

## **Prevenzione e gestione delle ricadute in ottica analitico-transazionale: un esempio clinico**

*Massimo Vasale<sup>1</sup>*

### **Sommario**

*L'articolo si propone di approfondire il concetto di ricaduta nel disturbo da uso di sostanze e nei disturbi da addiction, passando in rassegna i diversi indicatori di rischio di ricaduta e analizzando la relazione tra fasi del recupero e lavoro sulla ricaduta.*

*Esso si focalizza, poi, sul contributo dell'Analisi Transazionale al lavoro di prevenzione e gestione della ricaduta, articolandolo in tre punti: a) una sintesi della concettualizzazione di White (2013) sul processo della ricaduta; b) la proposta di alcune linee guida per il lavoro di prevenzione e gestione della ricaduta; c) la presentazione di un caso clinico allo scopo di illustrare tali linee guide.*

### **Abstract**

*The article aims to deepen the concept of relapse in substance use disorder and addiction disorders, by reviewing the various relapse risk indicators and analyzing the relationship between recovery phases and work on relapse.*

*Then, it focuses on the contribution of Transactional Analysis to the work of relapse prevention and management, articulating it into three points: a) a summary of White's conceptualization (2013) on the relapse process; b) the*

---

<sup>1</sup> *Docente invitato presso l'Università Pontificia Salesiana di Roma (cattedra di Prevenzione e trattamento delle tossicodipendenze), psicologo, psicoterapeuta, analista transazionale clinico (CTA), docente della Scuola di Specializzazione SSSPC-UPS, membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e sull'Identità (LARSI) dell'Istituto di Formazione e Ricerca sui Processi Intrapersonali e Relazionali (IRPIR). E-mail: massimo.vasale@libero.it*

*proposal of some guidelines for relapse prevention and management; c) the presentation of a clinical case in order to illustrate these guidelines.*

### **Parole Chiave**

*Disturbo da Uso di Sostanze, addiction, ricaduta, prevenzione e gestione della ricaduta, indicatori di rischio di ricaduta, Analisi Transazionale, fasi del recupero.*

### **Key Words**

*Substance Use Disorder, addiction, relapse, relapse prevention and management, relapse risk indicators, Transactional Analysis, stages of recovery.*

### **Introduzione**

Nonostante una parte significativa della teorizzazione classica analitico-transazionale sia nata proprio dall'osservazione e dal trattamento dell'alcolismo, considerato sia come un gioco (Berne, 1998), sia come un copione tragico (Steiner, 1974, 1981), sono pochi gli analisti transazionali, e più in generale gli psicoterapeuti, che si trovano a loro agio nel lavorare con persone che soffrono di disturbi da uso di sostanze (DUS) e disturbi da addiction<sup>2</sup>. Anche se molte persone associano al concetto di dipendenza unicamente l'assunzione di droghe, è oggi ampiamente accettato che anche un certo numero di comportamenti che non comportano l'assunzione di una sostanza (gioco d'azzardo, alimentazione eccessiva, sesso o esercizio fisico compulsivo, per citarne solo alcuni), siano espressione di una dipendenza o addiction (Griffiths, 2005). Questi problemi complessi e multifattoriali rappresentano, in effetti, una sfida clinica per molti

---

<sup>2</sup> Nell'articolo, seguendo il DSM-5 (APA, 2014), si farà riferimento, per quanto riguarda i disturbi da addiction, al solo disturbo da gioco d'azzardo, anche se molte delle considerazioni relative al fenomeno della ricaduta e alla prevenzione delle ricadute sono applicabili ad altre forme di addiction individuate in letteratura.

professionisti psicoterapeuti, per i quali non risulta sempre facile applicare al loro trattamento metodologie e tecniche apprese.

Una parte significativa del trattamento dei DUS e delle altre addiction riguarda il raggiungimento e il mantenimento dell'astensione dall'uso o dal gioco d'azzardo, obiettivo che richiede una chiara comprensione del concetto di ricaduta e un lavoro psicoterapeutico specifico finalizzato alla prevenzione e gestione delle ricadute.

In Analisi Transazionale (AT), questo lavoro può essere concepito come un obiettivo che attraversa le varie fasi della sua metodologia: all'inizio del recupero, ad esempio, esso trae beneficio dal rafforzamento e dall'energizzazione dell'Adulto, dal riconoscimento delle contaminazioni (pregiudizi e illusioni relative all'uso) e dal riallineamento dei confini tra gli stati dell'Io; in una fase avanzata del recupero, la prevenzione e gestione delle ricadute trae, invece, maggior beneficio dal lavoro sul Bambino e sul Genitore, finalizzato ad una ridecisione che porta al cambiamento dei messaggi di copione che caratterizzano le dipendenze (tra cui le ingiunzioni Non esistere, Non pensare, Non sentire o avere sensazioni e Non essere intimo).

I contributi recenti della letteratura analitico transazionale relativi alla tematica delle ricadute e al lavoro di prevenzione e gestione della ricaduta sono, tuttavia, scarsi (White, 2013).

In linea con questa lacuna, il presente articolo si propone di approfondire il concetto di ricaduta e il lavoro finalizzato alla prevenzione e gestione delle ricadute nel Disturbo da Uso di Sostanze e nei disturbi da addiction e si focalizza sul contributo dell'Analisi Transazionale a tale lavoro, articolandolo in tre punti: a) una sintesi della concettualizzazione di White (2013) sul processo della ricaduta; b) la proposta di alcune linee guida per il lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute; c) la presentazione di un caso clinico allo scopo di illustrare tali linee guida.

### **Il concetto di ricaduta nei disturbi da uso di sostanze e nei disturbi da addiction**

Il concetto di ricaduta accomuna sia i disturbi da uso di sostanze, sia i disturbi da addiction (tra cui il disturbo da gioco d'azzardo) e, anzi,

ne rappresenta uno degli elementi distintivi, come viene messo in evidenza dal modello delle sei componenti proposto da Griffiths (1996, 2005) che, modificando quelle di Brown (1993), ha ipotizzato che tutte le dipendenze siano costituite da sei elementi comuni: 1) salienza: l'attività/droga domina i pensieri, i sentimenti e il comportamento della persona; 2) modificazione dell'umore: l'attività/droga permette alla persona di ricercare effetti diversi di modificazione dell'umore in momenti differenti; 3) tolleranza: processo per cui, per ottenere gli stessi effetti, sono necessarie quantità crescenti di una particolare attività/droga; 4) astinenza: presenza di stati d'animo spiacevoli e/o effetti fisici che si verificano quando l'attività/uso di droga viene interrotta o ridotta in modo improvviso; 5) conflitto, sia interpersonale, cioè tra la persona dipendente e chi lo circonda, sia intrapsichico, rappresentato dall'ambivalenza rispetto all'attività/droga; 6) ricaduta: tendenza a ritornare più volte a modelli precedenti di uso o di coinvolgimento in una particolare attività e a ripristinare rapidamente, anche dopo anni di astinenza o controllo, i modelli più estremi di uso o coinvolgimento nell'attività da cui si dipende (Griffiths, 2005).

Il termine "ricaduta" in ambito medico indica "il rinnovarsi della manifestazione dei sintomi di una malattia dopo un periodo di miglioramento" (Vasale e Tonioni, 2010, 107). Nel campo dei trattamenti per i disturbi da uso di sostanze e i disturbi da addiction (APA, 2014) basati sull'astensione<sup>3</sup>, la ricaduta viene concepita come la ripresa dell'uso di sostanze psicoattive o del gioco d'azzardo dopo un periodo di astensione; essa implica che la persona che soffre di

---

<sup>3</sup> Si è deciso di utilizzare il termine "astensione" per definire l'obiettivo del trattamento al posto del termine "astinenza" (spesso utilizzato in letteratura), il quale si riferisce, in modo più specifico, alla sintomatologia correlata ad una riduzione o sospensione dell'uso di sostanze. Un altro termine utilizzato nel testo come sinonimo di astensione è "sobrietà", anche se il suo significato, ripreso dalla letteratura di Alcolisti Anonimi (1999), è più complesso di "astensione", dato che quest'ultima indica il non uso della sostanza, mentre la sobrietà è un processo che va oltre il cambiamento comportamentale e include la costruzione di un atteggiamento mentale e di uno stile di vita non più legati all'uso delle droghe.

un'addiction sia in fase di recupero, ovvero motivata al cambiamento, e che, durante tale fase, torni a fare uso della sostanza o ricominci a giocare.

In letteratura è possibile trovare diverse definizioni di ricaduta: per coloro che sostengono l'obiettivo dell'astensione dall'uso o dal gioco, tra cui possiamo inserire *Alcolisti Anonimi* e i *Gruppi dei Dodici Passi (Twelve Steps Groups)*, come Narcotici Anonimi e Giocatori Anonimi, la ricaduta è ogni atto concreto di usare una droga o giocare d'azzardo. "Gorski e Miller (1982) la definiscono come un processo progressivo in cui vengono riattivati antichi comportamenti e sintomi; Marlatt e Gordon (1985)<sup>4</sup> come una battuta d'arresto di qualunque tentativo di modificare un comportamento di dipendenza" (Vasale e Tonioni, 2010, 107).

La definizione di Marlatt e Gordon può mettere d'accordo sia i sostenitori di un approccio terapeutico basato sull'astensione dalla sostanza o dal gioco, sia quelli che propongono un trattamento basato sul controllo o sulla riduzione del danno (RDD): una volta definito l'obiettivo del trattamento (smettere vs controllare/ridurre), cioè come modificare un comportamento di dipendenza, la ricaduta si configurerà, infatti, come una battuta d'arresto di tale tentativo di cambiamento.

Un aspetto interessante connesso alla definizione di ricaduta è quello relativo alla distinzione tra azione e processo: Daley (1989) descrive la ricaduta nelle tossicodipendenze "come l'evento del ricominciare a consumare alcolici dopo un periodo di astinenza o come il 'processo' di ritornare ad usare sostanze (vale a dire, manifestare comportamenti o atteggiamenti che indicano la probabilità che una persona ricominci a bere, se non vengono assunte misure per impedirlo)" (in Brown, 1997, 228).

L'idea che la ricaduta sia un processo che culmina in una specifica azione o comportamento (usare una droga o giocare d'azzardo) costituisce la base dei modelli di intervento che hanno come scopo quello

---

<sup>4</sup> A questi due Autori si deve la nascita del modello della Relapse Prevention (RP), uno dei più utilizzati in ambito cognitivo-comportamentale nel trattamento delle dipendenze.

di prevenire le ricadute e impararne a gestire le conseguenze negative. Ciò che accomuna questi modelli è che la ricaduta è considerata come un'evenienza che rientra nella norma del processo di recupero o del ciclo di cambiamento tipico delle dipendenze e che costituisca un'occasione di sviluppo del recupero e di crescita personale (Vasale e Tonioni, 2010).

Possiamo, quindi, considerare la ricaduta come un atto concreto, che comporta assumere sostanze psicoattive o giocare d'azzardo, il quale si inserisce in un processo più esteso. Alcuni segnali anticipano quest'azione, evidenziando un progressivo orientamento di comportamenti, pensieri e sentimenti verso l'usare droghe o giocare d'azzardo (orientamento sfavorevole al recupero). “Processo della ricaduta ed atto del bere configurano, allora, uno scenario in cui ‘si ricade’ prima di bere/usare e, quando si è bevuto/usato sostanze psicoattive, si è ricaduti” (Vasale e Tonioni, 2010, 109).

La ricaduta, in altre parole, non è un evento improvviso, anche se talvolta può apparire tale, né è solo un comportamento, semmai è l'esito di un processo connesso al lavoro di recupero, ed è anticipata da pensieri, sentimenti, comportamenti e, anche, da omissioni.

Nei gruppi di Alcolisti Anonimi (1999), che suggeriscono come strategia principale per restare sobri quella di ‘non assumere il primo bicchiere’, si riconosce che ciascun atto concreto di bere sia preceduto da cambiamenti nel modo di pensare, sentire e comportarsi della persona alcolista, che conducono alla ricaduta, costituendone i segni anticipatori<sup>5</sup>. Alcuni pensieri, inoltre, sono considerati forme di autoinganno che predispongono alla ricaduta<sup>6</sup>: tra questi, l'idea di poter

---

<sup>5</sup> Lo slogan riassunto nell'acronimo HALT (Hungry, Angry, Lonely, Tired), utilizzato all'interno dei gruppi di AA, cioè “mai troppo affamati, arrabbiati, soli o stanchi”, indica, ad esempio, la necessità di fare attenzione ad alcune condizioni che possono precedere una ricaduta e che tendono a favorirla. Il secondo slogan utilizzato in AA in ottica di prevenzione delle ricadute è riassunto dall'acronimo PPT (People, Places, Things), cioè “Persone, Posti, Cose” che possono scatenare una ricaduta, come vecchi amici di bevute, bar o bottiglie di vino.

<sup>6</sup> In AA e nei gruppi dei 12 Passi, il termine ‘*alibi*’ evidenzia le scuse che le persone dipendenti da droghe o da gioco d'azzardo possono raccontarsi, prima ancora che

tornare a bere moderatamente, la convinzione che basti non bere per un lungo periodo per essere in grado di tornare a bere normalmente, il pensiero che acquistare dell'alcol 'giusto per gli ospiti' non sia un problema o che non lo sia andare ad una festa dove siano presenti i propri amici di sbornie. Nel Grande Libro (Alcolisti Anonimi, 1999) si parla sia di stati mentali (nervosismo, collera, preoccupazioni, gelosia, depressione), sia di 'piccole' e 'pazze' scuse per prendere il primo bicchiere, che precedono di solito una ricaduta. Gli AA, infine, utilizzano frasi come 'sbornia secca' o 'ubriachezza asciutta' per indicare il ritorno di comportamenti ed atteggiamenti rischiosi in assenza dell'uso, concetto che può essere definito come "ricaduta mentale o emotiva" che può precedere o meno una ricaduta comportamentale (ovvero l'atto di usare nuovamente una droga o giocare d'azzardo).

### **Prevenzione e gestione della ricaduta nel recupero dall'addiction**

Smettere di usare o di giocare d'azzardo non è l'obiettivo più difficile da raggiungere nel trattamento dell'addiction; la parte più complicata è mantenere l'astensione dall'uso e dal gioco nel tempo e fare in modo che eventuali ricadute nel comportamento di uso o nel gioco d'azzardo non riportino la persona alla condizione di dipendenza pre-trattamento.

Il lavoro di prevenzione e di gestione della ricaduta rappresenta una parte importante del trattamento delle persone che soffrono di un'addiction, anche se, nei casi più difficili e complessi, può non risultare sufficiente e va accompagnato da un lavoro di elaborazione dei traumi (recenti e passati) e di modificazione delle convinzioni profonde che sostengono il bisogno di dipendere da una droga, oggetto o attività<sup>7</sup>.

---

raccontare, per tornare a fare uso o giocare e il riconoscimento degli alibi rappresenta una strategia di prevenzione della ricaduta.

<sup>7</sup> In anni recenti, la confluenza degli studi sull'attaccamento e sui traumi dello sviluppo e di quelli condotti nel campo della traumatologia ha consentito di rivedere l'assunto di base del recupero delle dipendenze, per il quale il focus del trattamento sull'uso deve precedere ed è condizione necessaria per un eventuale susseguente trattamento delle memorie traumatiche (modello "sequenziale" del trattamento). Al

Alcuni studiosi hanno definito le dipendenze come una condizione di ricaduta cronica, in cui l'episodio di una ricaduta può avvenire anche a distanza di anni e, in alcuni casi, risulta molto complicato riprogrammare il cervello emotivo in modo tale da evitare tali episodi. Tale visione è riconosciuta su base esperienziale dai gruppi dei 12 Passi, che usano l'espressione "alcolista una volta, alcolista per sempre" (Alcolisti Anonimi, 1999), spiegandola con la metafora del cetriolo: "un sottaceto non tornerà mai ad essere un cetriolo"<sup>8</sup>.

La maggior parte dei modelli di prevenzione e gestione delle ricadute, tra cui la Relapse Prevention di Marlatt e Gordon (1985), sviluppata successivamente dal modello dinamico di Marlatt e Donovan (2008), il modello a più livelli "Cenaps" di Gorski (1990; Gorski e Grinstead, 2010) e il modello psicoeducativo di prevenzione delle ricadute di Daley e Marlatt (1992), comprendono al loro interno:

- *componenti educative*, ovvero spiegazioni sui sintomi dell'astinenza, sul processo del recupero e su quello della ricaduta;

---

modello sequenziale si sta affiancando un modello "parallelo" di trattamento delle dipendenze, capace di integrare la prevenzione e la gestione delle ricadute con un lavoro di potenziamento della resilienza e delle risorse per la regolazione emotiva, utile alla rielaborazione dei traumi di attaccamento (Parnell, 2020).

<sup>8</sup> La diatriba tra chi sostiene che le dipendenze possono essere 'curate', ma non 'guarite' e chi sostiene, invece, che possano essere solo guarite, è antica ed ha creato in letteratura fazioni e posizioni divergenti. La risposta alla domanda, a nostro avviso, dovrebbe tenere conto della natura multifattoriale dell'addiction (che comprende fattori genetici, temperamentali e legati all'apprendimento), della plasticità cerebrale e delle strategie terapeutiche in grado di sfruttarne le potenzialità, della durata della dipendenza e del suo impatto sul sistema dell'identità e sulle strutture cerebrali del sistema nervoso centrale e, non da ultimo, dei costi e benefici derivanti da entrambe le prospettive in interazione con le risorse personali e sociali necessarie per il cambiamento. La diatriba può anche essere letta come una dialettica appartenente al conflitto *accettazione-cambiamento*: quanto sia possibile cambiare sé stessi e quanto ci si dovrebbe accettare per come si è o si è diventati costituisce, peraltro, una tematica clinica recentemente ben affrontata e concettualizzata dall'approccio dialettico di Marsha Linehan (2001), che vede queste due polarità in continuo dialogo e al centro dei processi di integrazione e di crescita personale.

- *tecniche cognitivo-comportamentali* che aiutano le persone a identificare, anticipare ed evitare le situazioni ad alto rischio ed a sviluppare strategie di gestione per affrontarle;
- obiettivi di *cambiamento degli stili di vita* collegati all'uso (Kats e Ney, 1997).

Teesson e colleghi (2006) fanno presente che gli obiettivi di un programma di prevenzione della ricaduta hanno a che fare con: l'aumento dell'impegno rivolto al cambiamento; l'individuazione delle cause della ricaduta (eventi e situazioni di rischio); la preparazione alla ricaduta; l'apprendimento di strategie di coping; l'individuazione degli elementi dello stile di vita correlati al mantenimento del cambiamento rispetto all'uso o al gioco.

Tali obiettivi poggiano su basi fortemente relazionali, cioè dipendono dal mantenimento di una buona alleanza di lavoro e da un'atmosfera di fiducia tra cliente e terapeuta e hanno a che fare con il promuovere la collaborazione rispetto alla definizione degli obiettivi e alla scelta delle strategie utilizzate per raggiungerli, aspetti peraltro non facili da coltivare nella relazione con una persona che soffre di addiction.

Indipendentemente dal significato che viene dato al termine ricaduta, nei modelli che lavorano per prevenirla e gestirla, i pensieri, sentimenti o comportamenti che minacciano i cambiamenti cognitivi, affettivi e comportamentali compiuti nel corso del recupero non vengono letti come fallimenti del trattamento o prova della scarsa motivazione della persona a cambiare, ma come manifestazioni naturali delle difficoltà e dei progressi che il recupero comporta (Kats e Ney, 1997). In maniera controintuitiva, ma clinicamente significativa, sono spesso l'assenza di ricadute o la negazione di ossessioni e compulsioni relative all'uso gli aspetti che possono nascondere più problemi e che comportano maggiori rischi di ricaduta o 'scivolata'<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Nel recupero dalle dipendenze, i termini '*lapse*' e '*relapse*' sono spesso tradotti come 'scivolata' e 'ricaduta'. La prima viene di solito considerata come un 'passo falso', termine che serve a differenziare un singolo e concluso episodio di uso di droghe o gioco d'azzardo da una ricaduta piena, caratterizzata dal ritorno ai livelli di consumo o gioco precedenti alla richiesta di aiuto.

“Nell’approccio della RP, la ricaduta viene vista come processo di transizione, piuttosto che come risultato terapeutico negativo. Uno degli obiettivi principali di questo approccio è quello di offrire al cliente le abilità e le strategie cognitive per impedire che un singolo episodio isolato si trasformi in una ricaduta a tutti gli effetti. Un errore isolato può essere visto come un’opportunità per apprendere ed è potenzialmente in grado di far aumentare la motivazione dei clienti al cambiamento e ad affrontare diversamente l’abuso di sostanze” (Barrett e Marlatt, 2001, 200).

Il terapeuta che voglia lavorare sulla prevenzione e gestione delle ricadute deve, pertanto, utilizzare singole scivolate e ogni ricaduta come occasioni per incrementare la motivazione al cambiamento e per consolidare le abilità di coping utili ad affrontare future situazioni a rischio di ricaduta.

“Il lavoro di prevenzione delle ricadute, pertanto, comporterebbe la capacità di discriminare tra processi di ricaduta e processi di recupero e si caratterizzerebbe per la sua capacità di trasformare i primi nei secondi” (Vasale e Tonioni, 2010, 111).

Ricostruire il processo della ricaduta ripercorrendone le varie tappe, gli stati d’animo ed il livello di consapevolezza che l’ha caratterizzato ed individuando i passaggi critici che possono portare la persona ad un avvicinamento graduale a situazioni definite ad alto rischio, rappresenta un obiettivo centrale del lavoro sulla ricaduta: “al cliente viene insegnato a vedere la ricaduta come un processo e ad identificare e comprendere le situazioni ad alto rischio che possono provocarla” (Barrett e Marlatt, 2001, 200).

L’individuazione delle situazioni ad alto rischio implica raccogliere informazioni dettagliate sui luoghi, i momenti, le persone, le azioni, i pensieri e le emozioni che precedono una ricaduta e/o che possono scatenare il craving.

“Una situazione ad alto rischio è quella cui il soggetto è altamente vulnerabile ad una ricaduta oppure quella in cui ha sperimentato una ricaduta in passato” (Teesson et al., 2006, 105).

In conclusione, una ricaduta può “diventare un’importante esperienza di apprendimento per l’utente, ammesso che vengano analizzati i processi psicologici che l’hanno determinata, i quali si riferiscono sia a fattori quali le condizioni-stimolo ad influenza immediata, sia alla conoscenza delle cause più remote dei propri comportamenti” (Pelli, 2007, 149).

### **Indicatori di rischio di ricaduta**

Diversi fattori possono innescare una ricaduta (il comportamento di assumere sostanze psicoattive o giocare d’azzardo) e, in letteratura, sono state proposte varie categorie di situazioni ad alto rischio.

Nella *Relapse Prevention* (Marlatt e Gordon, 1985), che è partita proprio dallo studio e dalla definizione delle situazioni a rischio, queste ultime sono state divise in:

- 1) situazioni che innescano stati emotivi negativi (talvolta, anche stati emotivi positivi);
- 2) situazioni di conflitto interpersonale;
- 3) situazioni di pressione sociale verso l’uso di droghe o il gioco d’azzardo.

Il modello evolutivo della Brown (1997), che riprenderemo più avanti, suggerisce di lavorare sia con il materiale presentato apertamente dal cliente, sia con le sue credenze, le sue esperienze traumatiche ed i suoi pattern di attaccamento non manifesti.

Dato che i fattori di rischio di ricaduta possono derivare da diverse fonti, troviamo che per un terapeuta possa essere utile adottare una prospettiva comprensiva delle principali situazioni a rischio, come quella offerta da Kats e Ney (1997), i quali hanno suddivise gli indicatori di rischio di ricaduta in 7 ambiti: 1) comportamentali; 2) cognitivi; 3) sociali/interpersonali; 4) affettivi; 5) psicodinamici; 6) fisiologici; 7) spirituali (Tabella 1).

**Tab. 1. Indicatori di rischio di ricaduta secondo Kats e Ney (1997) (ripreso e lievemente modificato da Vasale e Tonioni, 2010).**

### **1. Comportamentali**

- Diminuire o cessare le attività orientate al recupero (per esempio, non andare agli incontri di Alcolisti Anonimi, abbandonare i programmi o i gruppi di recupero, saltare le sedute di psicoterapia).
- Isolarsi dagli altri.
- Evitare i sistemi di sostegno del recupero.
- Evitare di parlare di addiction e di recupero.
- Agire compulsivamente o impulsivamente in altre aree della vita (per esempio, nel lavoro).
- Aumentare l'uso di farmaci non prescritti.
- Permettere che il proprio stile di vita diventi instabile.
- Non sviluppare o diradare attività alternative all'uso o al gioco.
- Mentire consapevolmente.
- Non essere produttivi nel lavoro o a scuola.
- Non essere in ascolto dei propri pensieri o sentimenti.

### **2. Cognitivi**

- Preoccuparsi a causa dell'uso o del gioco d'azzardo.
- Ricordare con euforia i "*vecchi bei tempi*".
- Fantasticare sull'uso controllato o sul gioco controllato (nei modelli finalizzati all'astensione).
- Credere che si possa controllare l'uso di droghe o il gioco d'azzardo (nei modelli finalizzati all'astensione).
- Credere che usare o giocare possano essere un'alternativa migliore della gestione attiva dei problemi.
- Interpretare i momenti di desiderio intenso di usare o giocare come un segno di fallimento o come una mancanza di motivazione.
- Focalizzarsi su tante cose tranne che sul recupero.
- Dubitare della propria capacità di mantenere gli obiettivi decisi.
- Avere la convinzione o la certezza "*non berrò (userò, giocherò) mai più*".
- Fare esperienza di periodi di confusione o pensare di non essere capaci di fare programmi.
- Decidere che l'astensione (o il controllo/riduzione del danno) sia tutto quel che serve.

- Manovrare di proposito i pensieri per allontanarli dall'alcol.
- Minimizzare i problemi.
- Credere che le droghe o il gioco d'azzardo siano necessari per divertirsi.
- Essere giudicanti nei confronti dei programmi di recupero di altre persone.
- Giudicarsi severamente o negativamente.
- Mettere in discussione la propria identità di alcolista, dipendente o giocatore d'azzardo (nei gruppi dei 12 Passi).

### ***3. Sociali/Interpersonali***

- Ritirarsi o prendere le distanze dai rapporti sociali.
- Trovarsi con i vecchi compagni di uso o di gioco.
- Ricevere pressioni a usare droghe o giocare d'azzardo da parte di amici o conoscenti.
- Porsi in situazioni sociali di rischio.
- Far dipendere il proprio recupero dalle altre persone.
- Ricevere un 'sabotaggio' manifesto o nascosto da parte dei familiari.
- Sperimentare conflitti o problemi nelle relazioni interpersonali.
- Mancare del sostegno della famiglia o degli amici.
- Essere disonesti con gli altri.
- Venire facilmente irritati dai familiari e dagli amici.
- Incolpare dei problemi i familiari e gli amici.
- Non fidarsi degli altri.
- Essere troppo esigenti o critici nei confronti degli altri.
- Chiudersi in una relazione esclusiva.
- Rifiutare apertamente l'aiuto degli altri.

### ***4. Affettivi***

- Sperimentare un aumento dell'ansia.
- Sentirsi colpevoli (per esempio, per essere sopravvissuti; per la propria ambivalenza nei confronti dei gruppi dei 12 Passi; a causa dei danni arrecati dall'uso o dal gioco d'azzardo).
- Provare vergogna.
- Sentirsi soli/vuoti.
- Sperimentare una mancanza di significato nella vita.

- Sentirsi ostili/arrabbiati.
- Sentirsi depressi/disperati.
- Avere paura (per esempio, di non essere capaci di rimanere sobri, di non riuscire a mantenere il controllo, di non essere abbastanza bravi).
- Sentirsi sopraffatti o privi di valore.
- Sentirsi deprivati.
- Sperimentare eccessivo stress o frustrazione.
- Sperimentare sentimenti estremi, compresa la gioia.
- Sentirsi annoiati.
- Sentirsi in lutto o avere un senso di perdita.
- Perdere la fiducia in sé stessi.
- Sentirsi incapaci di perdonarsi.
- Sentirsi senza speranza.
- Sentirsi fuori controllo.
- Avere la sensazione che i problemi siano insormontabili.
- Provare pietà per sé stessi.
- Sentirsi impazzire.
- Cercare di non guardare in faccia i sentimenti.
- Sperimentare ambivalenza e dubbi.

### **5. Psicodinamici**

- Negare (per esempio, la propria ambivalenza; che ci siano problema nel recupero; il dolore/lo stress passato e presente; la necessità di un programma di recupero).
- Pensare magicamente o nutrire un eccesso di fiducia (per esempio, che il recupero sarà facile; che la vita migliorerà immediatamente).
- Sentirsi trionfanti (per esempio, “*sono guarito*”; “*il recupero non è affatto difficile*”; scrivere da soli il proprio programma; presumere di essere migliori degli altri in recupero).
- Essere eccessivamente compiaciuti.
- Razionalizzare i comportamenti di ricaduta.
- Proiettare la colpa su altre persone.
- Distorcere la realtà.
- Essere sulla difensiva.
- Intellettualizzare.

- Isolare i propri sentimenti o affetti.
- Esternalizzare i problemi e fare agiti.
- Timore di rompere il legame di attaccamento con la sostanza e di sentirsi “vulnerabili”.

#### **6. Fisiologici**

- Sperimentare ‘attacchi’ di desiderio di usare o craving.
- Sperimentare sintomi di astinenza temporanei o protratti nel tempo.
- Dormire o mangiare irregolarmente.
- Non sentirsi in buona salute.
- Sentirsi esausti/affaticati.
- Avere problemi medici.
- Avere dolore fisico.
- Avere un senso di intorpidimento.
- Sentirsi menomati nel dare giudizi, nel pensare, nel concentrarsi e nel ricordare.
- Essere cronicamente malati.
- Esperire difficoltà di coordinazione fisica.

#### **7. Spirituali**

- Dipendere dalla sola forza di volontà per mantenere l’obiettivo del trattamento.
- Sentirsi incapaci di dipendere dagli altri (es. chiedere aiuto) o di connettersi agli altri o alla natura/mondo.
- Sentirsi incapaci di credere in un potere superiore a sé stessi (nei gruppi dei 12 Passi)
- Sentirsi abbandonare dalla speranza e/o dalla fede.

La Tabella non va intesa come esaustiva in termini di contenuto (potrebbe ovviamente essere molto più ampia); i sette ambiti, invece, hanno, a nostro avviso, la potenzialità di fornire una griglia completa; essi evidenziano aree importanti di monitoraggio da parte del terapeuta e di auto-osservazione da parte del paziente durante il recupero e rappresentano uno schema di partenza rispetto al quale i clienti con un disturbo da uso o da addiction possono individuare le situazioni a rischio cui prestare attenzione, organizzandole in una griglia individualizzata.

Un discorso a parte spetta, invece, ai fattori di rischio di ricaduta legati al terapeuta, vale a dire gli interventi terapeutici che possono contribuire a ridurre i processi di recupero ed a rinforzare quelli di ricaduta. Tra questi, segnaliamo, d'accordo con Kats e Ney (1997), lo spostare l'accento terapeutico lontano dall'addiction, soprattutto nei momenti iniziali del recupero: molti terapeuti, ad esempio, credono che lavorare sulla sfera affettiva o sui problemi psicologici sottostanti all'addiction sia più importante che lavorare sull'uso o sul gioco d'azzardo e rischiano di focalizzarsi su emozioni come ansia e depressione, perdendo di vista che esse sono spesso il risultato dell'astensione. Lavori prematuri su sentimenti ed emozioni, soprattutto se associate a traumi dello sviluppo, possono, peraltro, attivare una reazione comportamentale di ricerca della sostanza o di ritorno al gioco a scopo auto-terapeutico e facilitare il drop out. Grazie alla letteratura sulla traumatologia, oggi sappiamo che il lavoro sui traumi richiede una specifica preparazione e stabilizzazione del paziente che, nel caso delle persone che stanno affrontando anche un addiction, dovrebbe tenere conto del rischio di ricaduta<sup>10</sup>.

Anche in una fase avanzata del recupero, quando l'uso/gioco ed i pensieri relativi all'uso/gioco sono diventati meno frequenti ed emergono altri temi importanti su cui lavorare (problemi coniugali, lavorativi e relazionali oppure traumi e altri problemi dello sviluppo legati ad un attaccamento insicuro o disorganizzato), può essere rischioso abbandonare del tutto la focalizzazione sulla prevenzione delle ricadute: il lavoro su questi temi dovrebbe essere accompagnato da un monitoraggio rispetto al desiderio, al craving, all'uso/gioco e all'hopping<sup>11</sup> per evitare ricadute apparentemente senza motivo e drop out tardivi.

---

<sup>10</sup> Per chi volesse approfondire il tema del trattamento dei traumi in persone che hanno sviluppato una dipendenza si rimanda al recente libro di Laurel Parnell (2020), *Il trattamento basato sull'EMDR per le dipendenze*. Raffaello Cortina Editore.

<sup>11</sup> L'hopping ('saltare') indica lo spostamento da una dipendenza ad un'altra: la persona in trattamento per una specifica addiction comincia a ridurre o abbandonare la sua addiction, ma contemporaneamente adotta altri comportamenti compulsivi o

Infine, merita almeno un accenno il ruolo che specifici processi metacognitivi hanno, non solo nella predisposizione allo sviluppo di una dipendenza, a partire da comportamenti occasionali di uso, ma anche nel processo di mantenimento del craving e in quello che può portare ad una ricaduta al termine di un periodo di astinenza. Spada e Wells (2009), partendo dal modello Self-Regulatory Executive Function (S-REF) di Matthews e Wells (2004), il primo a concettualizzare il ruolo sia dei sistemi di credenze sia dell'attenzione nell'eziologia e nel mantenimento dei disturbi psicologici, hanno proposto, ad esempio, un modello metacognitivo del bere problematico, secondo il quale, alla base dell'uso di alcol come mezzo di regolazione degli affetti, vi siano le credenze metacognitive positive sull'uso e quelle sugli affetti negativi. L'idea centrale del modello è che l'attivazione di convinzioni metacognitive positive sull'uso di alcol possa contribuire all'innesco del suo consumo, il quale, a sua volta, riducendo il monitoraggio metacognitivo e rafforzando le credenze metacognitive negative sull'uso, associate a un'intensificazione degli affetti negativi, porta a prolungare un episodio di consumo, ovvero a un modello di comportamento che è difficile da regolare, in quanto la persona perde di vista l'obiettivo per cui si beve (cioè, la regolazione degli affetti) (Spada & Wells, 2009). All'interno di questo modello, una delle variabili metacognitive più importanti è stata identificata nel pensiero desiderante (*desire thinking*) che, come evidenziato da una recente meta-analisi (Mansueto et al., 2019), ha un ruolo significativo nella genesi e nel mantenimento dell'esperienza di craving e dei comportamenti di dipendenza (uso di alcol e nicotina, gioco d'azzardo, uso di Internet).

Il pensiero desiderante è uno stile di elaborazione delle informazioni relative a oggetti e attività piacevoli, che è stato suddiviso in due variabili, tra loro interconnesse: Persistenza Verbale (*Verbal Perseveration*), che comprende i pensieri ripetitivi e automotivanti sul bisogno di ottenere l'oggetto o di svolgere l'attività (ad esempio, "ho bisogno

---

di dipendenza. Ad esempio, una persona che si sta recuperando da un disturbo da uso di alcol potrebbe cominciare a giocare d'azzardo o viceversa.

di un bicchiere”) e Prefigurazione immaginativa (Imaginal Prefiguration), che comprende immagini mentali multisensoriali dell’oggetto/attività desiderata e del contesto in cui la si può realizzare o la si è realizzata (ad esempio, “immagino il sapore del fumo nella bocca”) (Caselli, 2012). Il pensiero desiderante genera benefici motivanti e legati alla distrazione nel breve periodo ma, se non è seguito da un passaggio all’azione, mantiene il soggetto bloccato in una condizione di desiderio crescente che è, appunto, il craving (Caselli, 2012).

### **Fasi del recupero e prevenzione della ricaduta**

Come abbiamo accennato sopra, il lavoro di prevenzione delle ricadute dovrebbe tener conto della fase del recupero in cui la persona si trova. Un modello utile a tal proposito è quello proposto dalla Brown (1997), che divide il processo di recupero in fase di transizione, prima fase del recupero e fase avanzata del recupero.

Il modello multidimensionale e progressivo di recupero (Brown, 1997) comprende al suo interno un approccio alla prevenzione delle ricadute. All’interno della cornice a 4 fasi<sup>12</sup> proposta dall’Autrice, la prevenzione delle ricadute comprende sia interventi di tipo cognitivo-comportamentale e psicoeducativo, sia un’attenzione alle questioni psicodinamiche (conflitti legati alla propria identificazione come persona alcolista/dipendente o conflitti temporaneamente sedati dall’uso o dal gioco), che sono potenzialmente capaci di interferire con l’astensione, in accordo con quanto sostengono Kats e Ney (1997, 230): “Il ruolo del terapeuta consiste nel monitorare i processi interiori affettivi ed inconsci insieme a quelli esterni, psicosociali del cliente”.

Nella fase di transizione è necessaria una partecipazione attiva del terapeuta ed il monitoraggio è su base comportamentale. Ci si foca-

---

<sup>12</sup> Oltre alle tre fasi legate al recupero (transizione, prima fase del recupero e fase avanzata del recupero), la Brown (1997) individua una prima fase denominata ‘bere’, in cui descrive i cambiamenti nel comportamento e nel modo di pensare correlati allo sviluppo dell’alcolismo.

lizza sul sostituire i comportamenti legati all'uso/gioco con azioni positive che conducono all'astensione. In questa fase è utile considerare gli indicatori comportamentali e cognitivi di rischio di ricaduta. Un'attenzione particolare viene data anche alle motivazioni del cambiamento: cominciare il recupero per i propri familiari, amici o colleghi di lavoro viene considerato un atteggiamento da confrontare, manifestazione di un eccessivo adattamento agli altri (con il rischio di passare dall'iperadattamento alla ribellione).

Nella prima fase del recupero, si lavora su una consapevolezza più ampia dei fattori che possono minacciare la ricaduta e maggior rilievo rispetto alle ricadute viene dato ai sentimenti, agli affetti e alle relazioni, monitorando quelle esclusive o un eccessivo isolamento sociale.

La fase avanzata del recupero, infine, caratterizzata da una minor preoccupazione di avere una ricaduta, resta aperta al monitoraggio degli impulsi e dei desideri di usare o giocare, che possono sorgere anche improvvisamente. Assumono un'importanza centrale i rischi indotti dalle transizioni (sposarsi, avere un figlio, lavorare, andare in pensione) o dalle crisi naturali della vita (malattie, perdite), un eccesso di sicurezza, il sentirsi fuori pericolo e la noia. Soprattutto in una fase avanzata del recupero, il lavoro sulle ricadute necessita non solo di strumenti cognitivi e comportamentali, ma anche di un lavoro affettivo e relazionale capace di decodificare alcuni simboli per coglierne il significato profondo. Lavorare sulla ricaduta, in questa prospettiva, significa anche ridurre il senso di colpa e la vergogna di sé al fine di evitare che tali emozioni spiacevoli, demoralizzando la persona, ne diminuiscano la motivazione al cambiamento (Vasale e Tonioni, 2010).

### **Il modello del processo della ricaduta di White**

La letteratura analitico-transazionale si è interessata alle dipendenze sia per quanto riguarda la loro concettualizzazione, sia per quanto riguarda il loro trattamento; tuttavia, i contributi recenti relativi alla tematica delle ricadute e al lavoro di prevenzione della ricaduta scarseggiano.

Per quanto riguarda il primo punto, la concettualizzazione dell'addiction, la teoria analitico transazionale comprende, secondo White (2013), almeno due parti: la simbiosi e l'attaccamento<sup>13</sup>.

In AT il processo simbiotico si completa nel momento in cui la persona ha sviluppato lo stato dell'Io Genitore e Adulto abbastanza da essere in grado di sopravvivere fisicamente e psicologicamente senza l'aiuto dei genitori (ovvero tra i 10 e i 12 anni); talvolta, però, gli stati dell'Io Adulto e Genitore non si formano in maniera adeguata o sono malformati e la persona rimane in uno stato dipendente della mente, nel quale per compiti, come calmarsi, ha bisogno degli stati dell'Io Genitore e Adulto di altre persone (White, 2013). L'incapacità delle persone con una tossicodipendenza di calmarsi è stata riportata in letteratura da diverso tempo (per es. Krystal, 1978); in termini di AT, si può affermare che lo stato dell'Io Genitore non ha mai introiettato una rappresentazione parentale calmante (Genitore Nutritivo positivo).

White (2013) descrive la struttura della personalità dipendente come caratterizzata da uno stato dell'Io Bambino attivo con stati dell'Io Genitore e Adulto malformati per quanto riguarda l'autocontrollo e la capacità di calmarsi. La conseguenza è che la persona che usa droghe cercherà un'altra persona, oggetto o comportamento per assumere le funzioni del Genitore e dell'Adulto, formando con questi una simbiosi.

Anche Berne (1969) aveva proposto una considerazione simile affermando che l'alcolista non crea una relazione a due vie (interdipendente), ma una relazione dove può appoggiarsi agli altri, tipica del rapporto con la madre: "Egli l'amava per tutto ciò che faceva per lui, non per sé stessa. In questo senso, e in molti altri sensi, gli alcolisti sono infantili nel comportamento emotivo ... In realtà, non è una battuta di spirito dire che un alcolizzato è una persona che non ha mai superato il biberon" (202-203).

---

<sup>13</sup> Esula dal presente articolo una presentazione sistematica della concettualizzazione dell'AT sulle dipendenze, per le quali si rimanda ai lavori di Berne (1969) e Steiner (1974, 1981, 2011) per l'AT classica e a White (2013) per una visione più recente.

Rispetto all'attaccamento, sappiamo che alcune persone finiscono per sviluppare disturbi dell'attaccamento di vario genere quando, nel loro sviluppo, non trovano un adulto emotivamente disponibile, affettuoso e capace di essere presente in maniera coerente e sintonizzata; la mancanza di una base sicura genera difficoltà dell'attaccamento che, generalmente, si traducono in difficoltà relazionali. La conseguenza è che la persona che usa droghe o gioca d'azzardo in modo problematico, con una vulnerabilità legata a problematiche dell'attaccamento, farà fatica a costruire relazioni significative fonte di regolazione esterna. La letteratura sulle dipendenze ha da tempo messo in evidenza la relazione tra uso di sostanze e problemi nelle relazioni intime, considerando il primo come l'agente causale dei secondi. Tuttavia, la ricerca longitudinale che ha cercato di esplorare tale relazione ha evidenziato una relazione anche inversa tra i due, in cui sono i problemi precoci nelle relazioni intime a causare l'uso, costituendo un fattore di vulnerabilità per il successivo sviluppo di problemi con le sostanze, come una recente meta-analisi (Fairbairn et al., 2018) di studi longitudinali con follow up fino a vent'anni ha ben mostrato, portando gli Autori a concludere che uno stile di attaccamento insicuro tende a predire a lungo termine un più elevato rischio di sviluppo di comportamenti di dipendenza da varie sostanze: "I risultati di questa meta-analisi indicano un'associazione longitudinale tra attaccamento insicuro e uso di sostanze, suggerendo che l'attaccamento insicuro precede temporalmente l'aumento dell'uso di sostanze e dei problemi legati alle sostanze. Questi risultati suggeriscono che le relazioni insicure possono essere un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo della dipendenza..." (Fairbairn et al., 2018, 3). In sintesi, le persone con problemi di simbiosi e di attaccamento sono psicologicamente suscettibili di diventare dipendenti dalle droghe e dal gioco,

L'ambivalenza rispetto all'uso di droga/gioco d'azzardo è la regola nelle dipendenze di lunga data e White (2013) la concepisce come un conflitto tra Bambino Adattato ("*Voglio usare le droghe*") e Bambino Libero ("*Non voglio usare le droghe*"). La persona dipendente può avere due differenti pensieri, sentimenti e comportamenti circa

l'uso di droghe (o gioco d'azzardo), che esistono contemporaneamente e sono parti della personalità in conflitto tra di loro.

Per quanto riguarda il secondo punto, il trattamento dell'addiction e, nello specifico, la prevenzione delle ricadute, White (2013) dedica alla ricaduta un intero capitolo, l'ottavo, del suo libro *“Working with drug and alcohol users. A guide to providing understanding, assessment and support”*, coniando il termine *“lavoro sul processo della ricaduta”* (Relapse Process Work).

Il suo punto di partenza, in linea con la letteratura sul tema, è che la ricaduta sia un evento comune e che normalizzarla faciliti il processo terapeutico.

White (2013) paragona il processo di recupero (nel nostro caso, abbandonare la relazione di dipendenza con le droghe o il gioco d'azzardo) alla chiusura di una relazione sentimentale, ovvero alla risoluzione nel tempo, con alti e bassi, di un attaccamento significativo, di cui la ricaduta è una parte integrale e distingue due tipi di ricaduta:

- quella prima dell'“inizio della fine della relazione”;
- quella che avviene dopo questo punto critico (o punto di significativa insoddisfazione).

Dopo l'inizio della fine, le ricadute cambiano nella loro qualità e significato: sono non solo un'espressione di insoddisfazione per la relazione con la droga, ma diventano il processo psicologico attraverso il quale la persona si tira fuori dalla relazione attraversando varie diadi “non uso-ricaduta”. Il consulente lavora con la persona dipendente per consolidare questa separazione.

In termini di sviluppo della relazione con la sostanza, all'inizio c'è un elevato livello di soddisfazione nei confronti dello stile di vita che prevede l'uso della stessa: in questa fase, alcune volte il consumatore può interrompere l'uso, ma la sua relazione rimane forte e, quando ricade, ritorna allo stesso livello di soddisfazione della relazione, così che il suo stile di vita procede nella direzione del rafforzamento della relazione di dipendenza dall'uso/gioco.

A un certo punto, però, la situazione cambia: il livello di soddisfazione si riduce ed arriva l'“inizio della fine”. In questa fase, la diade “non uso-ricaduta” facilita il distacco psicologico dalla relazione con la droga: ogni volta che una diade si completa, il consumatore è meno soddisfatto dello stile di vita che comprende l'uso ed il terapeuta può lavorare con lui per esaminare l'ultima diade, l'esperienza fatta e il suo impatto sulla relazione con la droga e sullo stile di vita.

La maggior parte dei consumatori di droghe, secondo White (2013), attraversa spontaneamente questo processo in concomitanza con il termine della propria carriera di uso; il terapeuta può, però, facilitarlo, velocizzandolo e rendendolo più dolce. In aggiunta, può assistere il cliente nel restare in vita attraverso la minimizzazione del danno, riducendo la quantità di conseguenze negative dell'uso sulla salute, sui problemi legali e sulle altre aree della vita.

In sintesi, la diade “non uso-ricaduta” permette al consumatore di lasciare la relazione con la droga quando ha raggiunto lo stadio dell'inizio della fine.

A differenza del modello degli stadi del cambiamento<sup>14</sup> (DiClemente e Velasquez, 2007; Connors et al., 2013), che vede la ricaduta come una potenziale fonte di regressione a stadi precedenti, il modello di White tiene conto del diverso significato delle ricadute rispetto ad un punto critico. Negli ultimi stadi della carriera di un consumatore, una ricaduta ha un significato positivo, perché muove il consumatore verso il mantenimento del cambiamento, già iniziato, di separazione dalla droga/gioco.

La distinzione operata da White (2013) ha una ripercussione sulle strategie che si possono utilizzare per aiutare una persona che soffre

---

<sup>14</sup> Il modello degli stadi del cambiamento individua 5 stadi che caratterizzano circolarmente il processo di uscita dall'addiction: preconsiderazione, considerazione, decisione, azione e mantenimento. La ricaduta, pur non costituendo una fase specifica all'interno del modello, fa parte di tutti i processi di cambiamento ed è considerata come un fatto normale, un evento atteso e/o una battuta d'arresto nel processo del cambiamento. Essa, da una parte, può riportare la persona a stadi precedenti, dall'altra, può favorire processi di apprendimento di nuove abilità e competenze necessarie a portare avanti e/o mantenere il cambiamento (DiClemente e Velasquez, 2007; Connors et al., 2013).

di un'addiction. Un esempio riportato dall'Autore è quello del cambiamento di contesto geografico, spesso fatto per disperazione. Il suo rationale è allontanare il soggetto dai pari che usano droghe nella speranza che cominci un nuovo stile di vita; di solito, questo non funziona e la persona comincia a usare droghe nella nuova area geografica o trova qualche ragione per tornare a casa. Talvolta, tuttavia, tale strategia funziona e può essere usata efficacemente nel momento in cui la carriera del consumatore volge verso la fine. Se l'inizio della fine è cominciato da qualche tempo e la persona sta allontanandosi dalla scena della droga, un cambiamento geografico può accelerare il processo, in modo particolare se la persona sta combattendo con la perdita degli amici che usavano droghe/giocavano e sta avendo difficoltà a stabilire nuove relazioni con i pari. Quando lo spostamento geografico avviene in tale fase e in un ambiente supportivo, allora può avere successo.

White (2013) fornisce anche altre indicazioni rispetto al lavoro sulla ricaduta.

Una parte del lavoro sul processo della ricaduta, in linea con il filone della Relapse Prevention, implica identificare la natura e la qualità della relazione con la droga e le situazioni ad alto rischio. Il consulente aiuta il cliente a identificare i fattori scatenanti, ovvero le situazioni ad alto rischio di uso, che possono riferirsi a sentimenti, pensieri, persone, posti ed eventi.

Il lavoro prevede, inoltre, lo sviluppo di abilità di rifiuto, per cui, se gli venisse offerta una droga o di giocare, la persona risponderà di no (versante sociale). Tale abilità si rivolge anche all'interno della persona (versante intrapsichico), cui viene insegnato a dire di no anche alla parte di sé stessa che vuole usare/giocare, usando messaggi dal Genitore Affettivo ("Fermati") o dall'Adulto ("Non ha senso").

Dato, tuttavia, che le persone con un'addiction non sempre hanno la forza nell'Adulto e nel Genitore di limitare il desiderio del Bambino di usare o giocare d'azzardo e dato che le droghe o il gioco tolgono potere all'Adulto e al Genitore rendendoli meno influenti, allora, oc-

corre in questi casi lavorare per rinforzare l'Adulto e il Genitore Affettivo.

Il lavoro di prevenzione della ricaduta prevede, inoltre, di valutare il livello di deprivazione, divertimento e piacere della persona. Più è presente la deprivazione, più è facile che avvenga una ricaduta. Il consulente può chiedere al cliente di sedersi sulla sedia del Bambino e domandargli cosa stia sentendo e pensando rispetto alla sua vita attuale. Il lavoro sulla deprivazione, secondo White (2013), dovrebbe precedere quello di rafforzamento del Genitore.

Da ultimo, nel lavoro di prevenzione delle ricadute occorre mettere in relazione le diverse parti della personalità, stabilendo un contatto con la parte distruttiva del cliente (BA), così da ridurre l'influenza negativa e la probabilità di una ricaduta (White, 2013).

### **Linee guida per il lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute in ottica analitico transazionale**

In questa parte dell'articolo, ci focalizziamo su alcune linee guida che troviamo utili nel lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute e che hanno alla base concetti propri dell'AT.

Nello specifico, il lavoro qui proposto si basa su 4 linee guida:

1. contrattare insieme al paziente il lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute;
2. evitare di entrare nei ruoli di Persecutore, Salvatore e Vittima (Karpman, 1968) tipicamente giocati dalle persone dipendenti (Steiner, 1974, 1981);
3. osservare le svalutazioni relative alla ricaduta (gestione della ricaduta) o alle potenziali situazioni di rischio (prevenzione della ricaduta) e confrontarle apertamente;
4. verificare quanto succede tra una seduta e l'altra e come la persona metta in pratica quanto impara.

1) Nel lavorare con persone che hanno sviluppato un'addiction, il contratto professionale prevede non solo l'impegno del paziente e del terapeuta per un ben definito corso di azione, cioè l'accordo rispetto all'obiettivo, che può essere l'astensione dall'uso/gioco d'azzardo per un periodo definito di tempo (tre mesi, un anno o astensione con-

tinua) o, in alternativa, obiettivi di riduzione del danno, ma anche un chiaro accordo rispetto alla metodologia di lavoro, che comprende la definizione di ricaduta e la condivisione del lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute.

Per fare questo, il terapeuta può utilizzare materiali psicoeducativi o discutere apertamente con il paziente rispetto alla ricaduta, definendola, normalizzandone l'evenienza e concordando con lui l'impegno a parlare delle proprie ossessioni (pensare di usare/giocare), del craving (desiderio di usare/giocare) e delle ricadute (suddivisibili in ricadute emotive o psicologiche, scivolate e ricadute). L'accordo dovrebbe prevedere che, nel corso della seduta, si dedicherà una parte del tempo all'esplorazione di questi aspetti e alla loro analisi, finalizzata, appunto, a prevenire o gestire eventuali ricadute. Un segnale che tale accordo viene rispettato è quello per cui il paziente stesso inizia la seduta raccontando cosa sia successo tra le sedute, riportando pensieri e/o desideri relativi all'uso/gioco d'azzardo e parlando di situazioni affrontate in modo positivo (astensione) o negativo (ricadute).

2) Per quanto riguarda il secondo punto, Steiner (1974, 158) afferma: "Il principale e più importante lavoro del terapeuta è quello di non partecipare al gioco dell'Alcolista". Quindi, non dovrebbe ritrovarsi nei ruoli di Persecutore, Salvatore, Vittima Designata, Agente di collegamento". Nel lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute un rischio sempre presente per il terapeuta è quello di assumere uno dei tre ruoli del Triangolo Drammatico di Karpman (1968) che, secondo Steiner (1981), riassumono i cinque ruoli individuati da Berne nel gioco dell'Alcolista.

In base alla nostra esperienza clinica, il terapeuta può entrare nel ruolo di Persecutore tipicamente durante il lavoro di gestione delle ricadute, quando, dopo tanti 'sacrifici' fatti per far sì che la persona dipendente non ricada (ruolo di Salvatore), di fronte all'ennesima ricaduta comincia a sentirsi irritato e spazientito dall'incapacità del paziente di apprendere dall'esperienza e proteggersi. Irritazione e rabbia possono manifestarsi in termini controtransferali come desiderio

di chiudere la terapia e/o di prendere a calci il paziente (dinamica espulsiva) oppure, secondo Steiner (1974), come tendenza a biasimare il paziente per la sua mancanza di motivazione, per la sua resistenza o passività aggressiva.

Nel lavoro di prevenzione delle ricadute, invece, è più facile, a nostro avviso, che il terapeuta assuma il ruolo di Vittima designata (o Patsy, cioè Pollo) e di Salvatore.

Nel primo caso, il terapeuta, come Vittima designata, può, ad esempio:

- assumere che, se il cliente non porta situazioni a rischio o ricadute, ciò significa che sta andando tutto bene;
- non accorgersi che il paziente sta facendo uso o sta giocando tra le sedute;
- credere che il lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute non sia più necessario e dedicare tutto il tempo della seduta ad affrontare le altre problematiche del paziente o ad elaborare il suo passato;
- evitare di dare compiti a casa (ad es., partecipare ad un incontro dei gruppi dei 12 Passi) necessari a stimolare la responsabilità del paziente rispetto al cambiamento;
- accettare le rassicurazioni del paziente rispetto all'aver smesso per sempre di usare o di giocare d'azzardo, basandole solo sulle sue parole, senza verificarle.

Nel secondo caso, il terapeuta, come Salvatore, può, ad esempio:

- non confrontare la passività del paziente;
- svalutare la capacità di pensare della persona, indicando cosa fare nelle situazioni a rischio e decidendo al suo posto se evitarle o affrontarle;
- fare più del cinquanta per cento del lavoro di prevenzione e gestione della ricaduta.

Come ricorda Steiner (1974, 160-161): “La situazione in cui un Salvatore è illuso dalla possibilità di successo, e poi si ritrova improvvisamente nella posizione della Vittima della sua Vittima diventata Persecutore, è tipica degli psicoterapeuti che lavorano con pazienti amartici”. Essa può condurre ad una reazione da parte del terapeuta

centrata sulla frustrazione (“non ho fatto abbastanza”) con il rischio di deprimersi.

Un modo per gestire le reazioni controtrasferali che una ricaduta può attivare è quello di domandarsi cosa stia sperimentando il cliente rispetto ad essa: è arrabbiato con sé stesso e/o con la terapia? Si sente rassegnato e impotente? Si vergogna e si sente in colpa?

3) Rispetto al terzo punto, è molto importante che il terapeuta osservi con attenzione le svalutazioni messe in atto dal cliente attraverso i suoi comportamenti e modi di pensare.

Il concetto di svalutazione degli Schiff (1980) è di particolare utilità nel lavoro con le persone che presentano un disturbo da uso di sostanze o un disturbo da addiction. La letteratura sui meccanismi difensivi tipici delle dipendenze ha, infatti, evidenziato come tra le difese più pervasive siano presenti il meccanismo della negazione e quello della minimizzazione. Entrambi questi meccanismi difensivi possono essere tradotti in AT in termini di svalutazione: quando la svalutazione riguarda l'esistenza di uno stimolo, siamo in presenza di una negazione; negli altri casi illustrati dalla matrice della svalutazione, essa comporta sempre una minimizzazione o scotomizzazione di una parte della realtà. Per Gli Schiff (1980, 24-25), “la svalutazione è un meccanismo interno che induce le persone a minimizzare o ignorare aspetti di sé stessi, degli altri o della situazione reale”, ovvero informazioni potenzialmente pertinenti alla soluzione di un problema.

Poiché una svalutazione non è di per sé osservabile, il terapeuta può riconoscerla attraverso alcuni tipi di comportamento passivo (astensione, iperadattamento, agitazione e incapacitazione/violenza), alcuni modi di pensare (grandiosità) e alcuni disturbi del pensiero.

Di particolare interesse nell'ambito della prevenzione e gestione delle ricadute è, in primo luogo, il comportamento passivo dell'astensione, che si manifesta quando il paziente si astiene dal parlare delle situazioni di rischio di ricaduta (prevenzione) o delle sue ricadute (gestione), svalutando così l'esistenza dello stimolo o del problema e passivizzandosi rispetto al contratto.

Può succedere, invece, che la persona riporti situazioni di rischio o situazioni affrontate con successo o insuccesso, ma senza volercisi davvero soffermare, ovvero analizzandole in modo superficiale (svalutazione dell'importanza dello stimolo o del problema).

Nell'ascoltare il paziente sarà importante, quindi, prestare attenzione agli indizi verbali della svalutazione, che possono essere rappresentati da specifiche parole, come "cercherò di...", dall'uso del condizionale, da incongruenze tra verbale e non verbale, da ridefinizioni (manifestate con transazioni tangenziali e bloccanti) e dall'uso di un linguaggio impersonale.

Il lavoro di prevenzione delle ricadute diventa, in questa prospettiva, un processo di problem solving, in cui il terapeuta aiuta il paziente ad attraversare la matrice della svalutazione in diagonale, partendo dalla casella dell'esistenza dello stimolo fino alla casella della capacità della persona ad agire le alternative.

Il compito del terapeuta rispetto all'obiettivo della prevenzione e gestione della ricaduta è quello di confrontare apertamente le svalutazioni. Questo può essere fatto attraverso transazioni incrociate, con l'uso dell'umorismo o stimolando la persona a pensare (Permesso di pensare in antitesi all'ingiunzione Non Pensare).

4) L'ultimo punto riguarda la necessità di verificare quanto accade tra una seduta e l'altra in termini di uso di droghe o di gioco d'azzardo. Questo comprende la verifica di come la persona abbia messo in pratica quanto ha imparato dal lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute durante le sedute.

Assegnare compiti di automonitoraggio rispetto alle ricadute e chiedere al cliente, all'inizio di ogni seduta, cosa abbia fatto per mantenere l'astensione dall'uso o dal gioco rappresentano due strategie utili a dare potere e responsabilità al cliente, stimolandolo a uscire dalla passività simbiotica tipica delle dipendenze, a costruire attivamente nuove strategie di coping e a utilizzare in modo adeguato le risorse sociali e professionali che fanno parte del suo sistema di trat-

tamento o, come afferma Morgan (2021), del suo capitale di recovery<sup>15</sup>.

Di seguito, riportiamo una vignetta clinica che illustra le suddette linee guida.

**Un esempio di prevenzione della ricaduta in ottica analitico transazionale: “Sarebbe...”<sup>16</sup>.**

Il setting concordato insieme a Cristiano, un uomo di circa 30 anni, che ha sviluppato un disturbo da uso, prevede che io lo veda due volte alla settimana e che sia seguito anche da uno psichiatra, il quale gli ha prescritto una terapia psicofarmacologica impostata per ridurre il craving e l’ansia.

Ci stiamo vedendo da circa sei mesi, nei quali abbiamo lavorato insieme, costruendo una buona alleanza di lavoro<sup>17</sup> e aumentando le sue risorse interne ed esterne<sup>18</sup> in modo tale che la sua capacità di contenersi e proteggersi è decisamente aumentata durante questa iniziale fase di recupero.

Cristiano arriva in seduta raccontandomi di aver avuto quella che definiremo successivamente una ricaduta “psicologica/emotiva” (una ricaduta il cui unico elemento mancante è il comportamento di uso).

---

<sup>15</sup> Morgan (2021) sottolinea che la psicoterapia applicata ai disturbi da addiction e al trauma non possa rimanere confinata all’interno della stanza di terapia e, riprendendo White e Cloud (2008), definisce il capitale di recovery come l’insieme delle risorse, interne ed esterne, utilizzate per avviare e sostenere il processo di recupero dall’addiction e adatte ad affrontare lo stress del recupero stesso e del vivere.

<sup>16</sup> Nomi e circostanze sono stati modificati per tutelare la privacy del cliente; inoltre, non viene indicata di proposito l’addiction di cui soffre, usando a tal fine parole generiche come “uso”, “disturbo da uso” e “roba”. In effetti, si sarebbe potuto fare un lavoro simile a quello qua illustrato sia con una persona con disturbo da uso di cocaina, di eroina o di alcol, sia con una persona che abbia sviluppato un disturbo da gioco d’azzardo o una dipendenza sessuale.

<sup>17</sup> Ad esempio, Cristiano mi ha parlato di alcune sue ricadute, invece di nasconderle, riferendomi di non sentirsi giudicato da me.

<sup>18</sup> Ad esempio, Cristiano è diventato più accogliente verso di sé e le sue difficoltà ed ha accettato dopo il primo mese di trattamento di assumere una terapia farmacologica e di condividere la sua problematica di dipendenza con due persone per lui importanti.

Riporta che, durante e dopo la ricaduta, si è percepito molto vulnerabile rispetto al comportamento dipendente, pensando “*sono ancora piuttosto debole*”<sup>19</sup>.

Osservo dentro di me l’attivazione del mio Genitore Critico che la sua ricaduta emotiva e il modo in cui è avvenuta mi elicitano: mi appare come una ricaduta programmata, in cui erano presenti tutti gli elementi per poterla prevenire e che Cristiano li abbia ignorati (svlutazione) da una posizione di Bambino Ribelle e/o di Bambino Adattato negativo. Nell’episodio che mi descrive, infatti, sono presenti diversi elementi su cui abbiamo lavorato nelle sedute precedenti e di cui non sembra aver tenuto conto: Cristiano ha capito che non è sicuro per lui prendere la macchina da solo, se non per tragitti brevi e che, avvicinandosi ad alcuni posti, rischia di attivare un forte craving e di ritrovarsi in una condizione mentale in cui la perdita di controllo diventa molto più probabile. Eppure, ieri mattina, quando insieme al suo capo hanno deciso come dividersi i compiti, ha accettato di prendere lui l’automobile per fare una commissione che comportava un lungo tragitto e che, in aggiunta, lo avrebbe portato vicino ad uno dei posti per lui meno sicuri.

Per evitare di entrare nel ruolo di Persecutore e di “Prenderlo a calci”, mi permetto di diventare curioso e di esplorare sia le circostanze, i comportamenti, i sentimenti, le sensazioni ed i pensieri che hanno accompagnato la ricaduta psicologica di cui mi sta parlando, sia la sequenza delle scelte che ha preso durante il processo della ricaduta<sup>20</sup>. Si impara sempre molto stimolando il cliente a parlare in modo dettagliato della ricaduta, consentendogli di recuperare tutte le informazioni utili a riconoscere che essa è un processo decisionale di

---

<sup>19</sup> Nel modello di recupero dei 12 Passi (Schenker, 2009), un pensiero di questo tipo verrebbe interpretato come un segnale di non accettazione di malattia.

<sup>20</sup> In linea con la concettualizzazione degli stati dell’Io nell’Analisi Transazionale Socio-Cognitiva (ATSC) (Scilligo, 2009), questa strategia implica passare dal terzo quadrante (controllo ostile) al primo quadrante (libertà amorevole) attivando gli stati dell’Io Bambino Libero e Adulto Libero.

cui è responsabile e di cui può diventare consapevole invece di sviarsi o ingannarsi<sup>21</sup>.

Tenendo anche presente che una persona che soffre di addiction potrebbe non raccontarmi proprio una ricaduta psicologica/emotiva (e tanto meno di aver usato o giocato), rimando a Cristiano di apprezzare la sua decisione di parlargli<sup>22</sup>.

Nel raccontarmi la mattinata del giorno precedente, Cristiano mi riferisce una serie di elementi interessanti su cui riflettere:

- ha accettato di uscire con l'automobile, piuttosto che restare in Ufficio, pur riconoscendo che la situazione costituiva un rischio; questo può voler dire molte cose: che manca di assertività, che voleva usare, che non sa chiedere aiuto, che si vergogna ad ammettere con il capo, il quale peraltro conosce il suo problema, la sua vulnerabilità, temendo di essere giudicato e di vedersi difettoso;

---

<sup>21</sup> Spesso, le persone con un addiction preferiscono sbrigarsi nel raccontare una ricaduta, come per liberarsene il prima possibile, perdendo in questo modo l'opportunità di apprendere dall'esperienza e di crescere: restare in superficie, attribuire la colpa della ricaduta a eventi, esterni e interni (una rabbia eccessiva, una persona che ha fatto pressioni), di cui non si sentono responsabili, incrementa in genere l'autoinganno (ad es. *"ho fatto una cazzata, non succederà più"*) e il senso di impotenza (l'idea che, quando ricado, non posso farci nulla). Una buona strategia per contrastare questa tendenza o spinta (Spicciati) è quella di far raccontare al raccontatore quanto è successo, così che sia possibile poterci pensare (Permesso di pensare vs ingiunzione di Non Pensare).

<sup>22</sup> In generale, la condivisione di una ricaduta apre due opportunità, connesse a due diversi messaggi psicologici o nascosti: il primo, proprio della "parte dipendente", è sfidante (*"sono ricaduto, ah, ah!! Vediamo adesso che fai"*) o vittimistico (*"sono ricaduto, povero me! Salvami tu"*); il secondo, proprio della "parte che vuole smettere", è collaborativo e alla ricerca di una relazione antitetica (*"è successo e te lo voglio dire, piuttosto che tenerlo nascosto"*, cioè aiutami a non giocare dentro di me e con te - la relazione Genitore-Bambino, in cui mi critico e poi mi ignoro e mi ribello). Questo secondo livello offre l'opportunità di costruire con il cliente una relazione nuova che può stimolare l'autoriflessione (*"posso pensare a quello che mi succede"*), l'apprendimento dall'esperienza (*"posso imparare dai miei errori"*) e l'autocura (*"posso imparare a proteggermi"*).

- ha pensato di chiamarmi o di mandarmi un messaggio (chiedere aiuto), ma non lo ha fatto (nei mesi precedenti, non ci avrebbe neanche pensato!);
- ha deciso consapevolmente di non uscire troppo presto per andare all'appuntamento, sapendo che uscire prima avrebbe significato avere tempo per farsi (parte che vuole smettere);
- durante il viaggio si è sentito da subito in ansia, temeva di ricadere e che non avrebbe resistito alla voce interna che gli diceva “*devi farlo*”;
- nel viaggio di andata ha resistito, arrivando qualche minuto prima all'appuntamento; poi, aggirandosi nei paraggi, ha percepito un'occasione per ricadere ed è stato “salvato” solo dall'arrivo del fornitore con cui aveva appuntamento.

Cristiano descrive il viaggio di ritorno come una battaglia; la voglia di farsi era cresciuta, il senso di autoefficacia era diminuito e, alla fine, ha deciso di fermarsi in un posto dove avrebbe potuto trovare la “roba”: riporta di essere andato avanti e indietro per tre volte dall'automobile verso il luogo di compravendita e di essere poi risalito in macchina senza usare. Più avanti sulla strada, si è fermato una seconda volta ma, alla fine, non si è fatto.

È interessante che, nel parlare della sua esperienza di resistenza, Cristiano non si senta orgoglioso di sé, né forte, ma debole e ancora “sensibile”, segno che non è ancora in una fase avanzata del recupero. Questo vuol dire che sta cominciando a riconoscere la compromissione del controllo (“impotenza” nella filosofia di AA). La sua prova di forza, motivata dalla parte dipendente, lo ha messo in contatto con la sua vulnerabilità<sup>23</sup>: Cristiano riconosce che il desiderio di farsi può diventare tanto forte da rendere molto difficile resistergli. Durante gli incontri precedenti, in più di un'occasione aveva descritt-

---

<sup>23</sup> In situazioni come questa, dove la persona ha resistito e non si è fatta, può succedere che la “parte dipendente” possa pensare: “*se riesci a controllarti, allora puoi farne uso quando vuoi*”, portando paradossalmente ad un aumento del rischio di ricaduta nei giorni successivi.

to il craving in modo simile al “*sentirsi pilotato senza potersi fermare*”<sup>24</sup>.

L’esperienza di una ricaduta, anche solo psicologica/emotiva, lascia di solito la persona dipendente ‘aperta’, cioè con un desiderio più forte di farsi e, d’altra parte, è un’occasione per riconoscere e ammettere che la dipendenza ha a che fare con la compromissione del controllo. Ora Cristiano ha più voglia di farsi ed è anche per questo che me ne sta parlando, perché si sente più in pericolo.

Così, si apre l’ultima parte della seduta, il motivo più profondo per cui mi ha raccontato questa vicenda<sup>25</sup>.

Cristiano mi confessa di aver preso un appuntamento il giorno seguente con un suo amico fraterno, che è anche stato suo compagno di uso. Afferma che l’amico lo ha contattato perché ha voglia di fare due chiacchiere con lui prima di un viaggio. Mi confida che non pensava di dirmelo, sorridendo come un bambino che un po’ si vergogna e un po’ si sente liberato potendone parlare. Penso che abbiamo lavorato bene se me ne sta parlando prima che l’incontro avvenga e interpreto la sua scelta di aprirsi come una prova dell’efficacia dell’atteggiamento terapeutico che ho assunto, evitando di giocare i ruoli di Salvatore o di Persecutore del Triangolo drammatico.

Il colloquio procede nel modo seguente:

T: (*accentuando il tono, come per ‘giocare a fare’ il Genitore Critico*) ah, bene, ti vedi con Giovanni!

C: (*ride, poi riprendendo un tono serio*) sì, ma penso che andrà bene.

T: pensi che andrà bene (*il tono è ancora accentuato, di confronto amorevole*).

---

<sup>24</sup> In Analisi Transazionale, un’esperienza di questo tipo può essere concettualizzata come il risultato di un’esclusione da parte del Bambino nei confronti dell’Adulto e del Genitore; in termini di ATSC (Scilligo, 2009), il Bambino Ribelle esclude l’Adulto Protettivo e il Genitore Protettivo.

<sup>25</sup> Capita, lavorando con persone che hanno sviluppato un’addiction, che gli aspetti più importanti su cui lavorare, emergano verso la fine della seduta. Come nel caso di Cristiano, parlare del passato, cioè di quello che ormai è già successo, invece che del futuro, cioè di quello che sta per accadere, è uno dei modi in cui la “parte dipendente” mantiene il controllo sul recupero e prova a sabotarlo.

C: (*parlando velocemente*) è un mio caro amico, ci vediamo solo per parlare, ha problemi con la sua fidanzata e voleva discuterne con me.

T: (*cogliendo la tangenzialità nella risposta*) se un mio studente mi dicesse che pensa (*accentuandolo*) che l'esame andrà bene, gli chiederei "hai studiato?"

C: (*mi guarda curioso*) ...

T: è proprio una situazione rischiosa, immagino che non sia facile dire di no se ti offrisse di farvi, considerato lo stato mentale in cui stai dopo questa ricaduta emotiva.

C: sì, è vero, non riuscirei a dirgli di no per come sto adesso.

T: ti va se riflettiamo insieme su questa situazione e capisci come puoi fronteggiarla? (*stimolo un contratto di seduta*).

C: (*fa cenno di sì*).

T: (*decido di non confrontare l'incertezza legata all'accennare un sì, invece di pronunciarlo e di attivare il suo A*) dove vi incontrate?

C: abbiamo pensato di vederci a Termini per un caffè o un gelato.

T: (*guardandolo con sguardo giocoso e muovendo la testa in modo "divertito"*) a Termini!

C: (*sorride*) Massimo... (*come un bambino che si lamenta amorevolmente*).

T: (*sorrido con lui*) ... un posto in cui è proprio difficile trovare la roba... (*lo dico sentendomi divertito dal suo autoinganno*). (*Poi, dopo qualche secondo, guardandolo dritto negli occhi*) Voglio chiederti questo: quale è il posto più sicuro in cui puoi vederlo?

C: (*mi guarda con aria da bambino*) sarebbe in Ufficio.

T: quindi, sarebbe (*accentuato in modo dolce, ma di confronto*) in Ufficio.

C: Massimo, tu non me ne lasci passare una (*ride di gusto, come un bambino che è stato colto in castagna da un genitore amorevole e percepisco che si sente contento di essere visto*).

T: vuoi dire semplicemente "il posto più sicuro in cui vederlo è in Ufficio"?

C: (*qualche secondo*) è vero, è in ufficio, lì non ci sarebbero tentazioni e non farei stupidaggini.

T: bene, adesso sai come puoi proteggerti e, se vuoi, lo puoi fare. È bello vederti pensare chiaramente.

Al termine della seduta, stimolo Cristiano a riconoscere il suo contributo al lavoro fatto insieme (si è aperto, ha parlato di una potenziale situazione di rischio, dandosi la possibilità di proteggersi e di prevenire una ricaduta) e fissiamo in termini cognitivi la differenza tra sobrietà (parte che vuole smettere) e dipendenza (parte che vuole continuare a usare): *“una persona sobria fa la cosa più sicura, una persona dipendente si sfida, mettendosi in situazioni di rischio”*. La sobrietà implica riconoscere quanto sia difficile resistere all’uso, accettare questa vulnerabilità e trattarsi in modo protettivo. Per rinforzare la precedente confrontazione, illustro ulteriormente il concetto usando un’esemplificazione in forma di domanda: *“se tuo figlio fosse obeso e goloso, lo metteresti davanti ad un vassoio di paste?”*.

La seduta seguente arriva in seduta, dicendomi che ha visto Giovanni in Ufficio e non si è fatto.

## **Conclusioni**

Il tema della prevenzione e della gestione delle ricadute è centrale quando si lavora nel recupero dalle dipendenze. La concezione di ricaduta qui proposta si rifà alla filosofia e all’esperienza di Alcolisti Anonimi e riprende la distinzione operata da diversi studiosi (Daley, 1989; Marlatt e Gordon, 1985; Kats e Ney, 1997) tra processo della ricaduta ed atto di usare sostanze o giocare d’azzardo. Consideriamo una ricaduta ogni atto concreto di usare droghe o giocare d’azzardo, ma riteniamo che questo comportamento sia anticipato da vari segnali (pensieri, emozioni, e comportamenti in risposta a posti, persone e cose) che, se letti in anticipo, possono aiutare a prevenire una ricaduta.

Le sette aree proposte da Kats e Ney (1997) per classificare gli indicatori di rischio (comportamentali, cognitivi, sociali/interpersonali, affettivi, psicodinamici, fisiologici, spirituali) costituiscono un’utile griglia di partenza per costruire una griglia personalizzata di situa-

zioni di rischio di ricaduta, insieme ai fattori di rischio legati al terapeuta.

Il lavoro di prevenzione e gestione della ricaduta dovrebbe tenere conto delle diverse fasi del recupero (transizione, prima fase del recupero e fase avanzata del recupero) e, in chiave analitico transazionale, della distinzione operata da White (2013) tra ricadute che avvengono prima dell'inizio della fine e ricadute che avvengono dopo che questo punto critico è stato raggiunto.

Infine, nel lavoro sulla ricaduta suggeriamo di contrattare insieme al paziente il lavoro di prevenzione e gestione delle ricadute, di evitare di assumere i ruoli di Persecutore, Salvatore e Vittima, di osservare le svalutazioni relative alla ricaduta o alle potenziali situazioni di rischio, confrontandole apertamente, e di verificare, tra una seduta e l'altra, come le ricadute vengono prevenute e gestite dal cliente, rinforzandone potere e responsabilità.

## **Bibliografia**

- Alcolisti Anonimi (1999). *Alcolisti Anonimi. III ed. italiana*. Servizi Generali A.A.
- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. DSM-5*. Raffaello Cortina Editore.
- Barrett, K. & Marlatt, G.A. (2001). Prevenzione delle ricadute e riduzione del danno nel trattamento della dipendenza da sostanze concomitanti a problemi di salute mentale. In Dowd E.T. & Rugle L. (Eds.), *La tossicodipendenza. Trattamenti a confronto* (pp. 199-216). MacGraw-Hill.
- Berne, E. (1969). *Guida per il profano alla psichiatria e alla psicoanalisi*. Casa Editrice Astrolabio.
- Berne, E. (1998). *A che gioco giochiamo. XII edizione*. Bompiani.
- Brown, S. (1997). *Alcolismo. Terapia multidimensionale e recupero*. Erickson.
- Brown, R.I.F. (1993). Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. In W.R. Eadington & J. Cor-

- nelius (Eds.), *Gambling Behavior and Problem Gambling* (pp. 341-372). University of Nevada Press, Reno.
- Caselli, G. (2012). *Psicoterapia cognitiva: le dipendenze patologiche e il lato oscuro del desiderio*. In: <https://www.stateofmind.it/2012/03/psicoterapia-cognitiva-lato-oscuro-del-desiderio/> (consultato il 16/04/2023).
- Connors, G.J., DiClemente, C.C., Velasquez, M.M. & Donovan, D.M. (2013). *Substance abuse treatment and the stages of change*. Guilford Press.
- Daley, D.C. (1989). *Relapse: a guide to successful recovery*. Bradenton, FL: Human Services Institute.
- Daley, D.C. & Marlatt, G.A. (1992). Relapse prevention: cognitive and behavioural interventions. In Lowenson, J.H., Ruiz, P., Millman, R.B. & Langrod, J.C. (Eds.), *Substance abuse: a comprehensive textbook* (pp. 633-645). Williams and Wilkins.
- DiClemente, C.C. & Velasquez, M.M. (2007). Il colloquio motivazionale e gli stadi del cambiamento. In Miller, W.R. & Rollnick, S. (Eds.). *Il colloquio motivazionale. Seconda edizione. Preparare la persona al cambiamento* (pp. 239-257). Erickson.
- Fairbairn, C.E., Briley, D.A., Kang, D., Fraley, R.C., Hankin, B.L. & Ariss, T. (2018). *A Meta-Analysis of Longitudinal Associations Between Substance Use and Interpersonal Attachment Security*. American Psychological Association.
- Gorski, T.T. (1990). The Cenaps model for relapse prevention: basic principles and procedures. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(2), 125-133.
- Gorski, T.T. & Grinstead, S.F. (2010). *Relapse prevention therapy workbook*. Independence: Herald Publishing House/Independence Press.
- Griffiths, M. (1996). Behavioural addiction: an issue for everybody? *The Journal of Workplace Learning*, 8(3), 19-25.

- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use, 10*(4), 191-197.
- Karpman, S.B. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin, 7*(26), 39-43.
- Kats, R.S. & Ney, N.H. (1997). La prevenzione delle ricadute. In Brown, S. (Ed.) *Alcolismo. Terapia multidimensionale e recupero* (pp. 227-268). Erickson.
- Krystal, H. (1978). Self-representation and the capacity for self-care. *Annual of Psychoanalysis, 6*, 209-247.
- Linehan, M.M. (2001). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Raffaello Cortina Editore.
- Mansueto, G., Martino, F., Palmieri, Scainid, S.S., Ruggiero, G.M., Sassaroli, S. & Caselli, G. (2019). Desire Thinking across addictive behaviours: A systematic review and metaanalysis. *Addictive Behaviors, 98*, 1-11.
- Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (2008). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: a self-control strategy for the maintenance of behaviour change*. Guilford Press.
- Matthews, G. & Wells, A. (2004). Rumination, depression and metacognition: the S-REF model. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.). *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. John Wiley & Sons Ltd.
- Morgan, O.J. (2021). *Dipendenza, attaccamento, trauma e recovery*. Giovanni Fioriti Editore.
- Parnell, L. (2020). *Il trattamento basato sull'EMDR per le dipendenze*. Raffaello Cortina Editore.
- Pelli, S. (2007). La prevenzione delle ricadute nel trattamento semi-residenziale: un modello di analisi dei processi psicologici. In Casciani, O. & Masci, G. (Eds.). *Non solo doppia diagnosi. Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni* (pp. 146-150). Franco Angeli.

- Schenker, M.D. (2009). *A clinician's guide to 12-step recovery*. W.W. Norton and Co.
- Schiff, J.L. (1980). *Analisi transazionale e cura delle psicosi*. Casa Editrice Astrolabio.
- Scilligo, P. (2009). *Analisi transazionale socio-cognitiva*. LAS.
- Spada, M.M. & Wells A. (2009). A Metacognitive Model of Problem Drinking. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 383-393.
- Steiner, C.M. (1974). *Games alcoholics play*. Ballantine Books.
- Steiner, C.M. (1981). *Healing alcoholism*. Grove Press.
- Steiner, C.M. (2011). *Copioni di vita*, IV ed. La Vita Felice.
- Teesson, M., Dagenhardt, L. & Hall, W. (2006). *Le tossicodipendenze*. Il Mulino.
- Vasale, M. & Tonioni, F. (2010). La ricaduta e le strategie di prevenzione e gestione della ricaduta. In Fanella (Ed.). *Il trattamento terapeutico-riabilitativo della dipendenza patologica* (pp. 107-120). Alpes.
- Vasale, M. (2010). Il concetto di recupero: gli stadi del recupero e le fasi generali del trattamento. In Fanella, (a cura di). *Il trattamento terapeutico-riabilitativo della dipendenza patologica* (pp. 91-105). Alpes.
- White, T. (2013). *Working with drug and alcohol users. A guide to providing understanding, assessment and support*. Jessica Kingsley Publishers.