

Ricerca e innovazione in comunità terapeutica: una sfida per il futuro

di Mauro Cibirin

Le comunità terapeutiche (CT) per le dipendenze patologiche nascono a seguito dell'“epidemia” di eroina che segnò l'Europa occidentale tra la fine degli anni Sessanta e gli anni Ottanta. Chi scrive è stato personalmente testimone della drammaticità della situazione che coinvolse un numero crescente di persone, soprattutto giovani, che vivevano in situazioni precarie, procurandosi denaro con furti, scippi, prostituzione ed elemosina; molti morivano per overdose, altri sviluppavano gravi malattie infettive. La scarsa comprensione del fenomeno (e spesso anche un colpevole disinteresse) ostacolava lo sviluppo di risposte istituzionali che non fossero solo repressive, mentre la scienza e la medicina sembravano aver ben poco da dire almeno in Italia. Le prime CT italiane furono fondate da leader carismatici, spesso religiosi, che importarono in Italia i programmi statunitensi di Synanon e Daytop: comunità residenziali per alcolisti e tossicodipendenti centrate sul *self-help*. Le CT italiane assunsero all'inizio caratteristiche simili: la CT si fa carico dell'individuo nella sua globalità inserendolo in un contesto di vita organizzato e regolamentato allo scopo di distoglierlo dal suo comportamento autodistruttivo, ristrutturandone gradualmente lo stile di vita e di pensiero. Lo strumento fondamentale di questi percorsi era la vita stessa in comunità, la qualità delle interazioni sociali sviluppate in un ambiente sano e libero da sostanze psicoattive, sotto la guida dei residenti anziani, la riflessione relativa agli eventi quotidiani e alle relazioni interpersonali; la comunità diveniva una sorta di famiglia sostitutiva in cui crescere e diventare

Promuovere la ricerca sulle CT e collegare questa ricerca alla formazione con il coordinamento delle associazioni delle CT e il coinvolgimento delle società scientifiche appare oggi assai importante per promuovere l'innovazione dei programmi delle CT italiane oltre che per rafforzare la credibilità dello strumento comunitario.

adulto, con periodi di permanenza lunghi (De Leon, 2000). Il contatto con la cultura e lo stile di vita italiano ed europeo in realtà portò rapidamente a modificare i programmi comunitari unendo il concetto americano di *self-help* alle teorie educazionali e alla terapia ambientale e familiare di stampo democratico (Cortini et al., 2013).

Nel 1975 viene approvata la legge 685 che, riconoscendo la tossicodipendenza come patologia, crea le basi per l'istituzione di servizi specifici chiamati CMAS - Centri medici e di assistenza sociale; nel 1978 (Decreti Anselmi) e quindi nel 1980 (Decreti Aniasi) viene introdotto il metadone. All'inizio degli anni Ottanta l'AIDS giunge in Italia in forma epidemica, aggiungendo drammaticità alla già drammatica situazione degli eroinomani e portando al centro dell'interesse la necessità di presidi organizzati e strutturati per questi malati. Nel 1978 viene approvata la “legge Basaglia” (180/78) che fonda la attuale psichiatria italiana, comunitaria e territoriale; a seguito della chiusura dei manicomi riceve grande impulso la costituzione

di CT psichiatriche. Una nuova fase nella storia della cura della dipendenze viene aperta dalla legge 162/90 e dal DPR 9 ottobre 1990, n. 309 “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”, che tra l'altro istituisce i SerT (Servizi per le tossicodipendenze, poi ribattezzati SerD - Servizi per le dipendenze) fissandone le caratteristiche di territorialità e multidisciplinarietà, nonché il riconoscimento delle CT (enti ausiliari) come parte integrante dei dispositivi di cura. Si delinea dunque un “sistema delle dipendenze” in cui SerD e comunità sono chiamati a giocare il ruolo principale, costruendo un sistema di relazioni e scambi finalizzato alla “continuità terapeutica” dei pazienti e alla realizzazione di progetti territoriali di natura preventiva, terapeutica e riabilitativa. Questo modello trova il suo momento di confronto e sintesi nel Dipartimento per le dipendenze, luogo di incontro e integrazione tra tutte le realtà coinvolte nel sistema delle dipendenze, e il suo finanziamento nel “Fondo lotta alla droga”. L'idea che regge il Dipartimento per le dipendenze è assai avanzata, per qualcuno utopistica: rispetto al montante problema dell'uso di droghe costruire una risposta territoriale ampia e condivisa, che coinvolga e coordini tutti gli attori istituzionali e non istituzionali con pari dignità. A partire dalla legge 309 si dipanano i processi di accreditamento istituzionale cioè il riconoscimento, da parte delle Regioni, della possibilità che un soggetto, già autorizzato all'erogazione di prestazioni sanitarie, possa svolgere

la propria attività per conto del Servizio sanitario; per i soggetti privati, nel nostro caso le CT, questo significa che ciascuna Regione può acquistare prestazioni solo da soggetti accreditati, cioè la cui idoneità a fornire tali prestazioni in maniera corretta sia stata preventivamente valutata. Sicuramente le CT già erano cambiate rispetto agli iniziali modelli centrati sull'auto-aiuto, ma l'accreditamento "costringe" in maniera definitiva all'introduzione di figure professionali quali psicologi ed educatori, riducendo la funzione degli ex-residenti, che - per continuare a svolgere la loro opera - devono comunque professionalizzarsi, ottenendo la qualifica di "operatore di comunità" attraverso corsi appositi e/o sanatorie. Nel contempo, i programmi originari, rigidi e uguali per tutti, cominciano a differenziarsi: nascono strutture di pronta accoglienza, programmi specificamente psicoterapici, comunità per madre/bambino (su luci ed ombre dei processi di accreditamento si veda il lavoro *"L'assenza di equità della cura sulle dipendenze patologiche nel territorio nazionale"* in questo stesso volume).

A seguito del rapporto più organico con i SerT fanno ingresso in comunità i trattamenti farmacologici, in particolare il metadone. Ricordiamo che le comunità delle origini erano avverse al concetto stesso di terapia (sia farmacologica che psicologica) sentita come contrapposta al profondo cambiamento di vita su base esperienziale da loro proposto: l'avversione era particolarmente forte rispetto al metadone e a tutto ciò che al metadone era connesso. In questa fase, cominciano ad essere accolti in comunità pazienti in metadone con l'obiettivo di scarlarlo al più presto. Ma che fare con i soggetti che non riescono a fare a meno di questo supporto, o che sono a rischio di overdose o di infettarsi con AIDS? Come modificare il programma per renderlo compatibile con questa realtà ineludibile? Il metadone consente l'accoglienza di pazienti più gravi e meno "motivati", che rischiano di scardinare la preziosa "gioielleria" comunitaria: è la fase del *"metadone da Tiffany"*, titolo di un

convegno organizzato a Mestre nel 1991 dal Centro Don Milani che ha visto per la prima volta confrontarsi professionisti dei SerT e delle comunità in un onesto tentativo di dialogo. Alcune comunità continuano a rifiutare il metadone, altre lo accettano *ob torto collo* sentendolo come un corpo estraneo, altre ancora cercano di renderlo funzionale al percorso comunitario attraverso la formazione del personale, il coinvolgimento attivo dei pazienti, la modifica delle attività terapeutiche (Greenberg et al., 2007). Negli anni Novanta la centralità (e drammaticità) dell'uso di eroina viene progressivamente meno, mentre crescono altre sostanze, in particolare la cocaina, con un conseguente cambiamento delle caratteristiche dei pazienti; nel contempo, l'intervento sui problemi legati all'uso di alcol viene progressivamente attribuito al sistema delle dipendenze. Sia i servizi che le comunità, strutturatisi sull'accoglienza all'eroinomane, sono chiamati a modificare profondamente i loro approcci in un processo che solo in parte riesce, se è vero che ancor oggi una quota rilevante di utenti è costituita da "vecchi" eroinomani, con una rappresentazione minore delle "nuove" modalità di consumo. Nascono in questa fase programmi specifici per alcolisti, cocainomani, "ricaduti"...spesso purtroppo solo etichette che rinominano i vecchi contenitori.

Negli anni Duemila l'attenzione si concentra sui fenomeni della comorbilità psichiatrica (doppia diagnosi) e del poliabuso di sostanze. Si tratta di pazienti assai diversi dall'utenza "tradizionale" dei SerD e delle comunità: il sistema delle dipendenze è chiamato ad un rapporto diverso e più strutturato con la psichiatria; la conoscenza della psicopatologia diviene essenziale per poter efficacemente operare. I programmi applicati sinora appaiono insufficienti, ma l'introduzione di modelli nuovi risulta difficoltosa: si paventa sempre di più il rischio che le comunità si riducano a meri contenitori privi di pensiero e di strumenti rispetto alle realtà emergenti. Si fa strada progressivamente la consapevolezza della necessità di interventi specifici per le persone che a seguito dell'uso di

sostanze e della patologia psichiatrica stanno perdendo la capacità di vivere una vita quotidiana autonoma e di sufficiente qualità: i moderni approcci riabilitativi centrati sul recovery vengono progressivamente adottati anche in Italia per dare una risposta a queste problematiche; sempre di più le CT sono chiamate a fornire accanto ai programmi residenziali anche interventi riabilitativi e di reinserimento sul territorio (strutture intermedie). Oggi sia i SerD che le comunità si trovano di fronte alla progressiva dismissione del "sistema delle dipendenze" come è stato delineato. La perdita di ruolo dei Dipartimenti per le dipendenze, il transito in molte regioni in area psichiatrica, la fine del Fondo lotta alla droga, il mancato adeguamento delle tariffe di degenza non sono solo epifenomeni della generale carenza di risorse ma sottendono una più o meno strisciante normalizzazione al ribasso: le CT rischiano di trasformarsi da protagoniste di un sistema di intervento universalistico a contenitori agnostici delle situazioni di più grave emarginazione e di rilevanza penale in un rapporto con l'ente pubblico non più paritario e "creativo" ma di sussidiarietà e subordinazione.

Le comunità psichiatriche e la legge 180

La CT psichiatrica nasce come alternativa all'ospedale psichiatrico già negli anni Quaranta e Cinquanta del Novecento, in particolare su impulso dello psichiatra inglese Maxwell Jones. In Italia, la CT diviene uno strumento fondamentale della deistituzionalizzazione psichiatrica a seguito della legge 180 con l'obiettivo di far partecipare i pazienti, e quindi responsabilizzarli alla gestione dell'istituzione in cui erano ospitati, creando rapporti "orizzontali" tra utenti e personale. Già in questa origine si notano le differenze con le CT per le dipendenze: la comunità psichiatrica è fin dall'inizio professionale, utilizzando gli strumenti della cura medica e psicologica, a cui si aggiungevano efficacemente le componenti "liberatorie" della lotta allo stigma e della risocializzazione.

Oggi le CT psichiatriche si trovano ad affrontare problemi analoghi a quelli delle comunità dell'area delle dipendenze, in particolare rispetto alla gestione della cronicità, della estrema marginalità e dei soggetti autori di reati: l'aumento della richiesta di cura e riabilitazione per queste situazioni sta progressivamente riducendo la capacità delle comunità di intervenire sulle situazioni acute e subacute, cioè quelle che richiedono un maggiore impegno terapeutico in senso stretto, ma che nel contempo sono più suscettibili di guarigione (o meglio di un soddisfacente recovery). È interessante notare come le comunità psichiatriche siano parzialmente "protette" da questa deriva dalla normativa (spesso, purtroppo, inapplicata). Il documento della Conferenza delle Regioni del 13 giugno 2013 "Le strutture residenziali psichiatriche" distingue infatti tra comunità per "subacuti" (SRP1 - CTRP), che avrebbero una funzione terapeutico-riabilitativa in particolare nel post-degenza e durata relativamente breve, e comunità per "cronici" (SRP2 - estensive) centrate sul recupero delle abilità residue e di durata lunga. Sempre più frequentemente la psichiatria italiana si trova a confrontarsi col difficile tema della gestione degli autori di reato che abbiano nel contempo un disturbo mentale. A seguito della recente chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (2015) sono state istituite Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) cioè CT apposite gestite dalle ASL e non più dal Ministero della Giustizia. Nelle comunità psichiatriche è dunque evitata la commistione tra soggetti liberi e soggetti sottoposti a misure legali, mentre tale commistione è la norma nelle comunità di area dipendenze ed è all'origine di molti problemi oltre che una delle cause del deterioramento della capacità terapeutica delle comunità.

Cosa c'è nel "black box"? Ambiente comunitario e strumenti terapeutici

Come illustrato nel paragrafo precedente, la CT delle origini svolgeva la sua azione

fondamentalmente tramite l'ambiente comunitario: l'elemento attivo è la stessa permanenza in comunità. Centrali in questa visione sono dunque le relazioni "sane" che si sono sviluppate in un ambiente *drug-free* sotto la guida del personale e dei residenti "anziani". Molto importante quindi risulta essere il clima emotivo della comunità: un clima resiliente, di accettazione e di consapevolezza, di relazioni autentiche, di totale fiducia in cui la comunità rappresenta il "luogo sicuro" contrapposto alla drammaticità del mondo, e in cui i residenti possano "usare il contesto della comunità per imparare qualcosa su se stessi" (De Leon, 2000). Una efficace rappresentazione del clima e dei valori delle CT originali è contenuta nella filosofia del Progetto Uomo (ripresa da Daytop): *"Siamo qui perché non c'è alcun rifugio dove nascondersi da noi stessi. Fino a quando una persona non confronta se stessa negli occhi e nei cuori degli altri, scappa. Fino a quando non permette loro di condividere i suoi segreti, non ha scampo da essi. Timorosa di essere conosciuta non può conoscere se stessa né gli altri: sarà sola. Dove altro se non nei nostri punti comuni possiamo trovare un tale specchio? Qui, insieme, una persona può alla fine manifestarsi chiaramente a se stessa, non come il gigante dei suoi sogni né il nano delle sue paure, ma come un uomo parte di un tutto con il suo contributo da offrire. In questo terreno noi possiamo mettere radici e crescere, non più soli, come nella morte, ma vivi a noi stessi e agli altri"*.

Dunque centralità della persona come protagonista attiva e responsabile della propria vita in un processo di cambiamento che si sviluppa nel confronto con gli altri e in cui è importante il recupero degli aspetti valoriali come *dimensione personale che motiva le scelte di vita*.

L'introduzione di interventi terapeutici (quindi per definizione personalizzati) avviene solo in un secondo tempo, richiedendo una parziale riformulazione del concetto stesso di comunità: attualmente quasi tutti i programmi comunitari in Italia sono costituiti da un mix di elementi ambientali ed elementi personali, in

combinazioni estremamente variabili.

Quello delle comunità è dunque un ambiente complesso, o se vogliamo un *ambiente arricchito*, in cui gli aspetti legati alle interazioni sociali e gli elementi di cambiamento personale si mescolano in maniera inestricabile: in altre parole è difficilissimo, forse impossibile, isolare gli "elementi attivi" del percorso, cioè gli aspetti che maggiormente agevolano il cambiamento verso stili di vita più adattivi e che si correlino con gli esiti (a proposito dell'ambiente arricchito vedi il lavoro *"Ambiente e cura: gli spazi del benessere"* in questo stesso volume). Per queste considerazioni in molte ricerche è stato introdotto il concetto di *"black box"*: la comunità è una "scatola nera" rispetto alla quale si può misurare ciò che entra e ciò che esce, non ciò che avviene all'interno. Per lungo tempo la ricerca sulle CT ha analizzato input e output, dando indicazioni sulle categorie di pazienti che riportavano migliori risultati o segnalando situazioni di maggior difficoltà: cosa utilissima ma che incide sulla selezione dei pazienti più che sul funzionamento della CT.

Solo recentemente alcuni ricercatori hanno cercato di andare oltre il *black box*, valutando ciò che avviene all'interno del percorso comunitario, in particolare i fattori associati al cambiamento: aumento della capacità di agentività (*agency*: capacità di agire intenzionalmente nel contesto sociale in cui si opera per generare un cambiamento), sviluppo del senso di appartenenza sociale, crescita della capacità di gestire esperienze emotive disturbanti, maggiore capacità di mentalizzazione (cioè di rappresentare nella mente sé stessi, le relazioni, la realtà), cambiamento delle modalità relazionali, cambiamento degli schemi cognitivi rispetto all'uso di sostanze e agli ambienti e comportamenti correlati, cambiamento dello stile di vita, acquisizione di abilità riabilitative (De Brito Janeiro et al., 2018; Doogan & Warren, 2016; Goethals et al., 2012; Melnik et al., 2000; Pearce & Pickard, 2013).

Rex Haigh (2013) propone uno schema in cui la fase del programma comunitario viene posta in relazione con le necessità

T1 Fasi di trattamento, modalità relazionali, ambiente terapeutico in CT

Fase di trattamento	Necessità evolutive	“Cultura”	Rapporto terapeutico
Ingresso, stabilizzazione	Attaccamento, contenimento	Appartenenza, sicurezza	Permissività
Inquadramento, preparazione	Comunicazione	Speranza	Comunanza
Intensiva	Coinvolgimento	“Imparare a vivere”	Confronto con la realtà
Recovery	Agentività	Valorizzazione	Democratizzazione

Fonte: Haigh, 2013

evolutive, la cultura comunitaria e le modalità di rapporto (Tabella 1).

L’ambiente comunitario è dunque ciò che rende la CT un’esperienza peculiare, diversa da qualunque altro approccio terapeutico. Il progressivo inserimento di elementi più specificamente medici e psicologici è avvenuto in maniera non sempre indolore. La psicoterapia in comunità non può infatti essere avulsa dal particolare contesto in cui si svolge; il tentare di inserire in comunità il modello individuale ambulatoriale ha dato nella mia esperienza più problemi che vantaggi: è necessario porre ogni attenzione alla sinergia tra la psicoterapia e il resto del programma. Analogo discorso vale per la pratica psichiatrica: lo psichiatra non può essere un consulente che compare a spot, vede il paziente in maniera decontestualizzata, lasciando una sequela di diagnosi e farmaci del cui significato il personale della comunità e i pazienti capiscono ben poco. Gli interventi psicoterapici e psichiatrici devono essere parte attiva e integrante del programma, il loro andamento essere coordinato allo sviluppo dell’esperienza comunitaria, il loro monitoraggio essere effettuato in collaborazione con il personale. Ovviamente il discorso vale anche al contrario: non è stato infatti infrequente in passato che il personale della comunità, proveniente dal modello di intervento “originale” boicottasse in maniera più o meno scoperta l’inserimento degli strumenti terapeutici. È necessario che tutti coloro che operano in CT siano allineati su uno stile relazionale omogeneo, motivazionale e mentalizzante, che condividano i presupposti teorici del programma stesso e che siano a conoscenza del senso dei diversi interventi all’interno del programma e rispetto

al singolo paziente: troppo spesso è accaduto che nella stessa comunità qualcuno considerasse l’ospite un malato e qualcun altro un deviante. Più il paziente “appartiene” al gruppo terapeutico e tale gruppo è in grado di valutare la situazione e collaborare a decisioni condivise rispetto al programma e al suo andamento, più siamo in un contesto autenticamente comunitario. Per costruire un gruppo di lavoro che funzioni come descritto sono necessari due elementi: un capo che ci creda e tanta (ma proprio tanta) formazione/supervisione.

Tutti gli strumenti psicoterapici ed educativi possono essere inseriti in comunità, ma sicuramente ve ne sono alcuni il cui inserimento appare maggiormente documentato, come la psicoterapia di gruppo, la terapia cognitivo-comportamentale specie nella forma della RP (prevenzione della ricaduta), la mindfulness (specie nella forma MBRP), lo psicodramma nelle sue varie forme, arteterapia e musicoterapia, psicoterapie corporee nelle loro varie forme, la DBT – terapia dialettico-comportamentale, la MBT – terapia basata sulla mentalizzazione.

La comunità che funziona al meglio è oggi basata su un mix armonico di ambiente comunitario e di strumenti terapeutici coordinati in maniera tale da esplicare il massimo effetto di cambiamento oltretutto quanto più possibile personalizzati sui bisogni del paziente.

Ricerca e innovazione in comunità terapeutica

Nella presentazione di un numero speciale della rivista *Journal of Groups in Addiction and Recovery* (JGAR) dedicata

alla ricerca in CT Vanderplasschen et al. (2017) sottolineano come permanga un importante divario tra le acquisizioni della ricerca scientifica e l’attività terapeutica e riabilitativa in comunità; da un lato infatti vi è una certa difficoltà da parte del personale delle CT a modificare la pratica quotidiana sulla base delle acquisizioni scientifiche, dall’altro gli studi e le ricerche riguardanti la realtà delle CT sono a tutt’oggi limitati, nonostante queste siano un ambiente assai interessante per la ricerca clinica.

Esaminando la situazione italiana, si nota come quasi mai le pubblicazioni su riviste indicizzate che coinvolgano CT italiane riguardino il programma comunitario in quanto tale; la CT sembra essere un contenitore di pazienti da esaminare rispetto alle tematiche di interesse di ricercatori per lo più esterni al mondo delle comunità piuttosto che un importato oggetto di ricerca. A fronte di ciò si può rilevare una grande produzione di letteratura “grigia”, per lo più a carattere narrativo, riguardante spesso singole esperienze e progetti specifici: testi prodotti con lodevole impegno, ma dalla diffusione limitata e di scarso impatto sui professionisti e sui *decision makers*.

Promuovere la ricerca sulle CT e collegare questa ricerca alla formazione con il coordinamento delle associazioni delle CT e il coinvolgimento delle società scientifiche appare oggi assai importante per promuovere l’innovazione dei programmi delle CT italiane oltre che per rafforzare la credibilità dello strumento comunitario.

Verso il recovery: la moderna riabilitazione psicosociale in comunità terapeutica

Gli attuali strumenti medici hanno una grande capacità di tenere sotto controllo

sintomi e sindromi che in passato avrebbero condotto a morte: oggi un gran numero di persone convive con le proprie malattie in un equilibrio più o meno stabile. Spesso queste condizioni “croniche” conducono a un lento calo del funzionamento personale e sociale, a una perdita delle capacità di vita autonome, in definitiva a una perdita della qualità della vita (QdV). L’evoluzione verso gradi diversi di disabilità non è infrequente anche nel contesto delle dipendenze, e appare particolarmente marcata ove vi sia una comorbilità psichiatrica (doppia diagnosi). In uno studio che ha coinvolto tutti i pazienti dei SerD e delle comunità della Provincia di Venezia è stata valutata la presenza di gravi problematiche nelle aree dell’abitare, del lavoro, del supporto familiare: il 35% dei soggetti presentava almeno un criterio, il 7% due criteri, il 10% presentava grave problematicità in tutte e tre le aree; quest’ultimo dato saliva al 31,8% nei soggetti con doppia diagnosi (Manzoni et al., 2013).

La riabilitazione psicosociale negli ultimi quindici anni ha subito una vera rivoluzione, divenendo oggi una disciplina basata sull’evidenza anche a seguito della pubblicazione nel 2001 della *Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute* (ICF). Al di là degli aspetti tecnici, ai fini del presente scritto, è importante comprendere appieno la portata innovativa dei concetti che sono al centro del pensiero riabilitativo moderno, e che rendono gli approcci riabilitativi anche concettualmente diversi e in parte rivoluzionari rispetto ai “tradizionali” approcci clinici: ci riferiamo a recovery, funzionamento, empowerment.

Il termine recovery è stato in passato tradotto con recupero, ma a mio parere la traduzione più adeguata è “guarigione funzionale”: il raggiungimento di una condizione di equilibrio con la malattia che consenta una vita soddisfacente dal punto di vista personale e relazionale. Il concetto di recovery quindi integra quello di guarigione clinica, centrato sulla assenza di sintomi e/o sulla *restitutio ad integrum* anatomofunzionale e risulta essere più utile di quest’ultimo, specie

ove si affrontino patologie di lunga durata. Per il raggiungimento di una condizione di recovery è centrale la valutazione del funzionamento e della qualità della vita percepita dal paziente (Broekaert et al., 2017). Il funzionamento è definito come la capacità di interagire con l’ambiente, integrandosi positivamente. L’efficacia dei processi riabilitativi è condizionata dalla partecipazione attiva: in quest’ottica diviene quindi centrale il concetto di empowerment (valorizzazione, conferimento di importanza, protagonismo) per garantire un processo di crescita basato su autostima, autoefficacia, autodeterminazione. Per qualità della vita si intende la *percezione* che ciascuna persona ha della propria posizione nel contesto dei sistemi culturali e di valori nei quali è inserita e in relazione alle proprie finalità, aspettative, standard e interessi. Gli ambiti principali che descrivono la QdV sono: stato di salute fisico e psichico, livello di indipendenza personale, relazioni sociali, rapporto con l’ambiente, credenze personali. La QdV è stata misurata con indicatori oggettivi, riguardanti le condizioni ambientali e sociali, ma oggi si preferiscono metodi centrati sull’esperienza soggettiva. Secondo la visione riabilitativa, la malattia e la disabilità sono risultati di fattori complessi, che comprendono le condizioni ambientali, sia fisiche che relazionali. Lo stesso sintomo sarà più o meno inabilitante a seconda dell’ambiente in cui si sviluppa: la difficoltà a deambulare sarà assai diversa se il terreno è liscio o accidentato, o se siamo supportati o derisi dalla gente attorno; un sintomo psichico o l’uso di sostanze saranno assai diversi se affrontati in un ambiente accogliente e rassicurante rispetto ad uno stigmatizzante. Lo stesso effetto delle terapie cambia a seconda dell’ambiente in cui si realizza: l’efficacia di una terapia per l’alcolismo è assai minore in un ambiente in cui l’uso di alcol è diffuso e incentivato: in questo senso l’approccio riabilitativo si collega al concetto di *context reactivity* illustrato nel lavoro “*Ambiente e cura: gli spazi del benessere*” in questo stesso volume.

Per un corretto approccio riabilitativo

è necessario avere la possibilità di misurare il peso dei diversi fattori, personali e ambientali, e del loro cambiamento a seguito dell’intervento terapeutico/riabilitativo. ICF-Dipendenze è lo strumento, realizzato da Luciano Pasqualotto e validato presso i SerD di Dolo e Mirano (Pasqualotto et al., 2016; www.icf-dipendenze.it), che permette di descrivere la condizione di ciascun individuo attraverso una serie di determinanti della salute, che comprendono tutti gli aspetti di vita, da quelli biologici a quelli psicologici e sociali. ICF-Dipendenze consente di ottenere un profilo del paziente evidenziando il funzionamento nelle diverse aree di vita, in maniera da avere sott’occhio quelle maggiormente deficitarie rispetto alle quali indirizzare l’intervento, e valutarne i risultati; ICF-Dipendenze è risultato essere anche un utilissimo strumento di comunicazione tra CT e servizi inviati. Segnaliamo che è in corso di pubblicazione ICF-Recovery, evoluzione di ICF-Dipendenze nella direzione di un approccio riabilitativo unitario nelle dipendenze e nella psichiatria.

Un intervento, per essere definito autenticamente riabilitativo, deve rispettare le seguenti condizioni:

- essere personalizzato, cioè tarato sulle attese e capacità dell’individuo
- essere condotto con modalità relazionali di tipo motivazionale centrate sull’empowerment
- sviluppare abilità spendibili nella vita reale
- essere programmato e valutato con strumenti obiettivi (es. ICF-Dipendenze)
- coinvolgere la famiglia e l’ambiente sociale.

Già queste caratteristiche danno un’indicazione delle discontinuità della moderna riabilitazione rispetto ad attività “riabilitative” presenti nei servizi e nelle comunità ma scarsamente agganciate a questi principi. Da un lato le CT hanno sempre avuto una vocazione riabilitativa, che si esplicava soprattutto nelle fasi di reinserimento, dall’altro oggi vi è una forte richiesta di interventi volti a prevenire il deteriorarsi del funzionamento nella vita quotidiana e di valutazioni oggettive

degli effetti dei percorsi in comunità (per l'efficacia della CT rispetto al recovery vedi il lavoro *"Comunità terapeutiche per le dipendenze in Europa: contesto, prospettive, efficacia per il recovery"* in questo stesso volume).

Riformulare i programmi terapeutici nei termini riabilitativi ora descritti è una delle possibili vie d'uscita dalle problematiche connesse alla cronicizzazione, alla disabilità, alla doppia diagnosi, ridando alle comunità un ruolo non solo gestionale ma anche progettuale rispetto al paziente e ai servizi inviati.

Trauma e benessere: due aspetti centrali nella cura delle dipendenze

Un crescente numero di ricerche sta dando base scientifica a un'osservazione da tempo presente anedotticamente: che i disturbi da uso di sostanze (come pure le dipendenze comportamentali come il gioco d'azzardo patologico) traggono la loro origine da eventi traumatici dell'adulto e/o del bambino accaduti in soggetti predisposti geneticamente. Il soggetto traumatizzato può infatti iniziare a usare sostanze, alcol, taluni farmaci, in particolare benzodiazepine e analgesici, come strategia per fronteggiare i sintomi post traumatici; la cosa spesso funziona, per cui l'assunzione si ripete e a un certo punto l'uso di sostanze si sgancia dalla causa e continua indipendentemente da questa, realizzando il quadro della addiction, con i correlati della tolleranza, dell'astinenza, della perdita di controllo e del cambiamento dello stile di vita e di pensiero. Si innesca così un terribile circuito vizioso tra i sintomi della dipendenza e quelli del disturbo post traumatico, con la ripresa degli uni alla attenuazione degli altri, e con la "cronicizzazione" della situazione (mentre i disturbi post traumatici di per sé spesso tendono al miglioramento nel tempo).

Introdurre nei programmi in CT interventi per i disturbi post traumatici (EMDR, psicoterapie corporee, gruppi "emotivi", mindfulness), che si integrino con gli interventi "tradizionali", è un elemento innovativo suggerito dalla ricerca oltre

che dall'esperienza di programmi che già applicano modelli di questo tipo (Hinnenthal & Cibin, 2011; Hinnenthal et al., 2019; Spolaor et al., 2016). La cura del trauma non è tuttavia legata solo a interventi terapeutici, ma presenta una rilevante componente ambientale: ritrovare un luogo sicuro, vivere in un ambiente caldo e resiliente è fondamentale per la guarigione. L'ambiente comunitario ha dunque anche in questo ambito un ruolo centrale: chi scrive ha avuto la ventura di importare in Italia programmi residenziali basati sulla cura del trauma applicati in Germania in contesti ospedalieri: l'applicazione di questi strumenti nell'ambiente della CT ne ha esaltato l'efficacia rispetto al modello originale.

Un altro aspetto fondamentale nella cura dei disturbi da uso di sostanze è il recupero della capacità di provare gratificazioni "sane": non basta togliere le sostanze psicoattive o il gioco d'azzardo, è necessario "sostituire" il piacere artificiale con un benessere autentico, che riempie dove si è creato il vuoto. L'acquisizione del benessere non è l'automatica conseguenza dell'astensione, ma è un processo che si sviluppa nel tempo, ed è un importante elemento di prevenzione della ricaduta: motivare e guidare a riscoprire il benessere è parte integrante del percorso terapeutico.

La lesione della capacità di sperimentare gratificazione nel proprio contesto di vita (anedonia) viene riscontrata in moltissime condizioni mediche e psichiatriche, dalle malattie neurodegenerative a svariati disturbi mentali come ad esempio i disturbi dell'umore, i disturbi psicotici, i disturbi da uso di sostanze e i comportamenti di addiction quali il gioco d'azzardo patologico, alcuni disturbi della personalità, i disturbi da stress post traumatico (PTSD).

La capacità di percepire il piacere è fondamentale nei processi decisionali. In condizioni fisiologiche ciò che genera piacere provoca un'attivazione dei sistemi cerebrali preposti alla genesi delle emozioni (sistema mesolimbico: area ventrale tegmentale, nucleo accumbens, amigdala), i quali dialogano con i sistemi

motori, dando il segnale "questa cosa è buona, cercala, consumala" e con la corteccia prefrontale che "valuta" l'informazione sensoriale e i suoi correlati, stabilendo il rapporto tra costo e benefici dell'azione necessaria per ottenere il piacere come pure l'opportunità sociale o morale di questa azione. I processi descritti avvengono attraverso il "confronto" tra i dati sensoriali attuali e le esperienze immagazzinate nella memoria e ci consentono di non prendere decisioni dettate dall'impulso, dalla spinta appetitiva, ma mediate dall'esperienza. L'azione delle sostanze produce un progressivo spostamento del comportamento verso l'impulsività, cioè la risposta diretta e immediata agli stimoli, mentre declina la capacità di valutare le conseguenze delle azioni e di prendere decisioni ponderate. Se l'assunzione di sostanze psicoattive si ripete, un po' alla volta il cervello si adatta alla nuova situazione per fenomeni neuroplastici e lo spostamento verso il registro dell'impulsività diviene stabile: vi è un cambiamento di aspetti di personalità che impronta tutta la vita della persona con addiction, anche al di fuori dei periodi di intossicazione, fino ad arrivare a gravi deficit dei processi di *decision making*. In questa situazione le sostanze e i comportamenti di addiction si sostituiscono alle gratificazioni fisiologiche, ai piaceri che danno senso alla nostra vita quotidiana, e che sono legati ad aspetti importanti quali nutrizione, sessualità, cura del corpo, relazioni affettive. Le sostanze sono dunque in grado di alterare la percezione del piacere, sostituendosi ai piaceri "normali" e diventando la principale fonte di gratificazione e quindi di motivazione. La vita della persona con dipendenza si appiattisce sulla sostanza, rinchiudendosi nei contesti ambientali, relazionali, emotivi legati all'uso, mentre tutto il resto perde interesse e consistenza: la persona sembra cambiare personalità, non essere più sé stessa. È interessante notare come le relazioni interpersonali siano un importante fattore di gratificazione, e come questo aspetto, particolarmente rilevante nell'uomo, abbia una

fondamentale funzione evolutiva. Analogo è il caso del piacere correlato alla speculazione astratta e alla cultura, appannaggio unicamente della specie umana: le attività intellettuali, artistiche, musicali, etiche e il pensiero trascendente danno un piacere del tutto paragonabile a quello corporeo, e che trova le stesse basi neurobiologiche (Berridge & Kringelbach, 2011; Vuust & Kringelbach, 2010).

Tutto questo discorso per dire che le comuni gratificazioni della vita non sono semplicemente un "piacevole" intermezzo ma svolgono una funzione importantissima la cui lesione comporta gravi alterazioni della motivazione e del *decision making*.

A partire da Aristotele fino alla psicologia positiva si sono distinti due ingredienti del benessere: l'edonia e l'eudaimonia (Seligman et al., 2005). Mentre vi è accordo sul fatto che edonia corrisponda alla fruizione del piacere, il concetto di eudaimonia è più complesso: esso corrisponde agli aspetti emotivi e cognitivi di una vita "ben vissuta", piena di significato, legata alla "fioritura umana", all'autorealizzazione virtuosa, in linea con gli obiettivi vitali e con le concezioni etiche dell'individuo e della società. Edonia ed eudaimonia sembrano essere coinvolte in maniera stretta e non così facilmente distinguibile nella percezione di benessere; nelle situazioni di anedonia legata a disturbi mentali o all'uso di sostanze risultano deficitarie entrambe le componenti.

È dunque assai importante considerare tra gli obiettivi riabilitativi il recupero della capacità di provare piacere, di solito prima in forma edonica poi come eudaimonia. In molti casi il recupero della capacità di provare piacere è intrinseco al processo di recovery e va di pari passo con l'attenuazione dei sintomi e la ripresa del funzionamento nella quotidianità. In altri casi invece la "riabilitazione al piacere" passa attraverso interventi che riattivino questa fondamentale funzione. Gli interventi centrati sul benessere possono essere direttamente parte del programma terapeutico (es. gruppo di yoga all'interno di un programma residenziale), come pure essere reperiti

sul territorio; è tuttavia molto importante che siano oggetto di verbalizzazione e di mentalizzazione all'interno del percorso terapeutico come elementi importanti della psicoterapia o del *counselling*. In altre parole dobbiamo aver chiaro che motivare, costruire un piano concreto di interventi per il benessere, aiutare a mentalizzare l'accaduto, inserirlo nel contesto del recovery personale e sociale, monitorare i risultati, sono compiti terapeutici importanti, fortemente correlati al buon esito del percorso.

Aree di intervento centrate sul benessere che hanno un sufficiente livello di validazione scientifica e che quindi possono avere un ruolo nella riabilitazione al benessere sono le seguenti:

- nutrizione e integrazione alimentare
- attività fisica
- mindfulness
- yoga e altre pratiche contemplative basate sul movimento
- arte, musica.

Si tratta di proposte assai eterogenee, per ognuna delle quali è necessaria una trattazione specifica: tuttavia possono costituire la base della "riabilitazione al benessere" (Chiamulera & Cibir, 2019). Sia la cura del trauma, in particolare con strumenti ambientali e aspecifici, sia la riacquisizione del benessere sono elementi presenti nella tradizione delle CT e in molti percorsi attuali; le acquisizioni della ricerca sottolineano la necessità di inserirli sistematicamente come parte integrante dei programmi, armonizzandoli nell'ambiente comunitario con gli interventi già presenti.

Conclusioni

La comunità terapeutica (CT) è una delle prime e più diffuse modalità di trattamento per disturbi da uso di sostanze. A partire dalle prime esperienze basate sull'auto-aiuto la CT si è evoluta e differenziata, divenendo parte integrante e irrinunciabile del sistema di intervento sull'uso di sostanze in Italia. Oggi le CT sono chiamate a dare risposte a situazioni sempre più complesse, in cui si intrecciano i cambiamenti nei comportamenti d'uso, il

crescere delle addiction comportamentali, i fenomeni di invecchiamento e di cronicizzazione, le situazioni di comorbidità con disturbi mentali gravi (doppia diagnosi), la richiesta di percorsi alternativi al carcere. Nel contempo, la ricerca di base e clinica offrono importanti indicazioni per modificare in maniera evidence-based la pratica delle CT, senza tuttavia stravolgerne lo spirito originale e le caratteristiche di "ambiente terapeutico" che costituisce la peculiarità e la forza di questo approccio. La moderna riabilitazione centrata sul recovery fornisce un paradigma concettuale e una serie di strumenti la cui sistematica applicazione può dare risposte concrete in linea con la tradizione riabilitativa delle CT. È importante sottolineare come l'approccio di recovery non si contrapponga ma rafforzi i riferimenti valoriali e fondativi delle CT, in particolare rispetto alla centralità della persona nel cammino per divenire protagonista attiva e consapevole del proprio percorso di cura, di riabilitazione, di vita.

Bibliografia

BERRIDGE KC, KRINGELBACH ML. Building a neuroscience of pleasure and well-being. *Psychol Well Being*. 1: 1-3, 2011

BROEKERT E, DE MAEYER J, VANDELDELDE S, ET AL. Quality of life in therapeutic communities for addictions: a positive search for wellbeing and happiness. *J Groups Addict Recover*. 12: 207-221, 2017

CHIAMULERA C, CIBIN M. *Aftercare e post-prevention nelle addiction. Verso il benessere*. Edizioni Publiedit, 2019

CORTINI E, CLERICI M, CARRÀ G. Is there a European approach to drug free therapeutic communities? A narrative review. *J Psychopathol*. 19: 27-33, 2013

DE BRITO JANEIRO L, RIBEIRO EM, LOPEZ MM. What is inside the "black box"? Therapeutic community residents' perspectives on each treatment phase. *Addiction Research & Theory*. 26: 294-305, 2018

DE LEON G. *The therapeutic community: theory, model, and method*. Springer Publishing Company, 2000

DOOGAN NJ, WARREN K. Semantic networks, schema change and reincarceration outcomes of therapeutic community graduates. *J Subst Abuse Treat*. 70: 7-13, 2016

GOETHALS I, VANDERPLASSCHEN W, VANDELDELDE S, ET AL. Fixed and dynamic

predictors of treatment process in therapeutic communities for substance abusers in Belgium. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 7: 43, 2012

GREENBERG B, HALL DH, SORENSEN JL. Methadone maintenance therapy in residential therapeutic community settings: challenges and promise. *J Psychoactive Drugs*. 39: 203-210, 2007

HAIGH R. The quintessence of a therapeutic environment. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*. 34: 6-15, 2013

HINNENTHAL IM, CIBIN M. *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo*. SEEd, Torino, 2011

HINNENTHAL I, CIBIN M, SGUALDINI E. Trauma, alcol, sostanze: l'esperienza del centro Soranzo. *Alcologia*. 36: 2, 2019

MANZONI A, DAL BEN G, SACCON D, ET AL. Rilevazione preliminare sulla prevalenza di cronicità tra i pazienti dei SerD della Provincia di Venezia. In SACCON D, BANON D, BOATTO E (EDS): *Evoluzioni nelle dipendenze da sostanze*. Cleup, Padova, 2013

MELNICK G, DE LEON G, HILLER ML, ET AL. Therapeutic communities: diversity in treatment elements. *Subst Use Misuse*. 35: 1819-1847, 2000

PASQUALOTTO L. *ICF-Dipendenze. Un set di strumenti per programmare e valutare la riabilitazione nelle dipendenze patologiche*. Erickson, Trento, 2016

PEARCE S, PICKARD H. How therapeutic communities work: specific factors related to positive outcome. *Int J Soc Psychiatry*. 59: 636-645, 2013

SELIGMAN ME, STEEN TA, PARK N, ET AL. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol*. 60: 410-421, 2005

SPOLAOR G, HINNENTHAL I, CIBIN M. Trauma e addiction: proposta di trattamento residenziale, ricerca e formazione del Centro Soranzo. *International Journal of Multidisciplinary Trauma Studies*. 1: 100-106, 2016

VANDERPLASSCHEN W, YATESB R, MIOVSKÝ M. Bridging the gap between research and practice in therapeutic communities (TCs) for addictions. *J Groups Addict Recover*. 12: 63-67, 2017

VUUST P, KRINGELBACH ML. The pleasure of music. In KRINGELBACH ML, BERRIDGE KC (EDS): *Pleasures of the brain*. Oxford University Press, Oxford UK, 2010

Mauro Cibir

Centro Soranzo
Venezia