe riprendere il ruolo di pecora nera e tornare ai vecchi schemi patologici;
10. *il tiraggio corda*, esempio molto utile da proporre agli alcolisti e ai loro familiari. Spesso, nelle relazioni con i membri della famiglia, ma anche con le persone del contesto sociale e lavorativo, i pazienti tendono a proporre comportamenti simmetrici senza chiedersi che interlocutore ci sia dall’altra parte. Questa modalità viene rappresentata molto chiaramente nel film di Simon West “La figlia del generale” (1999), che aiuta i pazienti a ragionare sui significati del “tiraggio corda” e sui vantaggi e gli svantaggi che derivano da questo comportamento posizionando meglio l’utilità delle comunicazioni verbale e non verbale e la strategia di salire sul pergamino;
11. *la revisione della propria storia*: utilizzando gli strumenti descritti in precedenza i pazienti analizzano gli eventi, i comportamenti e le dinamiche familiari della propria storia passata in modo più attento e si accorgono di non conoscerne passaggi importanti. Gli strumenti del GPP possono facilitarli a ricostruire il puzzle della narrazione personale imparando a “leggere” aspetti interessanti delle figure genitoriali e dei fratelli, ma anche delle figure significative che hanno influenzato, in famiglia, le scelte dei vari protagonisti nelle varie fasi della vita;
12. *la capacità di automedicarsi*: l’utilizzo di tutti questi strumenti aiuta i pazienti a conoscersi e a identificare con chiarezza i passaggi dolorosi della loro esistenza. Il dolore interno non viene più evitato bevendo o attraverso il ruolo assistenziale del familiare, ma con la capacità di decodificarlo attraversandolo o sopportandolo per un tempo definito deciso dal paziente. La conoscenza delle proprie risorse interiori, ma anche dei propri limiti, e quindi dei pezzi di puzzle che non è possibile ricollocare, aiuta alcolisti e familiari ad automedicarsi al bisogno, utilizzando gli strumenti appresi. Nei mesi di percorso si assiste a un graduale rafforzamento interiore attraverso la capacità dei pazienti di “leggere” con equilibrio le situazioni che vivono senza utilizzare il ruolo di vittima; assegnando chiare responsabilità a se stessi e agli altri; cercando di controllare l’aggressività e le risposte immediate che prima caratterizzavano la modalità espressiva quotidiana.

Strumenti self-report

- *Rosenberg Self-Esteem Scale*³¹, traduzione italiana di Prezza et al.³², è un questionario self-report che misura il livello di autostima (variabile RSES). I 10 item sono costituiti da affermazioni di sentimenti sul sé a cui rispondere con il grado di accordo su una scala Likert a 4 punti (0-3). Un punteggio totale tra 15 e 25 è considerato nella norma, sotto ai 15 punti è considerato una bassa autostima.
- *Toronto Alexithymia Scale-20*^{33,34}, traduzione e validazione italiana curata dal gruppo di ricerca di Bressi et al.³⁵, è un questionario self-report a 20 item, in cui al soggetto viene chiesto di fornire una risposta su quanto è d’accordo con ciascuna affermazione su una scala Likert a 5 punti (1-5). I punteggi totali vanno da 20 a 100 punti, il cut-off clinico è 60, con punteggi maggiori si consi-

Percorso filmico di psicoeducazione di gruppo per alcolisti e familiari: studio sui cambiamenti

dera la presenza di Alessitimia. Il test è composto da 3 sottoscale che valutano la difficoltà nell'identificare i sentimenti (variabile DIF), la difficoltà nel descrivere e comunicare i sentimenti agli altri (variabile DCF) e il pensiero orientato all'esterno (variabile EOT). Le analisi sono state effettuate sui punteggi delle tre scale e sul punteggio totale (variabile TAS TOT).

- *Coping Orientation to Problems Experienced*, COPE³⁶, COPE-NVI nuova versione italiana di Sica et al.³⁷, è un questionario self-report che valuta le modalità di coping: strategie di evitamento, attitudine positiva, orientamento al problema, sostegno sociale e orientamento trascendente. I 60 item sono costituiti da affermazioni relative a reazioni possibili di fronte a eventi stressanti ed è richiesto di rispondere indicando la frequenza con cui queste si manifestano su una scala Likert a 4 punti (1-4). Si ottengono così i punteggi delle cinque scale. Ai fini della presente ricerca sono stati somministrati solo gli item relativi alla strategia di coping "evitamento" (variabile COPE evitamento).
- *World Health Organization Quality Of Life-Bref*³⁸, traduzione e validazione italiana di De Girolamo et al.³⁹, è un questionario self-report che valuta la qualità della vita in 4 aree (fisica, psicologica, delle relazioni sociali, ambientale), focalizzandosi sulla percezione dello stato di salute individuale e del suo impatto nelle aree di vita. La versione breve è composta da 26 item con risposte che si collocano su una scala Likert a 5 punti (1-5) in base al grado di soddisfazione del soggetto nei singoli aspetti presi in esame. I punteggi possono essere standardizzati su una scala da 1 a 100. Per la presente ricerca sono stati somministrati solo gli item relativi alle dimensioni psicologica e relazionale. La dimensione psicologica (variabile D2) è composta da item che indagano: immagine corporea e aspetto esteriore; emozioni positive; emozioni negative; autostima; capacità di ragionamento, apprendimento, memoria e concentrazione; spiritualità, religione, convinzioni personali. La dimensione relazionale (variabile D3) approfondisce le relazioni interpersonali, il supporto sociale e l'attività sessuale.
- *Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure*, CORE-OM⁴⁰, traduzione e validazione italiana a cura di Palmieri et al.⁴¹, è un questionario self-report composto da 34 item e da 4 domini: benessere soggettivo (variabile WB); problemi/sintomi tra cui ansia, depressione, sintomi fisici e trauma (variabile S); funzionamento generale, relazionale e sociale (variabile Func); rischio per sé e per gli altri (variabile risk). Vi sono inoltre un punteggio globale di tutti gli item (variabile GD, global distress) e un punteggio di tutti i domini escluso "rischio" (variabile GD-R). Le risposte si collocano su una scala Likert a 5 punti (0-4): più alti sono i punteggi e maggiori sono i problemi e il malessere. Per i vari punteggi esistono dei cut-off che dividono la popolazione clinica da quella non clinica.

Procedura

Nel primo incontro di gruppo viene data una breve spiegazione degli obiettivi della ricerca, in seguito alla quale i partecipanti forniscono il consenso informato alla partecipazione al progetto in modo verbale. L'adesione alla ricerca è volontaria, l'utilizzo dei dati non è clinico e ogni paziente, se lo ritiene, può ritirarsi.

I test sono stati somministrati in 5 momenti, nel primo incontro (T1), dopo 4 mesi (T2), dopo 8 mesi (T3), nell'ultimo incontro di gruppo dopo 12 mesi (T4) e, infine, 4 mesi dopo la conclusione del gruppo (T5 follow-up). Le prime 4 somministrazioni sono state effettuate in gruppo, la somministrazione di follow-up è stata effettuata durante un colloquio individuale.

RISULTATI

I punteggi ai questionari sono stati analizzati con ANOVA miste Tempo (fattore entro i soggetti a 5 livelli) x Gruppo (fattore tra soggetti a 2 livelli: alcolodipendenti, familiari). I risultati sono riportati nella Tabella 3.

Per i punteggi al WHOQOL D2 (Figura 3) è risultato significativo l'effetto principale di Tempo e l'interazione Tempo x Gruppo. I test *post hoc* con correzione Sidak sull'effetto di interazione hanno mostrato che solo nel gruppo di alcolodipendenti i punteggi a T5 sono significativamente maggiori dei punteggi a tutti i tempi precedenti (tutti $p \leq 0,008$); non sono invece emerse differenze significative tra tempi per il gruppo e i familiari.

Le analisi sui punteggi al WHOQOL D3 non hanno mostrato effetti significativi.

Per i punteggi al CORE-OM GD (Figura 4) è risultato significativo l'effetto principale di Tempo e l'interazione Tempo x Gruppo. Le analisi *post hoc* con correzione Sidak sull'interazione hanno evidenziato solo nel gruppo di alcolodipendenti una riduzione significativa dei punteggi a T3, T4, T5 rispetto a T1 ($p < 0,01$) e punteggi più inferiori a T5 rispetto a T2 ($p = 0,039$). Nel gruppo di familiari non sono invece emerse differenze tra i tempi di somministrazione del questionario.

Anche per i punteggi al CORE-OM WB (Figura 5) è risultato significativo l'effetto principale di Tempo e l'interazione Tempo x Gruppo, ma non l'effetto principale di Gruppo. I test *post hoc* sull'interazione hanno mostrato che solo nei pazienti alcolodipendenti, ma non nei familiari, il punteggio a T5 è significativamente inferiore a T1 ($p < 0,001$).

Per i punteggi al CORE-OM S e al CORE-OM Func è risultato significativo solo l'effetto principale di Tempo, ma non l'interazione tra fattori o l'effetto principale di Gruppo. Le analisi *Post hoc* mostrano una diminuzione significativa dei punteggi a T4 e T5 rispetto a T1 ($p = 0,003$) per il CORE-OM S e una riduzione significativa a T5 rispetto a T2 ($p = 0,01$) per il CORE-OM Func.

Allo stesso modo l'effetto principale di Tempo è risultato significativo per i punteggi al CORE-OM risk e al CORE-OM GD-R, mentre l'interazione Tempo x Gruppo e l'effetto principale di Gruppo non sono risultati significativi. I risultati dei test mostrano una riduzione significativa a T5 rispetto a T1 ($p = 0,003$) per i punteggi del CORE-OM GD-R.

Le analisi sui punteggi al test COPE evitamento hanno mostrato l'effetto significativo del fattore Tempo, ma non di Tempo x Gruppo e Gruppo. Dalle analisi *post hoc* è emersa una riduzione significativa dei punteggi tra T5 e T1 ($p = 0,033$).

Per i punteggi ai questionari TAS DIF, TAS EOT, TAS DCF e TAS TOT nessun effetto è risultato significativo.

Infine, per i punteggi al RSES è risultato significativo l'effetto principale di Tempo, ma non l'interazione Tempo x Gruppo e l'effetto principale di Gruppo. I *post hoc* con correzione Sidak mostrano un aumento significativo del punteggio a T5 rispetto a T1 ($p = 0,003$).

Per verificare il possibile impatto della presenza del proprio familiare al gruppo, le analisi sui punteggi ai questionari sono state ripetute considerando solo il gruppo di pazienti alcolisti e inserendo come fattore tra soggetti la presenza o meno del familiare [ANOVA tempo (5 livelli) x gruppo (con/senza familiare)]. L'effetto del fattore gruppo è risultato significativo solo per il questionario COPE-evitamento [$F(1,15) = 6,26$, $p = 0,024$] in cui gli alcolisti con il familiare pre-

Tabella 3. Risultati delle analisi statistiche.		
Scale	Effect	Statistic
WHOQOL D2	Time	F(4,96)=5,59, p<,001 *
	Group	F(1,24)=0,45, p=,51
	Time x group	F(4,96)=2,87, p=,027 *
WHOQOL D3	Time	F(4,108)=1,98, p=,1
	Group	F(1,27)=1,67, p=,21
	Time x group	F(4,108)=0,34, p=,85
CORE-OM GD	Time	F(4,108)=7,59, p<,001 *
	Group	F(1,27)=0,23, p=,88
	Time x group	F(4,108)=2,51, p=,046 *
CORE-OM WB	Time	F(4,108)=2,78, p=,03 *
	Group	F(1,27)=0,011, p=,92
	Time x group	F(4,108)=3,49, p=,01 *
CORE-OM S	Time	F(4,108)=5,47, p<,001 *
	Group	F(1,27)=0,01, p=,92
	Time x group	F(4,108)=2,2, p=,07
CORE-OM Func	Time	F(4,108)=4,99, p<,001 *
	Group	F(1,27)=0,17, p=,69
	Time x group	F(4,108)=0,64, p=,64
COREOM risk	Time	F(4,108)=2,62, p=,039 *
	Group	F(1,27)=0,1, p=,75
	Time x group	F(4,108)=0,99, p=,42
CORE-OM GD-R	Time	F(4,108)=7,85, p<,001 *
	Group	F(1,27)=0,04, p=,85
	Time x group	F(4,108)=2,39, p=,055
COPE evitamento	Time	F(4,108)=5,15, p=,001 *
	Group	F(1,27)=0,56, p=,46
	Time x group	F(4,108)=1,62, p=,17
TAS dif	Time	F(4,108)=0,43, p=,79
	Group	F(1,27)=1,75, p=,2
	Time x group	F(4,108)=0,39, p=,82
TAS eot	Time	F(4,108)=1,77, p=,14
	Group	F(1,27)=1,61, p=,22
	Time x group	F(4,108)=0,61, p=,66
TAS tot	Time	F(4,108)=0,94, p=,44
	Group	F(1,27)=0,73, p=,4
	Time x group	F(4,108)=0,29, p=,88
TAS dcf	Time	F(4,108)=0,8, p=,52
	Group	F(1,27)=0,5, p=,48
	Time x group	F(4,108)=1,04, p=,39
RSES	Time	F(4,108)=5,32, p=,001 *
	Group	F(1,27)=0,6, p=,45
	Time x group	F(4,108)=0,6, p=,66

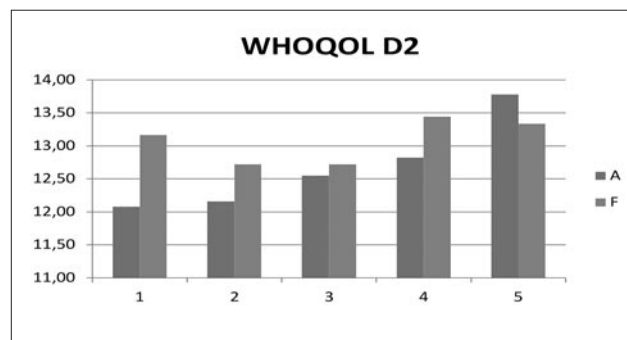


Figura 3. WHOQOL D2.

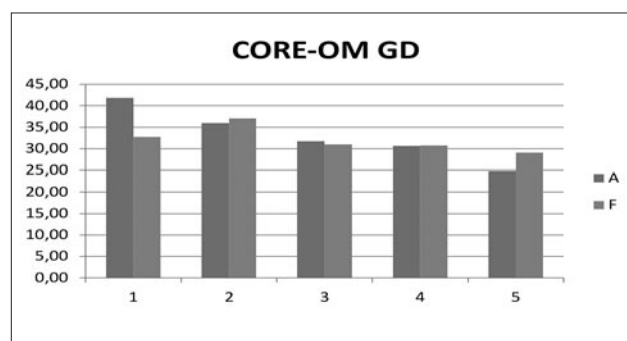


Figura 4. CORE-OM GD.

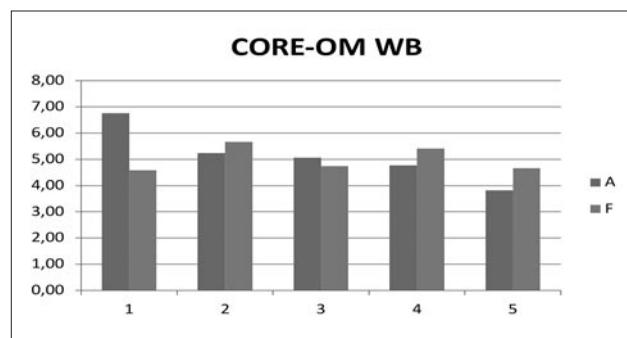


Figura 5. CORE-OM WB.

sente avevano un punteggio inferiore (M=20,73) rispetto a quelli senza il familiare presente ai gruppi (M=24,92). La presenza del proprio familiare non ha mostrato effetti significativi principali o in interazione con il fattore tempo per i punteggi ai restanti questionari (p>,05).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La ricerca ha l'obiettivo di valutare l'attenuazione o la modifica di tratti disfunzionali individuali e del sistema famiglia

Percorso filmico di psicoeducazione di gruppo per alcolisti e familiari: studio sui cambiamenti

del paziente alcolista e dei familiari dopo un percorso psicoeducativo di stimolo su specifiche tematiche che coinvolgono la vita quotidiana e che, se indagate e comprese, possono aiutare i partecipanti a confrontarsi con la propria storia. I risultati emersi dimostrano un cambiamento in direzione positiva dal momento che, come verrà espresso di seguito, ci sono degli indici specifici che cambiano in positivo sia negli alcolisti sia nei familiari. Si osserva che gli alcolisti, all'inizio del percorso, hanno punteggi che segnalano una maggior disfunzionalità del valore misurato rispetto ai familiari, mentre a fine percorso i punteggi segnalano una variazione in positivo maggiore rispetto a quella dei familiari anche se la differenza non è statisticamente significativa. Durante il percorso di gruppo gli operatori dell'équipe osservano una modifica significativa del ruolo di "pecora nera" dell'alcolista a svantaggio del ruolo di potere dei familiari. Questi ultimi hanno svolto, per anni, il compito di persone super efficienti e, con il cambiamento dell'alcolista, devono ridimensionarsi e ridefinire il "contratto" di coppia e familiare facendolo diventare vantaggioso per tutti.

Autostima: in merito all'autostima, i pazienti alcolodipendenti che all'inizio del percorso presentano un livello basso ma non patologico, dopo tre mesi dalla conclusione dei gruppi evidenziano un miglioramento di tre punti. Si ipotizza che questo aumento di valore aiuti la persona sia a mantenere l'astinenza alcolica sia a migliorare le condizioni di vita. Anche i familiari, che partono con un migliore livello di autostima rispetto agli alcolisti, hanno un aumento dell'autostima.

Strategia di coping evitamento: gli alcolodipendenti e i familiari nella strategia relativa all'evitamento dimostrano un'interessante riduzione dell'utilizzo di questa modalità che potrebbe aiutare il mantenimento dell'astinenza alcolica. Dai dati emerge che gli alcolisti che frequentano il GPP con i familiari utilizzano meno le strategie di evitamento nell'affrontare i problemi rispetto agli alcolisti che partecipano da soli.

Qualità della vita: in merito alla qualità della vita emerge a livello statistico, per gli alcolisti, un cambiamento molto significativo, nell'area psicologica, tra inizio e fine del percorso e non per i familiari. A sostegno di questo dato, nei colloqui clinici, si osserva che il paziente prende gradualmente coscienza delle proprie capacità e risorse unitamente alla messa in discussione del ruolo di "pecora nera" e una maggior responsabilizzazione nel "leggere" la realtà circostante. L'area relazionale indagata dal test non cambia in modo significativo ma va sottolineato che il numero di item specifici per indagare questo ambito è ridotto.

Benessere soggettivo, problemi/sintomi, funzionamento generale, rischio per sé e per gli altri: rispetto al benessere soggettivo emerge un cambiamento statisticamente significativo nel tempo solo per gli alcolisti.

Il campione totale migliora rispetto alla variabile sintomi (come ansia, depressione, sintomi fisici), nella dimensione funzionamento generale e relazionale e nella misura totale di stress generale. Tutti i partecipanti dimostrano un cambiamento significativo anche nella dimensione rischio per sé e per gli altri che sta a indicare un minor livello di stress.

Alessitimia: i risultati della ricerca non evidenziano cambiamenti statisticamente significativi per gli alcolisti e per i familia-

ri. Si ritiene comunque utile evidenziare che l'osservazione qualitativa dei risultati dei test somministrati mette in luce, all'inizio del percorso del GPP, una maggiore difficoltà degli alcolisti a esprimere e riconoscere le proprie emozioni rispetto ai familiari (i partecipanti al gruppo esprimono un dato di partenza non patologico rispetto all'alessitimia). Al termine del percorso, negli alcolisti si osserva una riduzione delle difficoltà espresse dal test, che vengono evidenziate anche nei colloqui di monitoraggio clinico e nei cambiamenti del loro stile di vita.

In merito a ciò è importante sottolineare come anche altre ricerche sul TAS-20 evidenzino che tra alessitimia e alcol non vi sia una correlazione diretta, ma che sia mediata da altre variabili psicologiche e fattori di rischio legate all'uso di alcol^{42,43}.

I limiti di questa ricerca sono individuabili nel numero ridotto del campione e nella presenza di alcolisti senza familiari e di familiari senza alcolisti; per gli incoraggianti risultati emersi sarebbe interessante approfondire il cambiamento ottenuto con ulteriori indagini.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Colli M. La psicoterapia di gruppo dell'alcolismo. Psychiatry on line Italia 2012.
2. Bogani E. Psicoterapia de grupo en el alcoholismo. Drogalcohol 1984; 9: 65-77.
3. Griefen M, Vannicelli V, Canning D. Treatment contracts in long-term groups with alcoholics patients: a group case study. Group 1985; 9: 3.
4. Monrás M, Freixa N, Ortega L, Lligoña A, Mondón S, Gual A. Eficacia de la terapia de grupo para alcohólicos. Resultados de un ensayo clínico controlado. Med Clin 2000; 115: 126-31.
5. Flores P. Group psychotherapy with addicted populations. New York: The Haworth Press, 1997.
6. Colli M, Zaldívar D. Factores curativos en psicoterapia de grupo: su evaluación en una muestra de alcohólicos rehabilitados. Adicciones 2002; 14: 381-91.
7. Matano RA, Yalom ID. Approches to chemical dependency and interactive group-therapy - a synthesis. Jour. Group Psychother 1991; 41: 269-93.
8. Lazarus AA. Terapia multimodale. Roma: Armando, 1976.
9. Vannicelli M. Group psychotherapy with adult children of alcoholics: treatment techniques and countertransference considerations. New York: Guilford Press, 1993.
10. Rossin MR, Vaccari C, Teruggi A, Longo B, Conti E. Il Trattamento Multidisciplinare Breve in un servizio territoriale di alcolologia. Rivista Alcolologia 2015; 24: 11-22.
11. Hudolin V. Manuale di alcolologia. Trento: Erickson, 2016.
12. Casati O, Rossin MR, Teruggi A, Verrilli R. Lavorare con i gruppi in alcolologia. Torino: Edizioni Medico Scientifiche, 2004.
13. Cornoldi C. Apprendimento e memoria nell'uomo. Torino: UTET, 1986.
14. Yates FA. L'arte della memoria. Torino: Einaudi, 1993.
15. Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: a critical review. Addict Behav 2009; 34: 237-45.
16. Ersö ütçü F, Karaka SA. Social functioning and self-esteem of substance abuse patients. Arch Psychiatr Nurs 2016; 30: 587-92.
17. Kronenberg LM, Goossens PJ, van Busschbach J, van Achterberg T, van den Brink W. Coping styles in substance use disorder.

Rossin MR et al.

- der (SUD) patients with and without co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD). *BMC Psychiatry* 2015; 15: 159.
18. Ugochukwu C, Bagot KS, Delaloye S, et al. The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence. *Harv Rev Psychiatry* 2013; 21: 1-17.
 19. APA. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014.
 20. APA. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - DSM-IV-TR*. Milano: Masson, 2013.
 21. Böhm E. *Manuale di psicodiagnostica di Rorschach*. Firenze: Giunti Editore, 1998.
 22. Passi Tognazzo D. *Il metodo Rorschach*. Firenze: Giunti Editore, 1968.
 23. Casati O, Rossin MR, Teruggi A, Carminati M, Gini P, Giunta MG. I Gruppi Informativi Alcolologici come link tra la fase di assessment e il percorso di trattamento. *Alcologia* 2001; 13: 67-74.
 24. Metz C. *Cinema e psicanalisi: il significante immaginario*. Venezia: Marsilio Editori, 1977.
 25. Falloon I. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria - Guida al lavoro con le famiglie*. Trento: Erickson, 1993.
 26. Lussetti M, Arata A, Boidi G. La riabilitazione all'interno delle famiglie: l'applicazione del mondo di Integrated Care, proposto da I. Falloon nei Servizi genovesi. *Il Vaso di Pandora, Dialoghi in Psichiatria e Scienze Umane* 1996; 4: 3.
 27. Bersani FS, Ghezzi F, Biondi M, Minichino A, Spanò L, Coccnari de' Fornari MA. Il cinema nella pratica psichiatrica: intervento di gruppo, test proiettivo, elemento di psicoeducazione, terapia. L'esperienza del Day Hospital del Policlinico Umberto I - Sapienza Università di Roma. *Riv Psichiatr* 2018; 53: 341-4.
 28. Rossin MR, Vaccari C. Il "cinema" nel trattamento alcolologico di gruppo multifamiliare. *Alcologia* 2012; 13: 18-28.
 29. Khantzian EJ, Halliday KS, McAuliffe WE. *La dipendenza e il Sé vulnerabile*. Padova: Piccin, 1997.
 30. Rossin MR. Il dolore nascosto di chi beve troppo. *Prospettive Sociali e Sanitarie* 2010; 5: 15-7.
 31. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.
 32. Prezza M, Trombaccia FR, Armento L. La scala dell'autostima di Rosenberg: Traduzione e validazione Italiana. *Bollettino di Psicologia Applicata* 1970; 223: 35-44.
 33. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38: 23-32.
 34. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale - II. Convergent discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994; 38: 33-40.
 35. Bressi C, Taylor G, Parker J, et al. Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *J Psychosom Res* 1996; 41: 551-9.
 36. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56: 267-83.
 37. Sica C, Magni C, Ghisi M, et al. Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova versione italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2008; 14: 27-53.
 38. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998; 28: 551-8.
 39. De Girolamo G, Rucci P, Scocco P, et al. Quality of life assessment: validation of the Italian version of the WHOQOL-Brief. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2000; 9: 45-55.
 40. Evans C, Mellor-Clark J, Margison F, et al. Clinical Outcomes in Routine Evaluation: The CORE-OM. *J Mental Health* 2000; 9: 247-55.
 41. Palmieri G, Evans C, Hansen V, et al. Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clin Psychol Psychother* 2009; 16: 444-9.
 42. Cruise KE, Becerra R. Alexithymia and problematic alcohol use: a critical update. *Addict Behav* 2018; 77: 232-46.
 43. Parolin M, Miscioscia M, De Carli P, Cristofalo P, Gatta M, Simonelli A. Alexithymia in young adults with substance use disorders: critical issues about specificity and treatment predictivity. *Front Psychol* 2018; 9: 645.