

IL TRATTAMENTO RIABILITATIVO DELL'ALCOLISMO TRA SPIRITUALITÀ E PSICOTERAPIA IL MODELLO DELLA COMUNITÀ EMMANUEL

Dario Loparco

Psicologo esperto in Psico-oncologia.
Ass. Salentina Angela Serra
c/o UOC Oncologia Medica
& Breast Unit ASL Brindisi

Daniilo Cozzoli

Educatore presso la Comunità Emmanuel

RIASSUNTO

Risolti i problemi più imminenti che il soggetto inizialmente reputa essere le cause del perdurare del suo alcolismo, non di rado nel medio/lungo periodo si riscontrano delle recidive anche importanti, pur in assenza di quelle precedentemente designate come cause. Per quanto le odierne conoscenze neuroscientifiche ci permettano di capire questi fenomeni anche in virtù d'una protratta vulnerabilità e compulsività agli stimoli originariamente causanti la dipendenza, tuttavia non legittimano un riduzionismo epistemologico-ermeneutico, non consentendoci quindi di svalutare o dirottare le interpretazioni del paziente, né esimendoci dal compito di trattare il suo vissuto. Proprio in rapporto a questo "mondo di significati" del soggetto, è necessario

notare quanto frequentemente proprio il paziente giunga in ultima analisi ad attribuire il proprio alcolismo ad un non meglio identificabile disagio esistenziale e valoriale che lo lascia cronicamente demotivato, inappagato, disorientato. Questo è tanto più significativo quando si rileva come la mancanza di senso sia lamentata tanto da persone che la considerano conseguenza di vissuti traumatici o di privazione, quanto da persone che la considerano originaria e non riconducibile ad un passato problematico, se non addirittura stridente con la propria agiatezza. L'approccio terapeutico integrato è quindi motivato dall'esplicita ricerca di senso del nostro paziente che conseguentemente accompagniamo nella personale costruzione d'un sistema di significati e valori, ovvero d'una spiritualità, non

necessariamente trascendente in senso religioso, ma tale da fornire più ampie e solide prospettive esistenziali. In tale prospettiva l'integrazione della spiritualità nel trattamento riabilitativo dell'alcolismo è solo il più recente passo di quel difficoltoso e lungo cammino che al trattamento educativo-morale ha progressivamente integrato quello medico, psichiatrico, psicoterapeutico, socio-lavorativo, relazionale e familiare. Lungi da volerne attestare l'effettiva validità scientifica, la seguente riflessione può diventare un punto di partenza per eventuali approfondimenti di ricerca sul tema dell'umano.

PAROLE CHIAVE

Alcolismo, spiritualità, comunità, riabilitazione

Il duplice fondamento: spiritualità e professionalità

La Comunità Emmanuel è una ONLUS fondata a Lecce nella notte di Natale del 1980, dal sacerdote gesuita padre Mario Marafioti e dall'assistente sociale Enrica Fuortes, quale associazione di volontari dediti all'assistenza ed alla riabilitazione psico-sociale di persone con problematiche differenti.

L'ispirazione nasce da un gruppo di preghiere che vuole vivere la dinamica dell'incarnazione di Gesù, incarnando la parola del Vangelo nel concreto servizio alle persone più bisognose, povere ed emarginate. Da quest'intuizione viene la scelta del nome "Emmanuel", che in ebraico significa "Dio con noi", che si riferisce al servizio caritatevole dei volontari che si fanno così strumenti e segni tangibili della cura di Dio per gli ultimi ed indica anche il fatto che per un credente Gesù stesso è presente nel prossimo sofferente. Il termine "Comunità" si riferisce all'intenzione di fornire l'aiuto innanzitutto accogliendo l'emarginato in una comunità che funga temporaneamente da famiglia sostitutiva che, a partire dall'esempio e dalla personale testimonianza di vita dei volontari, abitui ed educi a modalità sane di relazione, comunicazione, comunione e collaborazione, essenziali per un'autentica riabilitazione individuale e sociale. È in tal senso che "Accogliere e condividere" ed "Accostare vita con vita" dall'essere linee guida pedagogiche divengono dei veri e propri motti della Comunità

Emmanuel. La prima opera nella quale si concretizza questo progetto è una Casa Famiglia per persone svantaggiate che accoglie un disabile, un tossicodipendente ed una ragazza madre. Nell'arco dei suoi trent'anni di vita la Comunità si va progressivamente ampliando e sviluppando sino all'attuale strutturazione in sei Settori d'intervento: Famiglia e minori, Disabilità, Dipendenze, Cooperazione e Impresa Sociale, Migrazione e Sud del Mondo e Diakonia.

Lo sviluppo di tutti questi servizi, incontrando le molteplici problematiche vecchie ed emergenti dei diversi ambiti d'intervento, impegna la Comunità in una grande sfida pedagogica che la porta ad elaborare itinerari educativi, percorsi dell'anima, sentieri di liberazione, di guarigione, di crescita e di maturazione. Partendo dalla ricerca della verità e del senso della vita, la persona viene accompagnata ad una più autentica consapevolezza di sé stessa, ad un adeguato uso delle cose, alla giusta relazione con gli altri ed all'apertura alla trascendenza ed alla relazione con Dio.

La forte identità cristiana nella quale si riconoscono tutti i volontari stabili della Comunità non interferisce con la chiara laicità professionale, anzi conformemente al duplice carisma tramandato dai fondatori (un sacerdote ed una assistente sociale), col crescere dei bisogni e delle problematiche, la Comunità ha affiancato ai volontari tutte le diverse figure professionali necessarie: psichiatri, psicoterapeuti, educatori, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, amministrativi, ecc... (Castro e Greco 2010). La religiosità, lungi dall'ostacolare la professionalità, svolge la funzione di suscitare una più elevata etica del lavoro e del servizio.

Sicché tutti sono tenuti alla formazione permanente, al confronto con altre figure professionali ed alla supervisione. Tutti debbono poter motivare le loro decisioni ed i loro interventi non a partire da basi ideologiche, religiose o morali, ma mostrandone la coerenza con approcci teorici pacificamente accettati dalla comunità scientifica. Tutti infine debbono tenere costantemente presente il rispetto del diritto di ciascuno all'autodeterminazione nella libertà d'opinione e di decisione. È

opportuno infine segnalare come lo stesso padre Mario, a scanso d'equivoci volontaristici o spontaneistici, proprio rifacendosi alla personale tradizione religiosa, esorti a seguire due criteri caratteristicamente gesuitici quali la *"discreta caritas"* ed il *"magis"*. La *"discreta caritas"* invita ad esercitare il bene con discernimento e prudenza, applicandosi approfonditamente negli studi per poter essere d'aiuto al prossimo. Il *"magis"* richiama la necessità d'andare oltre la risposta immediata al disagio del singolo per poter rimuovere le condizioni più ampie che causano il problema a danno della collettività, progettando quindi interventi a lungo termine ed a largo raggio.

L'allineamento del trattamento riabilitativo con il P.A.N.

In rapporto all'obiettivo precipuo del presente lavoro, si prende in considerazione solo il Programma Terapeutico del Settore delle Dipendenze da sostanze psicotrope, mostrando panoramicamente gli elementi caratterizzanti comuni ai diversi Centri Terapeutici. L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera il disturbo di dipendenza il risultato di un'interazione multifattoriale complessa, per cui di riflesso il Programma segue un modello olistico bio-psico-sociale, mediante un trattamento multimodale integrato, centrato sulla persona nella sua poliedricità ed interezza, tenendo conto dei diversi ambiti: medico, psicologico, educativo, sociale e legale. La modalità d'attuazione del programma d'intervento è diversificata per fasi, ambiti, obiettivi e durata del trattamento, personalizzati sulla base delle diverse problematiche, caratteristiche e motivazioni del soggetto.

Una volta dunque che il soggetto abbia conosciuto e accettato la proposta di vita della Comunità, viene accolto e immesso in un cammino terapeutico psicopedagogico che, in varie tappe successive e concatenate, mira ad aiutarlo a *"farsi uomo"*, crescendo attraverso una nuova e più profonda presa di coscienza della realtà, attraverso un nuovo senso di sé e della vita, in una progressiva liberazione, guarigione, maturazione, responsabilizzazione e socializzazione, attorno ad un personale ed autentico

progetto di vita, nella continua educazione a *"pensare secondo verità"* e a *"vivere con amore"* (Castro e Greco, 2010).

Il cammino terapeutico prevede cinque fasi ovvero: *Pre-accoglienza, Accoglienza, Esser-terapia, Responsabilità, Reinserimento*, che ricalcano con diversa articolazione le fasi generali previste dal Piano Antidroga Nazionale, ovvero il *Trattamento* (suddivisibile in induzione, stabilizzazione e mantenimento), la *Riabilitazione* ed il *Reinserimento*.

È opportuno precisare che le diverse fasi non siano concepite ed attuate come processi distinti e sequenziali, ma come processi fortemente *integrati* ed *incrementali* l'uno dell'altro. Pertanto: ogni *fase* si occupa di tutti gli ambiti d'intervento seppur in misura diversa; ogni *passaggio* da una fase all'altra, pur ricevendo una distinzione formale, è nell'operatività *graduale* ed inizialmente *compenetrato*. Tuttavia la distinzione in fasi rispecchia l'utilità e necessità di procedere *step by step* e *per obiettivi*. Quanto alla tempistica, nell'alcolismo ogni fase ha una durata di 3 mesi. Al termine d'ogni fase si compie una *valutazione di esito* in seguito alla quale l'equipe psico-pedagogica decide se trattenere ancora il paziente nella stessa fase, oppure farlo procedere a quella successiva. In qualunque momento, l'utente è libero di lasciare il percorso comunitario tuttavia: se questo avviene al termine d'una fase che ha avuto esito positivo si considererà una *fine del trattamento* (con parziale o totale raggiungimento degli obiettivi prefissati); in caso contrario, si parlerà d'una *interruzione del trattamento*; solo per chi avrà terminato positivamente tutte le fasi si parlerà infine di *completamento del trattamento*, il che richiede non meno di 15 mesi, ma nella pratica si prolunga sino ai 2 anni.

Fase di Pre-accoglienza ed orientamento. In questa prima Fase (corrispondente alla fase di *induzione* e *stabilizzazione* del trattamento del P.A.N.) l'ambito d'intervento predominante è sicuramente quello medico-psichiatrico poiché si affrontano quelle problematiche psico-fisiche più direttamente conseguenti all'uso recente di sostanze. In questo momento propedeutico, l'obiettivo principale è quello

di rimuovere quegli ostacoli (per lo più sofferenze ed instabilità psicofisiche) che per la loro intensità ed urgenza impedirebbero all'individuo di dedicarsi a qualunque ulteriore processo di cambiamento. Seguendo la modalità prettamente pedagogica di partire da ciò che è più vicino e manifesto per il discente, si mira ad aiutare l'alcol-tossicodipendente, ancora troppo immerso nel "*problema droga*", a risolvere quelle conseguenze che sente come più immediate e pressanti. Inizialmente risulta spesso opportuno (e richiesto dallo stesso utente) il ricorso a terapie farmacologiche anti-craving ed anti-astinenziali, che vengono adeguatamente calibrate sulla singola persona, in base alle sue specifiche caratteristiche psico-biologiche ed anamnesticotossicomane (riguardanti la storia d'abuso). La durata di questa Fase risulta pertanto molto soggettiva ma solitamente oscilla intorno ai 2-3 mesi (giungendo però anche a 6 mesi in casi più problematici di tossicodipendenza). Una volta superata la fase acuta e liberato il corpo dalla dipendenza fisica, l'intervento farmacologico cede gradualmente il posto ad interventi psico-educativi.

Gli obiettivi principali in questa Fase si possono così sintetizzare:

- Allontanamento dell'utente dall'ambiente che espone al rischio d'uso, mediante l'inserimento nel contesto residenziale protetto del C.T.;
- Primo assessment multi-professionale dell'analisi di bisogni e criticità e della domanda d'aiuto e stipulazione del contratto terapeutico;
- Inquadramento e monitoraggio clinico (medico, psichiatrico e psicologico);
- Divezzamento ed interruzione dell'uso di sostanze d'abuso (alcol, droghe o farmaci);
- Eventuale disimpegno graduale di terapia farmacologica sostitutiva e raggiungimento della condizione di drug-free;
- Stabilizzazione dei sintomi e recupero psicofisico;
- Conoscenza reciproca tra utente ed operatori della struttura e progressivo ambientamento ed inserimento nelle attività e dinamiche della vita comunitaria e nel gruppo dei pari;
- Interventi supportivi e motivazionali mediante

colloqui individuali ed attività di gruppo, al fine d'accrescere il desiderio al cambiamento ed alla guarigione e d'assumere la consapevolezza a continuare il cammino per compiere una riabilitazione integrale;

- Orientamento alla successiva modalità di trattamento ed impostazione d'un personale percorso riabilitativo.

Superato il malessere psicofisico correlato alle sostanze e raggiunto un buon recupero complessivo, il paziente va al suo SerT d'appartenenza per fare una verifica. Qualora si concordi il totale conseguimento degli obiettivi prefissati e non ci sia alcun'altra richiesta del paziente il suo trattamento giunge al termine. Qualora il paziente riconosca invece il bisogno di ricevere un trattamento ulteriore, dopo pochi giorni di "*prova a casa*", rientra in Comunità per iniziare la Fase seguente del programma. In una simile modalità, fatta di prova a casa, verifica presso il SerT e negoziazione/riformulazione del programma terapeutico tra utente-SerT-C.T., si concludono anche le altre fasi successive.

Fase di Accoglienza. In questa Fase (corrispondente grossomodo alla fase di *mantenimento* del trattamento del P.A.N.) l'ambito d'intervento privilegiato è quello educativo-comportamentale finalizzato ad agire sui comportamenti disfunzionali correlati all'uso di sostanze. Questa precedenza è determinata dal fatto che alle persone che soffrono di dipendenze patologiche sono significativamente correlate problematiche di compulsività ed impulsività, di trasgressività ed aggressività. Per le loro proprietà impattanti e destabilizzanti le comuni dinamiche relazionali, queste caratteristiche comportamentali, prima ancora della dipendenza in sé, risultano essere le prime manifeste cause che rendono l'alcol-tossicodipendente un soggetto progressivamente problematico, disadattato, emarginato ed infine, deviante. Queste problematiche comportamentali impediscono il mantenimento di buone relazioni, precludendo così un'adeguata prosecuzione del trattamento, specie comunitario. Conseguentemente divengono prioritari gli

interventi di moderazione e contenimento degli atteggiamenti più eccessivi. Tuttavia non si può direttamente strutturare un programma educativo se non si acquista prima una più ampia conoscenza del soggetto. Per cui l'intervento psicologico, se precedentemente si era focalizzato nel monitoraggio clinico e nell'intervento d'urgenza per alleviare e gestire i malesseri astinenziali, assume ora tutt'altro rilievo, preparando un primo inquadramento psicologico che fungerà da base sulla quale s'implementerà l'intervento educativo.

Gli obiettivi principali in questa Fase sono:

- Inquadramento personologico mediante approfondimento di colloqui anamnestico-investigativi; somministrazione di questionari su personalità, temperamento e modalità relazionali; acquisizione d'informazioni dai report collaterali familiari.
- Rilettura della storia di vita da parte del soggetto, invitato a riconoscere i propri comportamenti problematici per soppesarne le ripercussioni negative nei diversi ambiti: affettivo-familiare, lavorativo-economico, legale, ecc.
- Impegno del paziente a riconoscere tempestivamente le proprie spinte pulsionali ed emotive ed a gestirle adeguatamente in modo non impulsivo e socialmente accettabile.
- Impegno del paziente al massimo rispetto degli altri e delle regole di buona convivenza comune; a risolvere in modo non conflittuale le molteplici difficoltà pratiche e relazionali derivanti dalla coabitazione.
- Attuazione d'interventi educativi finalizzati all'accrescimento dell'autocontrollo; al differimento della gratificazione; alla tolleranza della frustrazione; al passaggio dal "*principio di piacere*" al "*principio di realtà*"; all'osservanza dell'assetto strutturato-contenitivo e normativo-sanzionatorio di un C.T.
- Stesura d'un P.E.I. (Progetto Educativo Individualizzato) da parte dell'educatore, sulla base delle dirette osservazioni comportamentali, dei dati raccolti dall'equipe multi-professionale, dai feedback del gruppo di pari, ecc.

- Incontri con i famigliari, per lo più finalizzati alla riparazione e riapertura delle relazioni.

Fase di Esser-terapia. In questa Fase (corrispondente alla fase di *riabilitazione* del P.A.N.) l'ambito d'intervento prevalente è quello psicoterapeutico poiché si cerca di curare quei processi psicologici predisponenti o produttori di credenze, affezioni ed atteggiamenti non adattativi. Il soggetto viene aiutato a risalire dagli *effetti* alle *cause*, dal *particolare* all'*insieme*, dall'*evento* ai *processi*, al fine d'esercitarsi in un'*ermeneutica della complessità* e passare gradualmente dal "*problema-dipendenza*" al "*problema-uomo*". Considerare cioè quelle problematiche esistenziali preesistenti all'uso delle sostanze, ma non manifeste, inconscie o occultate, che si sono elicitate o slatentizzate con la dipendenza da sostanze.

Gli obiettivi principali in questa Fase si possono così riassumere:

- Acquisizione del soggetto d'una comprensione sistemica più profonda della storia tossicomantica all'interno della propria storia di vita. Riconoscere quelle condizioni preesistenti (socio-ambientali, culturali, economiche, familiari, ecc...) che hanno permesso/favorito la sollecitazione all'uso di sostanze. Assumere consapevolezza delle condizioni concomitanti sociali (stressori) o personali (vulnerabilità, morbilità latenti) che hanno protrato/incrementato l'assunzione di sostanze.
- Riconoscimento delle proprie modalità automatiche o abituali di comportamento o reazione, per individuarne l'intenzione funzionale-adattativa e confrontarla con l'effettivo risultato-conseguenza, al fine di modificare atteggiamenti (credenze ed azioni) disfunzionali.
- Interventi psicoterapeutici finalizzati alla rielaborazione e pacificazione di nuclei traumatici e disturbanti. All'interno d'un contesto d'accettazione incondizionata e non giudicante, il paziente è accompagnato a poter "accogliere" se stesso, la sua famiglia, il suo passato, la sua condizione attuale, la sua malattia, la realtà tutta intera: ab-

bracciando il "*principio di realtà*" ed orientandosi con speranza nuova e produttiva al futuro.

- Modifica dell'intervento educativo, che diviene gradualmente meno direttivo-prescrittivo, per essere più dialettico, responsabilizzante ed empatico.
- Sviluppo dell'autostima, dell'autoefficacia e dell'auto-aiuto (auto-monitoraggio, auto-critica, auto-correzione).
- Incontri con i familiari finalizzati ad una comprensione sistemico-familiare delle dinamiche e problematiche, all'affrancamento del "paziente designato" e ad un riconoscimento più equo di ruoli e responsabilità, con l'invito ai familiari ad intraprendere un personale percorso di consapevolezza di sé come individui e famiglia.

Fase di Responsabilità. In questa Fase (anch'essa corrispondente alla fase di *riabilitazione* del P.A.N.) l'ambito d'intervento privilegiato è quello affettivo-relazionale. La riabilitazione relazionale è da considerarsi attività e condizione preliminare indispensabile per poter dar corso ad un vero e proprio reinserimento sociale e lavorativo. In effetti non di rado il paziente giunge in Comunità possedendo delle proprie competenze lavorative, tuttavia sovente non riesce a conservare il suo lavoro per l'incapacità di relazionarsi nei contesti organizzativi.

Gli obiettivi principali in questa Fase si possono così sintetizzare:

- Sviluppo dell'indipendenza, mediante la progressiva diminuzione della presenza e dell'intervento diretto degli operatori e l'accresciuta capacità di





sentire/riconoscere autonomamente le proprie difficoltà/bisogni e saper chiedere aiuto.

- Sviluppo della responsabilità personale. All'accolto si richiede una condotta esemplare nel rispetto dei regolamenti e nella relazione con gli altri, inoltre gli si affidano compiti più impegnativi e/o di responsabilità o delicati.
- Sviluppo della responsabilità sociale. All'accolto viene attribuito il ruolo di *peer-educator* o *peer-support*, detto "referente" o "fratello maggiore". Svolgendo in tal modo compiti di tutoring, orientamento, accompagnamento ed aiuto agli accolti con minore esperienza nel percorso terapeutico.
- Accrescimento delle competenze relazionali, mediante le capacità di comunicazione, socializzazione, empatia, assertività, affabilità, adattabilità, negoziazione e compromesso.
- Sviluppo delle competenze genitoriali, quali il riconoscimento dei bisogni altrui e la premura di provvedervi personalmente, con disponibilità, altruismo, abnegazione, pazienza, comprensione.
- Sviluppo di apertura mentale, flessibilità, atteggiamento non pregiudizioso, capacità di mettersi in discussione, assumere un'ottica prospettica della conoscenza sociale, sapendo riconoscere i punti di vista altrui.
- Acquisire maggiore consapevolezza dell'interazione sociale, specie di assiomatica e pragmatica della comunicazione coi conseguenti meccanismi di feed-back.
- Maggiore frequenza delle prove a casa per poter rinsaldare i rapporti familiari e sperimentare il proprio autocontrollo e le strategie di coping per prevenire una ricaduta.

Fase di pre-rientro e Reinserimento. In questa Fase (corrispondente alla fase di *reinserimento* del P.A.N.) l'ambito d'intervento è prevalentemente sociale poiché si predispose l'individuo nelle condizioni migliori per poter ricercare un lavoro nel suo territorio di provenienza. Conformemente alle indicazioni del PAN, non vanno confuse la fase di riabilitazione e quella successiva di reinserimento: la prima è finalizzata alla costruzione delle condizioni di base per poter

reinserire la persona; la seconda fase, evoluzione e completamento della prima, è più strettamente finalizzata all'autonomizzazione sociale e lavorativa.

Gli obiettivi principali in questa Fase si possono così sintetizzare:

- Educazione alla progettualità delle azioni, al *problem solving* ed al *decision making* negli ambiti della vita quotidiana mediante identificazione di bisogni e desideri, valorizzazione delle risorse, ponderazione delle alternative, riconoscimento dei limiti, formulazioni di obiettivi raggiungibili e percorsi realistici.
- Formulare una *SWOT analysis* al fine d'individuare i fattori di vulnerabilità e rischio; i fattori di protezione; le conseguenti strategie di prevenzione ed auto-protezione.
- Rafforzamento delle *life skills*, soprattutto quelle lavorative.
- Formulazione del bilancio di competenze ed orientamento psicoattitudinale e professionale.
- Formulazione dell'accolto d'un concreto "progetto di vita".
- Attivazione d'un lavoro di rete coi diversi Enti e Servizi territoriali per agevolare la ricerca d'una collocazione socio-lavorativa.
- Progressivo sgancio dalla C.T. mediante l'allungamento dei tempi di prova a casa, tendendo al ribaltamento dei rapporti di soggiorno tra Comunità e casa, sino al punto da risiedere a casa e fare solo periodici incontri nel C.T. per un'ulteriore accompagnamento e verifica.

Il reinserimento lavorativo costituisce l'obiettivo ed il punto d'arrivo di tutti i trattamenti in quanto capace di garantire l'autonomia, l'indipendenza e la possibilità d'una reale e duratura reintegrazione delle persone alcol-tossicodipendenti nella vita e nella società.

L'integrazione di spiritualità e psicoterapia

I diversi Centri Terapeutici del Settore Dipendenze, pur presentando tutti i medesimi principi e caratteristiche generali sopra esposti e che gli permettono di costituirsi e riconoscersi come unica Comunità Emmanuel,

possono differenziarsi molto l'uno dall'altro per tipologia d'utenti e per specificità metodologiche adottate. Si descrivono qui di seguito alcuni dei momenti più caratteristici e quotidiani del trattamento comunitario, soffermandoci particolarmente su quelle attività che integrano spiritualità e psicoterapia.

Parola d'Assoluto. Il primo momento saliente della giornata (ore 7:45–8:15) è detto "Parola d'Assoluto". Questa pratica è stata ispirata a padre Mario da un'antica usanza monastica nota come metodo antirretico (*antirrhethikos* è traducibile con "risposte confutatorie"), concepito dai monaci come una vera e propria terapia di pensieri, affetti ed azioni (Pontico, 2005). Quando le avversità della vita inducevano ad un monaco dei *logismoi* (cattivi pensieri) connotati da una *patheia* (passione, sofferenza) e queste spingevano ad un *vitium* (azione difettosa, distorta), il monaco ricorreva alla *ruminatio* (meditazione ricorrente) di pensieri buoni diametralmente opposti (o antirretici) a quelli cattivi. Questo gli forniva una rielaborazione positiva della situazione, suscitando quell'incoraggiamento e forza d'animo necessari per sostenere azioni virtuose e superare le difficoltà. Il responsabile del Centro trova che il razionale di questa pratica spirituale sia compatibile con quello assai più noto e condiviso della Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale. Nel modello ABC infatti si esprime la consequenzialità tra (A) situazioni avverse, (B) interpretazioni cognitive e (C) conseguenze emotive e comportamentali, sottolineando conseguentemente l'importanza di riconoscere i "virus mentali" e debellarli mediante adeguate ristrutturazioni cognitive predisponenti risposte comportamentali adattative. Più specificamente, l'educatore del C.T. riconosce una più stretta vicinanza teorico-pratica di tale pratica col metodo del *Personal Values Card Sort* di W.R. Miller (2003) nel quale l'ACT (Acceptance Commitment Therapy) si integra nel Motivational Interviewing per applicarsi al trattamento dell'alcolismo. Nella pratica concreta del C.T., ogni individuo è chiamato a rivedere nella giornata precedente cosa non sia andato bene, specie pensieri, emozioni o azioni negative, che lo hanno disturbato o lo hanno ostacolato nel suo cammino di pacificazione, maturazione e liberazione, scegliendo poi un singolo specifico aspetto sul quale si propone d'intervenire. La

persona sceglie conseguentemente un valore che reputa curativo rispetto al malessere individuato e vi collega un piccolo concreto proposito che s'impegna a portare avanti durante la giornata. Il tutto lo sintetizza in una breve frase, la Parola d'Assoluto appunto, per lo più estratta da libri, che assume spesso la forma d'un proverbio o aforisma.

Attività ergoterapiche. Durante la mattinata (ore 8:30-13:00), ogni accolto in base alle proprie attitudini si dedica a diverse attività lavorative per lo più riguardanti la gestione domestica del Centro (ad es. pulizia, cucina, lavanderia, orto, officina, giardino, ecc...). Queste attività fungono da terapia occupazionale, con la finalità di promuovere, mantenere e sviluppare le capacità di svolgere con competenza e soddisfazione i compiti essenziali per la propria vita, la cura di sé e del proprio ambiente, raggiungendo un buon grado d'autonomia ed indipendenza.

Colloqui individuali. Sempre nella mattinata si svolgono i colloqui individuali: orientativamente ogni utente fa due colloqui settimanali della durata di 40-60 min., uno con lo psicoterapeuta ed uno con l'educatore, ma queste indicazioni possono variare molto tra le diverse persone o nei diversi periodi del cammino d'una stessa persona.

Schematicamente, l'educatore effettua:

- Assessment alcologico o tossicomano (ASI, CDP, SADQ, IDTS, COPE, MAC2-A) (Corlito, 1998);
- Counseling motivazionale;
- Drug abuse counseling (in questo counseling l'individuo impara a riconoscere le dinamiche psicologiche soggiacenti all'immediata compulsione alle sostanze e quale sia il significato funzionale del suo comportamento tossicomano);
- Formulazione e negoziazione del Piano Educativo Individualizzato;
- Decision making and problem solving counseling;
- Interventi prescrittivi e disciplinari.

Lo psicoterapeuta effettua:

- Colloqui di conoscenza e di management clinico del paziente;
- Colloqui anamnestici ed informativi;
- Somministrazione e valutazione di test cognitivi

(WAIS-R), di personalità (16PF-5, BFQ-2, EPQ-R, TCI-R), clinici (MMPI-2, SCID-II, SWAP-200) e proiettivi (ORT, TAT);

- Colloqui di monitoraggio clinico;
- Interventi psicoterapeutici di orientamento gestaltico (in questa terapia l'individuo impara a riconoscere, gestire e migliorare la sua personalità, i suoi sistemi motivazionali ed i suoi disturbi clinici o di personalità, precedenti o concomitanti o conseguenti all'uso di sostanze, tendendo ad una visione di sé e della propria vita ad un tempo più panoramica e più profonda);

Cammino di spiritualità. Dopo il pranzo ed il riposo, la prima attività pomeridiana (ore 15:30–16:00) è il *Cammino di spiritualità*. Sin dalle origini padre Mario ha evidenziato il valore fondamentale di questo momento, non semplicemente perché in linea con la sua vocazione e formazione personale, ma anche perché convinto della sua funzione terapeutica proprio nello specifico ambito delle alcol-tossicodipendenze. Padre Mario nota ad esempio quanto frequentemente tale contesto sia così caratterizzato da esperienze di attaccamento ai piaceri materiali; di sperimentazione del fallimento e dell'impotenza; di perdita di senso e depressione. Favorire a tali persone l'apertura alla trascendenza ed alla religiosità torna quindi funzionale per avvicinarsi a valori che diano maggiore stabilità e progettualità; o per infondere speranza e riattivare le proprie risorse interiori; o infine per trovare un più fondante e coesivo senso della vita per riacquistare la serenità e la motivazione per andare avanti. Il responsabile del Centro nel cercare il razionale di questa pratica spirituale, nota preliminarmente come il rapporto tra religione e salute sia storicamente talmente originario, intrecciato e duraturo, che al di là di qualunque giudizio di valore teologico-filosofico sulle religioni (che pertiene ad altra sede) non si possa non riconoscere un loro valore antropologico-terapeutico. In questa linea, il responsabile, in qualità d'educatore, si occupa di ricercare non tanto l'*efficacy* (dimostrazione teorico-sperimentale dell'efficacia) quanto l'*effectiveness* (l'efficacia sul campo o nella pratica). L'esperienza gli mostra come persone che vivono un'intensa

spiritualità (indipendentemente dalla religione alla quale appartengono) di fatto presentino generalmente una maggiore ritenzione in trattamento; maggiore disponibilità al cambiamento, all'alleanza terapeutica ed alla compliance; maggiore resilienza e capacità di recupero dalle avversità. La finalità terapeutica concreta è quella d'offrire la spiritualità in funzione di coping proattivo, ovvero come ulteriore strategia cognitivo-comportamentale per fronteggiare e superare situazioni problematiche. L'équipe del C.T. trova infine delle affinità teoriche con la Psicoterapia Umanistico-Esistenziale e Transpersonale mentre nell'applicazione pratica segue il Metodo dei 12 Passi degli Alcolisti Anonimi per giungere al "*risveglio spirituale*".

Nell'esecuzione concreta, gli accolti che sono credenti fanno il cosiddetto *Cammino di fede*: leggono in gruppo uno dei 12 Passi e brevi brani tratti da libri di AA (es. *Giunsi a Credere*) o di religione e spiritualità, dopodiché esprimono delle riflessioni che trasformano in preghiera personale (Pierlorenzi e Senni, 1994). Gli accolti che non esprimono una fede fanno la *Parola d'uomo*, sostanzialmente analoga alla precedente ma priva di riferimenti religiosi o trascendenti e basata su testi d'autori comunemente riconosciuti come autorità morali (es. premi Nobel per la pace).

Attività ludico-ricreative e risocializzanti. Nel pomeriggio (ore 16:00–17:00) una funzione non meno terapeutica di altre acquistano le attività sportive, ludico-espressive e ricreative in genere. Nel contesto delle dipendenze patologiche si nota come avere del tempo libero da riempire, da cui trarre gratificazione ed a cui dare un significato, diviene frequentemente fonte di problemi che si ripercuotono poi sullo stato psicofisico del soggetto suscitandogli quegli stati di apatia, disforia e depressione che reinnescano la compulsione alla ricerca di sostanze d'abuso. Appare dunque chiaro come una piacevole occupazione del tempo libero risulti utile non solo per rilassarsi ma anche per imparare a prevenire, gestire e superare solitudine, noia, ansie, tensioni e frustrazioni. Questo spazio quotidiano nelle domeniche viene dilatato al fine d'uscire dal Centro per gite o visite guidate.



Attività psico-educative di gruppo. Nel tardo pomeriggio (ore 17:00-18:30) gli accolti si riuniscono per fare attività (più genericamente chiamate "ricerca") che di volta in volta possono differire anche molto in base all'operatore che conduce l'attività ed agli obiettivi prefissati. Si presentano brevemente di seguito le modalità formative di gruppo più frequentemente utilizzate.

- *Istruzione programmata.* È la modalità più formalizzata e strutturata d'apprendimento d'informazioni ove si privilegia l'ascolto. Si fa innanzitutto prevenzione secondaria istruendo le persone sulle problematiche alcol-correlate (sanitarie, psicologico-psichiatriche, familiari, economico-lavorative, legali). Si spiega in cosa consistano le dipendenze patologiche ed i trattamenti farmacologici e socio-psico-educativi. Si fa prevenzione e gestione delle recidive ed empowerment delle strategie di coping. È opportuno notare che un fenomeno tanto controverso come l'alcolismo

ha ricevuto molteplici interpretazioni, non di rado eterogenee e difficilmente compatibili. L'educatore del C.T. per proprie convinzioni ed in linea con le indicazioni del Ministro per le Politiche Antidroga, agli utenti spiega l'alcolismo ed i suoi trattamenti usando l'approccio esplicativo della *neuro-educazione etica* (Serpelloni, 2010) nel più ampio panorama delle dichiarazioni della O.M.S.

- *Lettura-Cineforum e Discussione.* È una modalità d'apprendimento mista. Si legge un brano dalla letteratura A.A. o da articoli di giornale, romanzi o film di o su alcolisti. In riferimento a quanto letto o visto, gli accolti esprimono liberamente delle riflessioni e/o raccontano vicende autobiografiche. L'operatore fa interventi di moderazione, di chiarimento e rielaborazione più che di spiegazione, agevolando l'espressione ed il confronto non giudicante tra gli accolti.
- *Incident – Caso.* Un caso è una situazione-problema che richiede soluzione. Il metodo consiste

quindi nel riconoscere ed analizzare gli eventi che hanno condotto a tale situazione-problema per comprendere *come* sia avvenuta e *cosa* si debba fare. Il tipo d'apprendimento sollecitato si caratterizza nella logica della *problem analysis* e del *problem solving*. L'incidente solitamente si fa su un caso immaginario (ma verosimile), del quale reperire informazioni e proporre soluzioni, pronosticandone le conseguenze. In alcuni casi è un accolto a mettere in discussione una sua questione specifica, chiedendo l'aiuto dell'operatore e degli altri per acquisire nuove e più ampie prospettive del suo problema e delle alternative per risolverlo.

- **Simulazione – Role-play.** Il modello d'apprendimento è di tipo esperienziale mediante esercizi, sperimentazioni, riproduzione attiva di dinamiche quotidiane d'ambito relazionale. Riprendendo eventi spesso realmente accaduti nella vita comunitaria del Centro o nel passato degli individui, si simulano o drammatizzano dal vivo le modalità d'interazione più o meno adeguate in una certa situazione. Questo facilita ad acquisire maggiore consapevolezza delle proprie emozioni per poterle meglio gestire ed accrescere la propria competenza sociale. Il role-play, richiedendo di mettersi-nei-panni-di o dell'impersonare un certo ruolo, permette di sviluppare l'empatia, l'apertura e l'elasticità mentale.
- **Gruppo A.M.A.** Il gruppo di auto-mutuo-aiuto segue i principi generali ed il modello supportivo dei gruppi di AA (Aa.Vv. 1967) o di altri SHG (*Self-Help-Group*). In questo caso l'operatore non è presente o, nei gruppi ancora giovani, si limita a minimi interventi moderativi. Per quanto i SHG siano stati oggetto di minor attenzione scientifica tuttavia nell'effectiveness comunemente se ne riconoscono: (1) la funzione di scambio informativo, sostegno, rinforzo e identificazione insita nella dinamica socio-emotiva del gruppo fra pari; (2) il valore terapeutico connesso alla possibilità di svolgere il ruolo di *helper* cioè di prestatore di cure; (3) lo stimolo offerto dalla carica ideologica del gruppo di self help alla modificazione di atteggiamenti,

valori e modelli culturali personali presenti nella società esterna (Tognetti Bordogna, 2005).

- **Terapia di Gruppo di Analisi-Transazionale.** L'Analisi-Transazionale offre un metodo unico di usare il gruppo per lavorare sui "*copioni*" individuali. Le analisi delle "*transizioni*", i giochi e le terapie sullo "*stato dell'ego*" condotte fra l'accolto e lo psicoterapeuta possono essere decisamente aiutate, focalizzate e rafforzate dall'utilizzo delle rappresentazioni delle relazioni fra i membri del gruppo e dalle modalità con le quali l'individuo esteriorizza il suo oggetto intrapsichico. In questo modo il "materiale vivente" delle loro interazioni può essere usato direttamente, può essere interpretato, spiegato e confrontato in modo psicoterapeutico. Il concetto di Berne (1971) del *Group Imago* che si sviluppa in stage/stadi/livelli offre una cornice che aiuta l'esperienza e il suo potenziale di guarigione.

Verifica di gruppo. L'ultima attività terapeuticamente rilevante della giornata (ore 19:00-19:30) è la verifica serale, ispirata a padre Mario dall'*esame di coscienza* gesuitico e dalla *correzione fraternae* che affonda le sue radici ben oltre la tradizione cristiana nelle pratiche filosofiche greco-romane. Sin dalle origini dell'Emmanuel, alla verifica è attribuita una funzione cruciale del percorso terapeutico in quanto momento per "*fare verità*" su sé stessi. Ciascuno ripercorre mentalmente la propria giornata sia per riconoscere gli stati d'animo che i diversi avvenimenti hanno suscitato in lui, sia per valutare i propri pensieri e comportamenti ed il modo di rispondere alle situazioni e rapportarsi con gli altri. Questo al fine di conservare e sostenere quanto c'è stato di buono e costruttivo, oppure di modificare e migliorare quanto è stato negativo e disfunzionale. Questo momento di *auto-osservazione* è integrato dall'*etero-osservazione* o "*confrontazione*" da parte del gruppo dei pari e dell'operatore, i quali tentano di comunicare in modo fraterno e non giudicante quei comportamenti che dal loro punto di vista possono apparire inappropriati e che l'individuo da sé stesso non ha avvertito. Riconosciuta qualche specifica difficoltà o mancanza, ognuno autonomamente fa un "*ripropimento*", prendendosi l'impegno di fare

nel giorno seguente qualche gesto concreto col quale crescere, migliorare e riparare responsabilmente ai propri errori. Quest'ultima attività si riallaccia così alla prima del giorno successivo, la *Parola d'Assoluto*, completando un dinamica psico-educativa elicoidale ed incrementale: (A) pensiero-*pianificazione* (B) azione-*esperienza* (C) retrospezione-*verifica*, p (A₂) pianificazione migliorata (B₂) esperienza migliorata (C₂) verifica migliorata, p (A₃) (B₃) (C₃), p ecc...

Anche in questo caso, l'educatore nota come una pratica di matrice intrinsecamente spirituale-religiosa contenga elementi affini a strumenti terapeutici sviluppati entro paradigmi culturali indipendenti, quali la scuola Psicoterapeutica Cognitivo-Comportamentale che fa largo uso del *diario di auto-monitoraggio* e degli *interventi prescrittivi*. Più specificamente nel campo delle dipendenze patologiche, l'educatore ha riconosciuto nella tecnica della *"gestione delle ricompense"* del Counseling Motivazionale quello strumento educativo, conforme alle linee d'indirizzo del D.P.A., che risulta nella pratica pressoché identico al *"riproponimento"* tradizionalmente proposto dalla Comunità Emmanuel. In tutto questo dinamismo quotidiano si può osservare infine un'equilibrata alternanza tra attività sia fisiche che mentali, sia impegnative che ricreative, sia individuali che comunitarie.

L'integrazione della spiritualità al trattamento riabilitativo appare tuttavia evidentemente assai problematica, per molteplici rilevanti ragioni. In questo contesto tuttavia ci sembra appropriato limitarci ad esprimere brevemente quella prospettiva terapeutico-pragmatica fondamentale che ha permesso una feconda e serena integrazione degli approcci. In tale prospettiva l'obiettivo unico è la cura integrale della persona, tale obiettivo funge da principio ermeneutico ed attraverso questa "gestalt" ogni cosa viene reinterpretata in base alle sue peculiari potenzialità patogene o curative. La spiritualità e la religione non fanno eccezione e, come per tutti gli altri approcci, vengono utilizzate nelle circostanze, nelle misure e nei modi che risultano funzionali al benessere globale della persona. Il criterio dell'efficacia terapeutica, mentre spoglia la spiritualità di carica ideologica, ha l'effetto paradossale di sdoganarla dalle tradizionali

preclusioni e d'altra parte previene rigidità e chiusure dottrinali negli approcci psicoterapeutici o socio-educativi. In definitiva quel che emerge è che i diversi approcci si integrano, non tanto perché si sia dimostrata di principio la loro compatibilità, ma perché si sia programmaticamente scelto d'applicarli in modo che di fatto risultassero coerentemente convergenti nella cura delle diverse dimensioni ed esigenze della persona. Per far questo gli interventi dei diversi approcci vengono dosati tanto quanto serve, in modo tale da adattare il trattamento ai diversi pazienti, più che chiedere ai pazienti d'adattarsi ad uno stesso trattamento. In questo senso ci pare che il mito del Letto di Procuste sia una eccellente metafora pedagogico-terapeutica per mostrare le conseguenze potenzialmente drammatiche nel voler trattare tutte le persone con lo stesso "metro", per farle giungere tutte ad una stessa "misura".

BIBLIOGRAFIA

- Aa.Vv. (1959), *Alcolisti Anonimi*, New York, Alcoholics Anonymous World Service
- Berne, E. (1971). *Analisi transazionale e psicoterapia*, Roma, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini
- Casto, O., Graco, A. (2010). *Vita con vita. La Comunità Emmanuel a trent'anni dalla fondazione*, Lecce, EMMANUEL edizioni
- Corlito, G. (1988). *L'approccio psico-metrico-sociale integrato all'alcolista e alla sua famiglia*, in R. Martorella, D. Vanni (a cura di), *La cura dell'alcolismo: la dimensione di un problema, Atti della prima giornata alcolologica della Val-Tiberina*, Anghiera
- Miller, W. R. (2003). *Spirituality, treatment and recovery*, in Galanter M. (Ed), *Recent Development in Alcoholism*, Vol. 16, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp. 391-404
- Pierlorenzi, C., Senci, A. (1994). *L'alcolismo. Prospettive di ricerca ed intervento*, Roma, La Nuova Italia Scientifica
- Pontico, E., (2005). *Contro i pensieri malvagi*. Comunità di Bose, Edizione Qiqajon. Si tratta della traduzione italiana di Antirrhethikos.
- Serpelloni, G. (2010). *Cocaina e minori*, Verona, s.e.
- Tognetti Bordogna, M. (2005). *Promuovere i gruppi di self-help* Ed. Franco Angeli