

Esiste un approccio europeo alle comunità terapeutiche per i disturbi correlati a sostanze? Una revisione narrativa

Is there a European approach to drug-free therapeutic communities? A narrative review

E. Cortini^{1,2}, M. Clerici¹, G. Carrà³

¹Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano Bicocca; ²ASL Monza e Brianza; ³AO San Gerardo, Monza

Summary

Background

Since early 1960s, the American Therapeutic Communities (TC) movement has strongly influenced the addiction treatment field. However, in Europe the knowledge base of TCs is still fragmented.

Objectives

There is the need to describe differences and similarities between American and European TCs, in terms of approaches, roles and positions for organizational, treatment and preventive policies issues in substance abuse.

Methods

An electronic literature search was conducted (1966-2010) using the Medline, Psych Info and CINAHL databases.

Results

Social and ideological characteristics supporting TCs significantly influence the relative weight given to different therapeutic contents such as behaviourism, milieu therapy, social learning, professional team role, networking and evidence based assessment of outcomes. Across Europe, different trends in different countries coexist.

Conclusions

Although the American TC movement undoubtedly influenced treatment of addiction throughout Europe, an original European model has emerged in terms of theoretical models, treatment implementation strategies and staff training. An ongoing cross-cultural comparison between different settings would allow a better understanding of the strengths and weaknesses of rehabilitation programmes in TCs.

Key words

Substance-Related Disorders • Therapeutic Communities • Europe

Introduzione

Le Comunità Terapeutiche (TC) rappresentano, sia in Europa, sia negli USA, uno tra gli approcci più diffusi alla cura delle tossicodipendenze. L'efficacia di tale modello di trattamento è stata oggetto di studio da parte di un numero sempre più ampio di gruppi di ricerca del settore¹. Le prime TC per persone affette da disturbi correlati a sostanze sono sorte negli Stati Uniti a partire dagli anni '60 del secolo scorso, configurandosi fin da subito come radicale alternativa, rispetto ai trattamenti convenzionali allora esistenti, fondata sui principi dell'auto-aiuto e del mutuo supporto². Alcolisti ed eroinomani ormai astinenti sono stati tra i primi a sviluppare il movimento comunitario americano, il quale ha esercitato una notevole influenza sull'approccio europeo per la gestione del problema delle dipendenze³, sia sotto il profilo dei metodi di trattamento adottati nelle prime esperienze residenziali, sia rispetto all'iniziale concettualizzazione del dibattito sulle droghe e le dipendenze. Dagli anni '70, la larga diffusione

delle TC in Europa ha consentito di ampliare notevolmente la rete dei centri di cura, favorendo la possibilità di varie sperimentazioni. La raccolta di un numero congruo di dati scientifici è da far risalire, tuttavia, ai successivi anni '90. Coerentemente con l'evoluzione storica e culturale dell'analisi e del trattamento del fenomeno delle dipendenze, le TC attuali sono profondamente mutate rispetto ai modelli comunitari delle origini.

La definizione di Comunità Terapeutica appare oggi fin troppo generica per descrivere la vasta ed eterogenea offerta terapeutica, caratterizzata da progetti residenziali a breve e a lungo termine, così come da programmi di trattamento diurno e ambulatoriale⁴. Questa molteplicità di percorsi di cura risponde a una più articolata domanda di servizi rivolta da parte dei clienti/ospiti: le richieste rivolte ai professionisti delle TC, in precedenza primariamente incentrate sull'appagamento di bisogni primari fondamentali (l'accoglienza, l'alimentazione, l'igiene e l'assistenza di base), o sul contenimento sociale degli ospiti, sono diventate più complesse e specifiche (trattamenti mirati,

Correspondence

Emanuela Cortini, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano Bicocca, via Cadore 48, 20052 Monza (MB), Italia • Tel. +39 335 6949616 • E-mail: emacortini@yahoo.it

programmi riabilitativi, verifica della qualità e dell'efficacia dei servizi svolti), esigendo l'integrazione nell'ambito della TC di diverse competenze e professionalità ⁴.

Obiettivi

Il presente lavoro mira a descrivere le caratteristiche salienti dei programmi residenziali per l'abuso di sostanze diffusi attualmente in Europa. Inoltre, dal confronto rispetto agli analoghi programmi disponibili negli Stati Uniti, si intende verificare l'ipotesi secondo la quale esista un approccio terapeutico specifico per le TC europee, caratterizzato da una propria autonomia e originalità metodologica.

Metodi

È stata realizzata una revisione narrativa della letteratura ⁵ riguardante le TC volta a descrivere sia le caratteristiche peculiari del trattamento residenziale, sia le differenze e le similitudini in paragone ai modelli statunitensi ⁶. Sono stati utilizzati tre tra i principali database disponibili nell'ambito della ricerca biomedica, selezionati per le caratteristiche di rappresentatività e copertura, Medline, Psych Info e CINAHL (specializzato nel campo delle scienze infermieristiche e delle professioni sanitarie), considerando il periodo dal 1966 al dicembre 2010. È stata condotta una *search* utilizzando la *phrase* ("therapeutic communities" [MeSH] [and (DRUG* or POLYDRUG* or SUBSTANCE* or ALCOHOL* or TRANQUIL* or CHEMICAL* or NARCOTIC* or OPIAT* or STREET DRUG* or SOLVENT* or INHALANT* or PSYCHOTROPIC* or INTOXICA*) and (ABUS* or USE* or MISUS* or USIN* or UTILIZ* or UTILIS* or DEPEND* or ADDICT* or ILLEGAL* or ILLICIT* or HABIT* or WITHDRAW* or BEHAVI* or ABSTINENCE* or ABSTAIN* or REHAB* or INTOXICA* or NON-PRESCRI*) or DUAL* near DIAGNOS*) or explode \SUBSTANCEABUSE"/ all subheadings or explode \DRUGDEPENDENCE"/ all subheadings or explode \ALCOHOLABUSE"/ all subheadings or explode \ALCOHOLISM"/ all subheadings] AND Europe (for Medline) AND ((LO: PSY = European countries list)) (for Psych Info) AND (SB: NU = European countries list) (for CINAHL). Inoltre, le bibliografie degli studi inclusi nel pool di lavori pertinenti al tema sono state a loro volta analizzate, per identificare ulteriori risorse

Risultati

Sono stati identificati 29 studi pertinenti al tema. Tuttavia, come precedentemente descritto ⁷, una notevole mole di informazioni fa riferimento a numerose pubblicazioni di *grey literature* ⁸ che sono state dunque incluse nel pool di lavori considerati.

Le prime esperienze in Europa

La definizione di Comunità Terapeutica nacque in Inghilterra durante la Seconda Guerra Mondiale. Le origini di tali strutture risalgono ai risultati raggiunti da W. Bion ⁹, J. Rickman, H. Bridger e S.H. Foulkes ¹⁰ mediante le pionieristiche ricerche condotte presso l'*Hollymoore Hospital* di Northfield (*first and second Northfield Experiment*). L'*Hollymoore Hospital* divenne un presidio psichiatrico militare nel 1942 con un obiettivo sanitario primario dettato dalle contingenze belliche: occorre prendersi cura di un crescente numero di soldati affetti da disturbi fisici e psicopatologici, che ne compromettevano le abilità sociali e la possibilità di tornare a combattere. Coerentemente con queste finalità di recupero delle capacità di reinserimento nell'esercito, la struttura originale dell'*Hollymoore Hospital* fu suddivisa in due distinte aree funzionali: una destinata ai trattamenti prettamente medici, l'altra, denominata *Training Wing*, orientata al ri-addestramento e alla riabilitazione, mediante interazioni di gruppo tra i pazienti, *setting* di risocializzazione, spazi destinati a favorire la crescita della consapevolezza delle esperienze vissute da ognuno. Fu lo psichiatra M. Jones, però, all'inizio degli anni '40, a ideare il concetto di Comunità Terapeutica come alternativa all'organizzazione totalizzante usata fino ad allora per contrastare la malattia mentale. Jones non considerava più la figura del medico come unica e predominante nell'atto terapeutico: esso doveva concretamente comprendere il paziente stesso e il personale paramedico. Il gruppo, in quest'ottica, viene interpretato come realtà dinamica che supera la diade chiusa ed esclusiva "medico-paziente" ¹¹. Alla base della filosofia di Jones sulle TC si hanno: la compartecipazione, che diviene elemento di cura imprescindibile; l'importanza dei rapporti interpersonali; l'adesione spontanea alla vita comunitaria; il rispetto delle regole che caratterizzano la vita di gruppo, improntata alla democrazia; un fisiologico distacco dal programma nel momento migliore per attuare il reinserimento dell'individuo nella società ¹². A distanza di anni si può affermare che il modello pensato da Jones ha mostrato notevoli criticità per il recupero di persone affette da tossicodipendenze: esso è stato sostituito dalle formule di self-help di derivazione americana ¹³.

Gli anni '60 e la nascita delle TC "Drug-Free" negli Stati Uniti

In America, le origini del *Mutual Aid* vengono attribuite ai primi coloni, aggregati spontaneamente in piccole comunità per proteggersi e produrre beni di varia necessità. La nascita della società industriale e i conseguenti squilibri socio-economici, portarono poi allo sviluppo delle *Trade Unions*: esse si occupavano di fornire un aiuto concreto in caso di disoccupazione, scioperi, malattie, questioni personali e familiari ¹⁴. La Grande Depressione del 1929

e il successivo piano di riforme promosse dal presidente Franklin Delano Roosevelt allo scopo di risollevare gli Stati Uniti dalla crisi economica, rappresentarono lo scenario storico per la nascita di svariate organizzazioni assistenziali impegnate a far fronte ai complessi problemi socio-sanitari, tra i quali l'incremento del tasso di consumo alcolico, derivanti dalle drammatiche condizioni di vita e dal diffuso, improvviso impoverimento generale¹¹. Nel 1935 nacque in Ohio l'associazione degli Alcolisti Anonimi, destinata nel tempo ad avere un notevole successo da esercitare una considerevole influenza sulle Comunità dei professionisti e sul paradigma culturale ispiratore delle politiche riguardanti il fenomeno generale delle tossicodipendenze¹⁵. I fondatori dei Gruppi AA, il medico Bill Wilson e l'agente di borsa Robert Smith, erano membri del movimento cristiano evangelico guidato dal pastore luterano Frank Buchman, noto come *Oxford Group*, istituito per fornire aiuto concreto e sostegno spirituale a chi abusava di alcol: non stupisce, quindi, come l'approccio metodologico alla base dell'AA rifletta ancora oggi elementi culturali della tradizione ebraico-cristiana e varie concezioni mutuare da altre ispirazioni religiose o correnti filosofiche¹⁶. La struttura e i processi terapeutici degli AA si articolano nei cosiddetti 12 passi, che tracciano un programma di guarigione dall'alcolismo basato sui principi di autocoscienza, del riconoscimento degli errori commessi, della loro condivisione e del risarcimento dei danni provocati. Altro elemento fondamentale di questo modello di intervento è il concetto di *self-help*, auto-aiuto, che postula la necessità di far leva sulla volontà individuale per determinare il cambiamento psicologico che conduce a uno stile di vita libero dalla dipendenza da sostanze¹⁷.

Nel 1958, a Santa Monica, in California, Charles E. Dederich, membro degli AA e simpatizzante dell'“Oxford Group”, fondò *Synanon*, la prima vera comunità per tossicodipendenti, storicamente considerata il modello archetipico delle Comunità Terapeutiche di Seconda Generazione, organizzate come strutture residenziali autogestite¹⁸. Dederich trasse dall'esperienza maturata dagli AA sia il principio della responsabilità individuale nel determinare un cambiamento di vita, mantenendo una condizione di totale libertà dalla dipendenza, sia quello di mutuo aiuto, invitando a stabilire rapporti di reciproco supporto materiale e psicologico tra i vari affiliati, tracciando un ideale percorso verso la sobrietà articolato in tappe istituzionalizzate e riconosciute efficaci dal gruppo stesso¹⁹. Dederich introdusse un'innovativa modalità di relazione interpersonale, estranea alla cultura degli AA, definita *The game*¹⁶. Nei “giochi di gruppo” ogni residente nella comunità era chiamato a turno a confrontarsi con gli altri, secondo uno schema che aboliva la struttura gerarchica alla base della vita comunitaria, e consentiva un confronto diretto, paritetico, spesso

aspro e dal forte impatto emotivo. Nella sua evoluzione storica, *Synanon* si configurò dapprima come un'esperienza di vita condivisa, alternativa e rivoluzionaria rispetto alle tradizionali forme di convivenza umana che strutturavano la società contemporanea, fortemente criticate nel preciso contesto storico degli anni Sessanta; ben presto, tuttavia, essa divenne un movimento settario e messianico, un'organizzazione gerarchizzata che trascendeva l'intento primario di offrire assistenza a soggetti con dipendenza da sostanze, propugnando l'ideale di affiliazione alla *family* come palingenesi spirituale²⁰. Seguendo tale deriva mistica, verso la metà degli anni Settanta *Synanon* assunse i caratteri di un movimento religioso fondamentalista e autoritario, fondato sulla leadership carismatica e taumaturgica di Dederich²¹. Il progressivo isolamento dal mondo esterno, l'assenza di un confronto con analoghi progetti terapeutici e l'impossibilità di una verifica d'efficacia documentabile, portarono alla chiusura della comunità nel 1991²².

Nel 1963 sorse a New York il *Daytop Lodge*, divenuto in seguito il *Daytop Village*: tra i fondatori erano alcuni ex-eroinomani che avevano vissuto personalmente l'esperienza di *Synanon*, e David Casriel, psichiatra e psicanalista, che aveva elaborato la *Bonding Therapy*²³ e visitato più volte *Synanon*. Le differenze tra *Daytop* e quest'ultima erano ben evidenziabili: pur riflettendo l'organizzazione gerarchica di *Synanon*, *Daytop*²² non si prefiggeva scopi messianici, e individuava la propria *mission* nel reinserimento del tossicodipendente nella società, recuperandone le abilità e le competenze funzionali, compromesse dall'abuso di sostanze. Inoltre, la caratteristica saliente delle comunità *Daytop* era quella di essere costituite non solo dai residenti, tossicodipendenti da tutte le sostanze catalogabili come droghe (alcol e tabacco, sostanze psicotrope, psicofarmaci, ecc.), ma di coinvolgere al suo interno professionisti operanti nell'area della Salute Mentale, i quali non vivevano in comunità e non necessariamente avevano una storia di tossicodipendenza. L'équipe terapeutica era costituita, infatti, da specialisti del settore sanitario (medici, psichiatri, psicologi, paramedici) e da ex residenti con storia d'abuso di sostanze, divenuti professionisti nel campo del trattamento delle dipendenze²⁴. Sulla scia dei successi terapeutici ottenuti dal *Daytop Village*, nel 1967 fu fondata, sempre a New York, *Phoenix House*²⁵: insieme a *Daytop*, divenne in breve modello di riferimento per un crescente numero di strutture che, a partire dalla metà degli anni Sessanta, vennero aperte nel Nord America, in Canada, e successivamente in Europa, nel Sud-Est Asiatico e in America Latina²⁶, offrendo un progetto terapeutico fondato sulla psicologia comportamentale, con un trattamento articolato in stadi, rinforzi di tipo positivo e negativo e funzioni gerarchizzate²⁷.

La fine degli anni '60 e gli anni '70 in Europa

In Europa le prime Comunità Terapeutiche definite di Terza Generazione comparvero a partire dalla fine degli anni '60, modellandosi sull'esempio delle TC americane basate sul concetto di self-help, e stabilendo la propria identità in termini di astinenza totale dalle sostanze stupefacenti. Il diffondersi di tali strutture ebbe inizio in Inghilterra (1968, *Pink Villa Huts*, rinominata in seguito *Alpha House*; 1969, *Featherstone Lodge Project*, rinominata in seguito *Phoenix House*⁶) e proseguì in varie nazioni fino alla prima metà degli anni '80, quando gli ultimi pionieri crearono alcune comunità in Grecia e Finlandia²⁸. Nell'Europa del Nord, gli anni '70 furono una decade propizia alla diffusione delle TC⁷: esse erano caratterizzate da una commistione di generi provenienti dall'approccio originale di Dederich, dalle tecniche comportamentiste di Kooyma²⁹, dalla psicopedagogia di Van der Strate³⁰, e influenzate dalla terapia d'ambiente di Jones, come dall'ideologia rivoluzionaria del maggio del 1968⁷. Le TC non furono, tuttavia, mai popolari in Francia⁷: la matrice culturale anglosassone faceva scaturire problemi linguistici e differenze culturali derivanti dall'anglofobia francese³¹. L'etica dei professionisti d'oltralpe, inoltre, appariva, a loro giudizio, incompatibile con l'atteggiamento autoritario e integralista delle TC di allora³². L'unica eccezione fu quella de "Le Patriarche" (attualmente denominata "Dianova"³³). Questa si sviluppò indipendentemente da *Synanon* e non seguì le altre principali correnti di pensiero. In Italia, in particolare, le TC furono profondamente influenzate dalla tradizione cristiano-cattolica³⁴. A partire dal 1963, Don P. Gelmini creò un programma riabilitativo residenziale chiamato "L'incontro", che si trovava inizialmente a Casal Palocco, uno dei sobborghi di Roma⁷. Si trattava di un'associazione a impronta religiosa che forniva aiuto e supporto a giovani tossicomani, alcolisti ed emarginati. Nel 1979, la sede principale di quella che sarebbe diventata un'organizzazione internazionale venne trasferita a Molino Silla, in Umbria. Ancora nel 1979, il "Progetto Uomo" di Don M. Picchi fu sviluppato grazie al Centro Italiano di Solidarietà, istituzione pubblica senza scopo di lucro che si regge sui principi della carità cristiana e dell'attività di volontariato, nata inizialmente per affrontare i problemi derivanti dall'emarginazione e dal disagio giovanile³⁴. Dal "Progetto Uomo" italiano nacque, nel 1984 in Spagna, l'analogo "*Proyecto Hombre*"³⁵. Caratteristica specifica dei contenuti delle TC del Sud dell'Europa appariva quella di considerare il soggetto tossicodipendente come un membro della famiglia costituita dalla comunità stessa³⁶.

La terza generazione delle TC si è sviluppata in Europa tra la fine degli anni '60 e la metà degli anni '80: essa ha seguito temporalmente gli esperimenti inglesi di North-

field e l'evoluzione americana di *Synanon*, considerati, rispettivamente, la prima e la seconda generazione del movimento delle TC stesse. Le TC di terza generazione ricoprivano un ruolo preciso nel contesto globale del trattamento dell'abuso di sostanze di quello specifico periodo storico: seguire l'approccio americano basato sulla totale astinenza dalle droghe.

Il modello delle TC di terza generazione era inoltre fondato sulla convinzione che ogni individuo possedesse potenzialità da sviluppare; che ogni individuo fosse responsabile dei cambiamenti da apportare a sé; che gli altri non potessero intervenire, ma rappresentare soltanto esempi cui riferirsi; che ogni individuo venisse ripagato se onesto; che la condivisione della colpa bloccasse i processi di autodistruzione e che uno stile di vita drug-free dovesse prevalere⁷.

Le TC dell'epoca rifiutavano la visione dei medici americani V. Dole e M. Nyswander, i quali sostenevano l'efficacia del mantenimento metadonico nella dipendenza da eroina³⁷; esse condividevano, invece, l'opinione di Lennard et al.³⁸, che giudicavano il metadone una comune droga da strada, il cui impiego clinico era un'illusione. Il metadone poteva, infatti, essere assunto in combinazione ad altre sostanze, provocando gravi effetti collaterali, o diventare ulteriore causa di dipendenza. Le TC si allearono contro la Psichiatria e l'impiego del metadone, e si chiusero totalmente rispetto alla condivisione delle proprie ricerche e al confronto con altri modelli d'intervento; solamente in seguito all'esplosione dell'epidemia mondiale di AIDS e alla chiusura di molte di esse, le TC si riadattarono alle nuove esigenze⁷.

La crisi degli anni '80 e gli anni '90

Durante gli anni '80 varie Comunità Terapeutiche in Europa (Regno Unito, Paesi Bassi, Svezia) incorsero in una profonda crisi determinata da varie ragioni, tra le quali la più importante fu l'epidemia di AIDS disseminatasi in quel periodo²⁸. La diffusione epidemica della malattia e il numero sempre crescente di soggetti tossicodipendenti resero molto difficile alle TC ridefinire gli obiettivi, i programmi di cura e il target d'utenza: alcune non riuscirono a declinarsi in relazione alle esigenze contingenti, e vennero chiuse. Gli approcci sanitari mirati alla riduzione del danno e all'utilizzo della terapia farmacologica sostitutiva con metadone risultarono più efficaci nell'affrontare l'emergenza del contagio²⁸. Nello specifico, va sottolineato che il sistema di valori su cui si basavano le TC venne, all'epoca, fortemente criticato e crollò. L'astinenza totale non era più ritenuta realistica: il concetto di riduzione del danno e la possibilità di utilizzare sostanze stupefacenti in modo controllato e sicuro prevalsero³⁹. La presenza all'interno delle TC di figure eccessivamente carismatiche, pronte a esercitare il loro potere per plagia-

re i pazienti e indottrinarli rispetto ai valori comunitari, fu giudicata molto negativa: distruggeva la capacità decisionale e i diritti sociali dei residenti³³. Contemporaneamente, le politiche sanitarie andavano strutturandosi sulla richiesta di evidenza di efficienza ed efficacia dei trattamenti applicati all'interno delle TC: i costi di mantenimento di queste strutture vennero considerati eccessivi in confronto ai risultati ottenuti⁷. La percentuale dei soggetti che non aderivano completamente alle cure crebbe oltremodo, e il numero di successi si mostrava troppo basso. Si evidenziò una differenza tra le TC dell'Europa del Nord e del Centro e quelle dell'Europa del Sud: mentre le prime dovettero drasticamente diminuire le spese per i trattamenti applicati, le seconde si avvalsero del contributo di volontari, che aiutarono a rendere la situazione più stabile, nonostante i metodi usati fossero a volte discutibili⁴⁰. Negli USA, il sistema di valori delle TC non fu attaccato tanto quanto in Europa: esso risultava, infatti, attinente all'ideologia conservatrice neo-liberale e al Movimento della Temperanza²⁸. Le TC americane, inoltre, prevedevano costi decisamente inferiori per lo Stato: ciò era dovuto a programmi riabilitativi meno professionali, ma basati sul concetto di *self-help*, all'impiego di poco personale specializzato, e al fatto che risultassero efficaci nel ridurre le condotte criminali nel Paese. Le TC europee, a differenza delle americane, possedevano il limite di avere una scarsa cultura nel campo della ricerca: ciò aveva impedito di raccogliere e analizzare dati relativi al funzionamento delle TC stesse²⁸. Secondo Broekaert et al. (1999), nessuna ricerca completa di *follow-up* sulle TC venne portata avanti in Europa durante gli anni '70: ci si basava quasi esclusivamente sugli studi compiuti negli USA. Nel 1981 venne ufficializzata l'*European Federation of Therapeutic Communities* (EFTC), fondata nel 1978 su iniziativa di alcune TC di diversa nazionalità. L'organizzazione supportava percorsi riabilitativi e educativi d'approccio psicopedagogico, finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo dei tossicodipendenti (attualmente l'EFTC è presente in Europa in 25 paesi) [www.eftc-europe.com]. A Rotterdam, inoltre, nel dicembre del 1983 fu creato l'*European Working group on Drugs Oriented Research* (EWODOR), con l'obiettivo di dar vita a un forum all'interno del quale le ricerche, i metodi, le procedure nel campo della prevenzione e della cura dell'abuso di sostanze potessero essere condivisi da specialisti e operatori, comparando modelli e risultati. Le risorse dell'EFTC e dell'EWODOR presto si unirono per dare inizio a una stretta collaborazione e a una nuova tradizione di ricerca anche in ambito europeo, così come in quello americano. Gli studi sinergici condotti dimostrarono presto che la durata del trattamento all'interno della TC rappresentava il più efficace e preciso fattore predittivo circa il successo del trattamento stesso⁴¹. Stabilito che il *climax* di rinunce al trattamento avveniva

durante i primi due mesi di permanenza, le TC disposero l'introduzione di nuove metodologie per incoraggiare il proseguimento del ricovero⁴², come l'impiego di personale qualificato (*senior staff*)⁴³, del sostegno familiare, e del supporto delle reti sociali⁴⁴. L'importanza delle innovazioni introdotte fu confermata negli anni '90 da vari studi e, in particolar modo, dal *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS), condotto dal *National Addiction Center* in Inghilterra e Scozia, tra il 1995 e il 2000 per testare, in un periodo di 5 anni, 418 pazienti in carico a 54 diversi servizi di cura per le dipendenze e vagliare, tramite un ampio *range* di risultati, l'efficacia dei 4 approcci riabilitativi considerati (mantenimento a metadone e scalaggio con metadone; ricovero e programmi riabilitativi; programmi residenziali; programmi di Comunità) e il loro rapporto costi/benefici⁴⁵.

Oggi in Europa: caratteristiche innovative delle TC

Attualmente si può affermare che le TC europee, oltre ai principi del comportamentismo che si focalizzano sugli stimoli che generano un comportamento (ossia il processo di apprendimento), abbiano accettato sia l'efficacia della *milieu therapy* o terapia contestuale (che si propone di migliorare l'atmosfera sociale e affettiva in cui vive il soggetto), sia quella della terapia farmacologica sostitutiva con metadone⁴⁶ nell'ottica di un trattamento caratterizzato da norme di buona pratica clinica, atte a migliorare la qualità della vita dell'individuo e a prevenire i fattori di rischio. Negli ultimi tempi le TC *drug-free* hanno allargato il proprio bacino d'utenza, rivolgendosi a un target più ampio di soggetti che comprende: madri con bambini piccoli, carcerati, senz'altro, giovani adolescenti, pazienti con doppia diagnosi, pazienti in trattamento farmacologico con metadone, minoranze etniche, malati di AIDS⁴⁷. I trattamenti di stampo educativo e psicoterapeutico utilizzati in passato sono stati progressivamente sostituiti, nell'ottica di una nuova gestione che ponga l'attenzione sulla qualità delle cure fornite, e sulla professionalità del personale che opera all'interno di ogni singola struttura⁴⁷. Il trattamento dell'abuso di sostanze va articolandosi in modalità di cura sempre più specifiche, condotte attraverso l'integrazione di vari sistemi, quali il networking e il case management⁴⁸. L'approccio alla prevenzione del danno e dei fattori di rischio si amplia tramite la stretta collaborazione tra le TC stesse e metodi alternativi di riabilitazione dall'abuso di sostanze. Il movimento delle nuove TC adotta iniziative inedite, utilizzando piani terapeutici di durata minore, e si basa su interventi di provenienza sia interna, sia esterna alle strutture. Le pregresse esperienze legate alla figura di un leader eccessivamente carismatico servono a ricordare che un sistema di regole e valori rigido si tramuta in un punto debole, perché conduce a un fon-

damentalismo terapeutico. Le TC divengono progressivamente consapevoli dell'importanza fondamentale della ricerca basata sull'evidenza, in quanto essa rappresenta il principale strumento per limitare ideologie integraliste, e muoversi verso un sistema di guarigione adeguato, integrato, efficace ²⁸.

Conclusioni

In Europa, la nuova identità delle TC si fonda, attualmente, su una visione socio-psicologica dell'approccio terapeutico alla cura delle dipendenze da sostanze d'abuso ³⁹. L'autonomia e l'originalità metodologica degli interventi riabilitativi si basano su tecniche altamente specifiche, che guidano l'individuo, in un percorso caratterizzato da stadi ben delineati, verso il reinserimento nella società e uno stile di vita *drug-free*. I modelli comunitari vincenti si sono dimostrati quelli in cui il paziente viene motivato al ricovero e seguito da personale adeguatamente qualificato, si è attivato un supporto familiare che sostiene l'ospite nelle varie fasi della riabilitazione, la qualità delle cure si arricchisce del contributo garantito dalle reti sociali, la durata del trattamento è mirata alle esigenze di ciascun soggetto ^{37 39}. I pionieri europei delle TC hanno portato un contributo molto importante all'identità più moderna delle TC stesse, unendo il concetto americano di *self-help* alle teorie tradizionali educazionali e alla terapia ambientale di stampo democratico di matrice culturale europea. Imprescindibile, però, si è dimostrata la ricerca continuamente aggiornata sulla pratica clinica applicata nelle TC e l'integrazione di un maggior numero possibile di dati raccolti dalle varie strutture: una comparazione sempre aggiornata di realtà culturali dissimili è fondamentale per ottenere un quadro completo e realistico sia dei vantaggi, sia dei limiti del trattamento riabilitativo da sostanze all'interno delle TC ⁴¹. Sviluppi futuri potranno riguardare il fenomeno delle nuove condotte di poliabuso ⁴⁹, nonché dell'acquisto di sostanze on-line ⁵⁰. Le TC si sono tanto evolute da collocarsi oggi all'interno di un sistema di trattamento delle dipendenze ampio e organizzato, che comprende approcci e funzioni precisamente definiti, interconnessi e coordinati ^{37 39 51 52}.

Bibliografia

- 1 Smith LA, Gates S, Foxcroft D. *Therapeutic communities for substance related disorder*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;1.
- 2 De Leon G. *The Therapeutic Community: theory, model and method*. New York: Springer Publishing Co. 2000.
- 3 Broekaert E, Colpaert K, Veerle Soyez V, et al. *Transatlantic dialectics: a study on similarities and dissimilarities in approaches to substance abuse problems in the United States and Europe*. Ther Communities 2007;28:33-44.
- 4 De Leon G. *Textbook of substance abuse treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press 2004.
- 5 Baumeister RF, Leary MR. *Writing narrative literature reviews*. Rev Gen Psychol 1997;3:311-20.
- 6 Broekaert E, Yates R, Vandeveld S. *The development of the concept-based TC for substance abusers in Europe*. The Joint Newsletter of the Association of Therapeutic Communities, The Charterhouse Group of Therapeutic Communities, and The Planned Environment Therapy Trust 2003, pp. 17-8.
- 7 Broekaert E, Vandeveld S, Soyez V. et al. *The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe*. Eur Addict Res 2006;12:1-11.
- 8 Alberani V, Pietrangeli PDC, Mazza AMR. *The use of grey literature in health sciences: a preliminary survey*. Bull Med Lib Assoc 1990;78:358-63.
- 9 Bion WR. *Experiences in groups*. London: Tavistock, 1960.
- 10 Foulkes SH. *Introduction to analytic psychotherapy*. London: Heinemann 1948.
- 11 Lai Guaita MP. *La comunità terapeutica: origini storiche, interventi attuali in Italia*. Milano: Edizioni Universitarie Jaca 2011, pp. 37-41.
- 12 Jones M. *The concept of a therapeutic community*. Am J Psychiatry 1957;112:647-50.
- 13 Rapoport RN. *Community as doctor*. London: Tavistock 1960.
- 14 Poole M. *Industrial relations: origins and patterns of national diversity*. London: Routledge 1986.
- 15 Gross M. *Alcoholics anonymous: still sober after 75 years*. 1935. Am J Public Health 2010;100:2361-3.
- 16 Garfield H. *The Synanon religion*. Marshall, California: Synanon Foundation 1978.
- 17 Krentzman AR, Robinson EA, Moore BC, et al. *How Alcoholics Anonymous (AA) and Narcotics Anonymous (NA) Work: cross-disciplinary perspectives*. Alcohol Treat Q 2010;29:75-84.
- 18 Yablonsky L. *The tunnel Back: Synanon*. New York: Macmillan 1965.
- 19 Janzen R. *The rise and fall of Synanon: a California utopia*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press 2001.
- 20 Glaser FB. *Some historical aspects of the drug free therapeutic community*. Am J Drug Alcohol Abuse 1974;1:37-52.
- 21 O'Brien WB, Hennican E. *You can't do it alone*. New York: Simon & Schuster 1993.
- 22 Mitchell D, Mitchell C, Ofshe R. *The light on Synanon*. New York: Seaview 1980.
- 23 Casriel D. *A Scream away from happiness*. New York: Grosset & Dunlap 1972.
- 24 Sugerman B. *Daytop Village: a therapeutic community*. New York: Holt, Rinehart & Winston 1974.
- 25 De Leon G. *Phoenix House: studies in a therapeutic community (1968-1973)*. New York: Mss. Information Corporation 1994.

- ²⁶ Bassin A. *The miracle of the TC. From birth to postpartum insanity*. In: Vamos P, Brown W, editors. *Second World Conference of Therapeutic Communities*. McGill University, Florida State University 1977.
- ²⁷ Broekaert E, Vanderplasschen W, Temmerman I., et al. *Retrospective study of similarities and relations between American drug-free and European therapeutic communities for children and adults*. *J Psychoactive Drugs* 2000;32:407-17.
- ²⁸ Broekaert E. *What future for the Therapeutic Community in the field of Addiction? A view from Europe*. *Addiction* 2006;101:1677-8.
- ²⁹ Kooyman M. *Therapeutic Community for Addicts: intimacy, parent involvement in treatment outcomes*. Rotterdam: Erasmus University 1992.
- ³⁰ Van der Straten G. *Eduquer face aux drogues en aux dépendances*. Bruxelles, Lyon: Editions Labor, Chronique Sociale, Couleurs Livre 2002.
- ³¹ Kooyman M. *The history of therapeutic communities: a view from Europe*. In: Rawlings B, Yates R, editors. *Therapeutic Communities for the treatment of drug users*. London: Jessica Kingsley 2001, pp. 59-78.
- ³² Picchi M. *Il Centro Italiano di Solidarietà: il caso Italia*. In: Marsan L, Angelucci F, Xella M, editors. *Proceedings of Eighth World Conference of Therapeutic Communities*. Rome: CeLS 1984, pp. 171-6.
- ³³ Ottenberg DJ. *Therapeutic community and the danger of the cult phenomenon*. In: Bremberg L, editor. *Third Generation of Therapeutic Communities. Proceedings of the first European conference on milieu therapy*. Eskilstuna: Vallmörtorp Foundation 1984, pp. 218-38.
- ³⁴ Picchi M. *Un progetto per l'uomo*. Rome: Associazione Centro Italiano di Solidarietà di Roma 1994.
- ³⁵ Carisnoni ML. *Europa: i motivi di riflessione*. *Il Delfino* 1977;1:24-7.
- ³⁶ Vandeveldel S, Broekaert E. *Maxwell Jones, Harold Bridger, Dennie Briggs and the 'two' therapeutic communities: an interview with Juan Parés y Plans (Corelli) about the development of the Centro Italiano di Solidarietà (CeLS) di Roma*. *Ther Communities* 2003;24:85-104.
- ³⁷ Broekaert E, Vanderplasschen W. *Towards the integration of treatment systems for substance abusers: report on the second international symposium on substance abuse treatment and special target groups*. *J Psychoact Drugs* 2003;35:237-45.
- ³⁸ Lennard HI, Epstein LJ, Rosenthal MS. *The methadone illusion*. *Science* 1972;176: 881-4.
- ³⁹ De Leon G. *Integrative recovery: a stage paradigm*. *Subst Abuse* 2003;17:51-63.
- ⁴⁰ Broekaert E, Slater A. *The development of the early TC movement in Western and Southern Europe*. *EFTC Newsletter* 2001;7:16-20.
- ⁴¹ Ravndal E. *Research in the concept-based therapeutic community—its importance to European treatment research in the drug field*. *Int J SocWelfare* 2003;12:229-38.
- ⁴² De Leon G. *Therapeutic Community research: Perspective and approach*. In: De Leon G, Ziegenfuss JT, editors. *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research in practice*. Springfield, IL: Charles E. Thomas 1986, pp. 5-18.
- ⁴³ De Leon G, Hawke J, Jainchill N. et al. *Therapeutic communities—enhancing retention in treatment using 'Senior Professor' staff*. *J Subst Abuse Treat* 2000;19:375-82.
- ⁴⁴ Soyez V, De Leon G, Rosseel Y, et al. *The impact of a social network intervention on retention in Belgian therapeutic communities: a quasi-experimental study*. *Addiction* 2006;101:1027-34.
- ⁴⁵ Simpson DD. *Introduction to 5-year follow-up treatment outcome studies*. *J Subst Abuse Treat* 2003;25:123-4.
- ⁴⁶ Gossop M, Marsden J, Stewart D, et al. *The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results*. *Addiction* 2003;98:291-303.
- ⁴⁷ De Leon G. *Community as method: Therapeutic Communities for special settings and special populations*. Westport, CT: Greenwood Publishing Group 1997.
- ⁴⁸ Broekaert E, Kooyman M, Ottenberg D. *What cannot be changed in a therapeutic community?* *Orthopedagogische Reeks Gent* 1993;2:51-62.
- ⁴⁹ Martinotti G, Carli V, Tedeschi D. et al. *Mono- and poly-substance dependent subjects differ on social factors, childhood trauma, personality, suicidal behaviour, and comorbid Axis I diagnoses*. *Addict Behav* 2009;34:790-3.
- ⁵⁰ Schifano F, Leoni M, Martinotti G, et al. *Importance of cyberspace for the assessment of the drug abuse market: preliminary results from the Psychonaut 2002 project*. *Cyberpsychol Behav* 2003;6:405-10.
- ⁵¹ Carrà G, Clerici M. *Dual diagnosis: policy and practice in Italy*. *Am J Addict* 2006;15:144-9.
- ⁵² Carrà G, Johnson S, Bebbington P, et al. *The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC)*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012;262:607-16.