



Fabio Bernieri

Alcolismo: le strade per uscirne

*CLINICA DELLE DIPENDENZE
E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO/Quaderni*



FrancoAngeli





Fabio Bernieri

**Alcolismo:
le strade per uscirne**

FrancoAngeli



Un particolare ringraziamento per la sensibilità dimostrata e per il contributo a sostegno della presente pubblicazione, va a: Amministrazione Provinciale di Massa Carrara Assessorato alle Politiche Sociali; Amministrazione Comunale Carrara Assessorato alle Politiche Sociali; Asl 1 Massa Carrara Direzione Generale; Lions Club Massa e Carrara "Apuania".

copyright © 2006 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione	pag.	7
1. Alcolismo: definizioni e modalità	»	11
Come si può definire l'alcolismo?	»	12
Vedere i fatti in modo diverso	»	14
Modalità differenti di assunzione	»	15
2. La rilevanza del fenomeno	»	23
Morbilità e mortalità	»	28
Il consumo a rischio	»	30
La provincia di Massa Carrara	»	31
I paesi a monte, un'indagine significativa	»	32
La realtà oggi: i cambiamenti	»	33
3. Diversi punti di vista, un unico problema	»	35
La visione bio-medica	»	36
La visione psicologica	»	37
La visione sociologica	»	39
La visione sistemica	»	41
“Sfide” tra coniugi	»	42
L'isolamento dell'alcolista	»	43
La frustrazione dei familiari	»	46
4. L'alcol: effetti fisici, psichici e comportamentali	»	51
Alcolismo acuto e cronico	»	51
Le patologie alcol-correlate	»	53

Alcolismo femminile	pag. 59
Alcol e guida	» 65
Alcolismo giovanile	» 67
Adolescenze lunghe	» 69
Identità sostitutive	» 70
Come parlarne	» 74
5. Strategie di intervento	» 77
Diagnosi precoce	» 77
Il trattamento medico-ospedaliero	» 78
Terapie farmacologiche	» 80
La terapia cognitivo-comportamentale	» 80
Il contributo della psicoanalisi	» 83
Il contributo della teoria sistemica	» 84
Un sistema in “corto circuito”	» 86
L’importanza del gruppo nel percorso terapeutico	» 88
Gli Alcolisti Anonimi	» 91
I Club Alcolisti in Trattamento (CAT)	» 93
I Gruppi Territoriali Riabilitativi (GTR)	» 94
6. Il metodo TRIAD	» 97
Il percorso dell’utente	» 98
Il concetto di risultato nell’ambito delle dipendenze	» 109
E il nostro F.?	» 111
Il lavoro nei Gruppi Territoriali	» 113
Le variabili di gruppo	» 115
I contenuti emotivi e la maturazione del gruppo	» 116
Quale comunicazione?	» 117
La presenza dei bambini al gruppo	» 119
L’osservazione di ciò che avviene	» 120
Lavorare in équipe	» 121
Convincere senza imporre	» 122
L’operatore-conduttore di gruppo	» 125
I diversi stili di conduzione	» 126
Il volontariato: OGAP e In/Dipendenza	» 126
Conclusioni	» 130
Bibliografia	» 133

Introduzione

Questo lavoro è il frutto del percorso di ricerca, sperimentazione ed elaborazione svolto in collaborazione con i colleghi, gli operatori volontari e, soprattutto, gli utenti e i loro familiari che in questi venti anni hanno partecipato alla elaborazione e costruzione di un sistema terapeutico-riabilitativo, per certi versi originale, rivolto alla dipendenza da alcol nel territorio di Massa Carrara. La sigla “TRIAD” sta a significare Trattamento Riabilitativo Integrato Alcolismo e Dipendenze e rispecchia la sintesi degli elementi formanti il percorso terapeutico: il Servizio Pubblico, il Volontariato Sociale e i Gruppi delle famiglie in trattamento.

Il volume raccoglie anche alcune testimonianze e lettere di presentazione di diverse persone che hanno iniziato, terminato, o che tuttora partecipano ai percorsi riabilitativi; esse possono risultare un’utile occasione di confronto e stimolo per coloro che subiscono direttamente questa dipendenza o che ne sono coinvolti in quanto familiari o conoscenti. Propone inoltre una descrizione dei principali aspetti caratterizzanti l’alcolismo e le sue implicazioni psico-medico-sociali. Si sofferma sui diversi approcci diagnostici e su distinte strategie terapeutiche. Infine descrive il metodo e la proposta terapeutica adottati dall’*équipe* del Centro alcologico dell’Asl 1 di Massa Carrara, frutto di sperimentazione e ricerca applicata sul campo, svolti in un ambito caratterizzato dall’integrazione professionale e dal lavoro di gruppo, in un arco di tempo di circa vent’anni.

Il metodo prevede che “l’uscita dal tunnel della dipendenza” si raggiunga attraverso un percorso terapeutico di tipo olistico, che coinvolge corpo e mente, e quindi riflessioni, comportamenti e relazioni interpersonali (metafore della “triade”). Esso punta al cambiamento delle abitudini individuali, ma anche delle relazioni intrafamiliari (di sistema) e dei rapporti sociali, attraverso il coinvolgimento delle persone in attività e progetti di

tipo riabilitativo come: inserimenti lavorativi, cooperazione sociale e gestione del tempo in una visione eco-sistemica.

La presente pubblicazione intende rispondere quindi alla duplice esigenza di offrire un'occasione di aiuto a chi è in difficoltà da un lato e, dall'altro, offrire una proposta di lavoro per operatori professionisti e volontari che vogliano impegnarsi in questo settore. Non si tratta di una semplice formula organizzativa, bensì di un modello terapeutico che prevede la compresenza di più figure professionali in équipe, con un buon livello di integrazione e disponibilità ad operare in sinergia con le associazioni di volontariato che organizzano famiglie e operatori volontari.

Si tratta quindi di un modello "esportabile" in situazioni e contesti diversi, sia nel pubblico sia nel privato sociale, ferme restando le caratteristiche di compenetrazione e integrazione dei diversi aspetti senza che nessuno in particolare prenda il sopravvento sugli altri.

Una équipe professionale di tipo "ideale" potrebbe essere composta dalle seguenti figure: medico, psicologo, pedagogo, infermiere, assistente sociale. La compenetrazione e l'integrazione degli aspetti sanitari, psicologici, sociali, formativi e assistenziali garantiscono una risposta complessa e multidimensionale ad una dipendenza che presenta, in modo speculare, tali segni di complessità e multidimensionalità.

Al fine della buona riuscita del trattamento risulta di fondamentale importanza un buon livello di cooperazione e integrazione con il volontariato sociale; nel caso di Massa Carrara questo è stato raggiunto grazie alla collaborazione con l'OGAP (Associazione degli Operatori Conduttori Gruppi Polidipendenze) che riunisce, forma e coordina i conduttori dei gruppi per alcolisti e polidipendenti che si riuniscono settimanalmente, distribuiti sul territorio della provincia e con In/Dipendenza, l'associazione formata dalle persone che seguono da anni il trattamento di recupero dall'alcolismo e dai loro familiari.

Quando, nel giugno del 1986, il gruppo originario di operatori diede inizio alla prima stesura del *Dispensario alcolico* (vecchia denominazione a carattere igienico-sanitario), nella provincia di Massa Carrara nessuno era molto convinto dei risultati dell'iniziativa; si trattava di operare in un contesto difficile, considerato che la provincia in questione è tra quelle, in Italia, con il più alto numero di decessi per cirrosi epatica, tra le prime per consumo di alcol pro-capite e per il rapporto con le sostanze alcoliche, costante e continuo, che caratterizza molta parte della vita e della cultura di chi vi abita. Effettivamente non è stato facile superare diffiden-

ze, resistenze e, talvolta, vere e proprie barriere culturali. Per il gruppo di operatori che iniziò a lavorare nel settore delle dipendenze, al tempo quasi del tutto inesplorato da parte degli esponenti dei diversi settori professionali (medici, infermieri, assistenti sociali), è oggi di estremo interesse constatare che integrazione professionale e rapporto costruttivo con l'utenza costituiscono le premesse fondamentali per un efficace lavoro di riabilitazione e prevenzione da parte di un servizio pubblico sul territorio.

È comunque nell'attività quotidiana del Centro alcologico che è possibile verificare sia gli obiettivi prefissati sia l'efficacia degli strumenti adottati: dal primo colloquio di accoglienza delle persone con problemi alcol-correlati e i loro familiari, al momento delle dimissioni dalla prima parte del trattamento, è ben visibile il cambiamento. Esso è intuibile dall'incontro iniziale quando, superata la "resistenza" ad affrontare il problema, viene stabilito un rapporto di fiducia e trovata l'intesa sul percorso terapeutico. La modifica è altrettanto verificabile durante le prime sedute dedicate all'attività psicomotoria. Quando il conduttore riesce a far relazionare tante persone tra loro sconosciute e a stabilire un contatto non solo fisico, i partecipanti esprimono e comunicano emozioni per loro del tutto nuove; così come avviene durante il momento dell'educazione sanitaria che non si riduce ad una mera trasmissione di nozioni ma ad uno scambio interattivo di informazioni a partire dall'esperienza diretta e dalle storie personali.

Infine, il momento in cui si può constatare il cambiamento più significativo è quando, durante la Comunità Multifamiliare, la persona e il suo sistema familiare discutono, si incontrano, talvolta si scontrano e realizzano nei fatti il momento fondamentale della condivisione e della solidarietà.

Le lettere e le dichiarazioni contenute nel presente volume sono la testimonianza di questi cambiamenti, avvenuti in persone che per la loro fiducia e disponibilità, hanno voluto condividere con gli operatori momenti intensi della loro lettura (a queste persone va, in particolare, il mio ringraziamento). Altrettanto importante è stato, in questi anni, l'ascolto e l'attenzione da parte delle Istituzioni locali (Comuni, Asl e Provincia) che, attraverso la specifica sensibilità dei loro amministratori, hanno sostenuto e sostengono le iniziative delle associazioni In/Dipendenza, OGAP e le attività degli operatori ad esse collegati.

Un attestato di speciale riconoscenza va agli amici e colleghi dell'équipe alcologica di Carrara senza la cui disponibilità e collaborazione non sarebbe stato possibile redigere questo volume: Eleonora Rustighi, Marco

Borghini e Stefania Cecchini; nonché a Maria Paola Freschi Presidente dell'OGAP, e al Coordinamento di In/Dipendenza.

Particolarmente prezioso, infine, in questi anni è risultato il contributo professionale del Prof. Roberto Bertolini, specialista Neurologo e Child Psychotherapist della Tavistock Society, a cui va la riconoscenza mia e dei miei colleghi.

F.B.

1. Alcolismo: definizioni e modalità

L.

Mi chiamo L.; ho 46 anni e sono un alcolista. Dire questa parola ora sembra facile; ma arrivarci mi è costato tanto, troppo... Non volevo ammetterlo, ho passato quasi cinque anni a nascondere a me stesso e agli altri questa semplice verità. Ho iniziato a bere a circa 20 anni; mi è sembrato normale, uscire con gli amici e sballarci, almeno una volta la settimana.

Pensavo che sposandomi la cosa si sarebbe fermata e invece è continuata anche più di prima. Da quando è nata S. poi le cose sono peggiorate.

Con P. mia moglie, non andava tanto bene, un po' a causa del mio bere, un po' per il lavoro che stavo perdendo e così mi buttavo a bere ancora di più. Più le cose peggioravano e più bevevo; un cerchio senza fine. Un paio di volte ho anche cercato di smettere, ma sentivo che non ce la facevo; era più forte di me.

Ricominciavo peggio di prima, ma nello stesso tempo non volevo ammettere che ero dipendente dall'alcol. P. aveva avuto il padre alcolista e sapeva bene come si è capaci di mentire quando gli altri ti accusano. Poi lui era morto per una grave cirrosi e da quel giorno non ne abbiamo più parlato.

È andata così fino ad ora, che mi sono deciso a fare qualcosa, perché stavo perdendo tutto; il lavoro, la famiglia, il rispetto della mia bambina. Grazie a P., che ha insistito tanto fino a minacciarmi di separarsi, ho deciso di iniziare questo trattamento. Sono astinente da 20 giorni e spero di farcela.

Carlo B.

Oggi ho festeggiato 19 anni e 6 mesi di astinenza dall'alcol; ho compiuto 74 anni e mi sembra di essere tornato a vivere una seconda vita. In questi giorni l'associazione In/Dipendenza di Massa Carrara mi ha nominato presidente onorario; sono felice di poter proseguire l'attività di volontariato e di aiuto rivolto agli altri. L'incontro con il Centro alcologico non solo mi ha cambiato la vita, ma ha fatto sì che tornasse l'armonia non in una ma in tre famiglie, comprese quelle dei miei figli.

La lettera di L. è una delle tante che vengono lette dagli alcolisti in trattamento all'inizio della terapia riabilitativa proposta dall'équipe alcolologica di Massa Carrara. Quella di Carlo B. invece è un'intervista pubblica rilasciata recentemente, durante un incontro svoltosi a Carrara alla presenza di centinaia di persone, rappresentanti istituzionali, operatori socio-sanitari e del volontariato.

Ogni anno in media accedono al Centro di Massa Carrara circa cento nuove persone con il problema dell'alcol, spesso associato ad altre sostanze o correlato a problemi psichiatrici. In questi anni sono stati inseriti nei programmi più di 2000 pazienti nuovi; nell'80% dei casi questi hanno intrapreso il percorso riabilitativo, e di questi, il 75% ha portato a termine il programma, mantenendo lo stato di astinenza, cambiando lo stile di vita e le abitudini comportamentali. I pazienti, accolti presso il Centro alcolologico che ha sede a Carrara, vengono inseriti nella Comunità Multifamiliare, gruppo a cui partecipano anche i familiari e condotto da operatori professionali. Dopo un periodo di frequenza più o meno breve a seconda dei casi, ognuno viene indirizzato e inserito in un Gruppo Territoriale Riabilitativo, il più vicino possibile al luogo di residenza.

Ma chi può essere definito alcolista?

Come si può definire l'alcolismo?

Il termine "alcolismo", o più precisamente "alcolismo cronico", venne coniato dal fisico svedese Magnus Huss verso la metà del XIX secolo. L'intenzione principale di Huss era quella di fornire una descrizione clinica accurata e sistematica delle conseguenze negative, principalmente di quelle fisiche subite dai forti bevitori cronici. Successivamente, il termine è stato utilizzato anche per indicare, a differenza delle intenzioni di Huss, un latente processo patologico che deriva da un forte uso di alcol.

Il lavoro di Jellinek *The Disease Concept of Alcoholism* (1960) segna il punto di svolta per una interpretazione scientifica del concetto di alcolismo. Negli anni '50 i pochi medici interessati nel trattamento del problema dell'alcolismo potevano contare su pochissimi studi e approfondimenti scientifici in materia ed erano perciò obbligati a basarsi, in tutto o in parte, sull'interpretazione di alcolismo come malattia data dall'Anonima Alcolisti.

Jellinek (1960) definì alcolismo "ogni consumo di bevande alcoliche che causa un qualsiasi danno all'individuo, alla società o ad entrambi".

Egli andò oltre e propose una distinzione tra “alcolismo” definito in questo modo molto ampio e gli “alcolisti”: questi ultimi non erano solo coloro che soffrivano del problema dell’alcolismo, nella definizione riportata, ma erano propriamente coloro che soffrivano dei sintomi di tale problema, sintomi che potevano essere interpretati come malattie vere e proprie (le specie *gamma*, *delta* e generalmente anche la *epsilon*). Coloro che soffrivano dell’alcolismo alfa, che comportava il bisogno di alleviare il dolore emozionale, venivano descritti come “bevitori problematici”.

L’alcolismo gamma era il più diffuso negli Stati Uniti e nelle culture affini, ma Jellinek riteneva che le preoccupazioni normalmente connesse a questo tipo di alcolismo potevano condurre ad una visione miope del danno generale causato dall’alcol, come dimostra questa sua famosa dichiarazione: “Assumendo strettamente le nostre idee americane sull’‘alcolismo’ e sugli ‘alcolisti’ (create dalla Anonima Alcolisti) e restringendo tali termini a queste idee, continuiamo a sottovalutare molti altri problemi sull’alcol che invece richiedono un’urgente attenzione” (Jellinek, 1960).

In tempi più recenti, la definizione si arricchisce con l’avvento della *sindrome di dipendenza da alcol* (Edwards & Gross, 1976; Edwards *et al.*, 1977) e dal suo formale inserimento nelle versioni successive dei sistemi di classificazione diagnostica del DSM (*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, dell’American Psychiatric Association, 1995) e del ICD (*Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati*, 1992), dove ne sono state date definizioni precise.

Non sarebbe quindi corretto identificare l’alcolismo con il consumo eccessivo di alcol, che di per sé non può essere considerato una condizione morbosa, anche se il protrarsi di tale abitudine può essere causa di svariate patologie, essendo l’alcol una sostanza dagli indiscutibili effetti tossici (Pasculli, 1994).

Un aspetto negativo delle definizioni rigide e proibizionistiche, evidenziato anche da Jellinek (1960), è che il concetto di “alcolismo” limita l’attenzione dei vari interventi di prevenzione e di trattamento solo ai casi che presentano alti livelli di dipendenza e gravi e durature forme di danni connesse all’alcol, ignorando tutta quella gamma di manifestazioni e di effetti minori comunque dovuti al consumo di alcol e fortemente presenti nella nostra società.

In ogni caso si può comunemente considerare l’alcolista una persona con un grave problema di dipendenza e ciò vuol dire che egli non può,

con la sua sola volontà, controllare la quantità di ciò che assorbe, né la frequenza (Hudolin, 1985).

L'intensità e la gravità dei problemi associati a tali situazioni di abuso incontrollato non devono tuttavia far dimenticare che anche l'uso moderato di alcol comporta una serie di possibili conseguenze sulla salute del soggetto, e che svariati tipi di problemi possono essere legati, come emergerà più avanti, all'uso di alcol e bevande alcoliche, pur senza rientrare nella definizione più ristretta del termine alcolismo (Pasculli, 1994).

Vedere i fatti in modo diverso

Operare un cambio di visione sull'alcolismo, da una conoscenza frammentata nelle varie branche della medicina, della socio-antropologia e della psicologia, ad un concetto più globale, permette di accedere ad una più articolata ed operativa dimensione del fenomeno alcol.

Pur rimanendo validi e insostituibili gli interventi delle singole professionalità e specializzazioni, un allargamento e una diversa impostazione sull'argomento diventano la condizione privilegiata per un miglioramento complessivo della qualità delle nostre attività nel settore, tenendo presente che quello che conta non è la sostanza di dipendenza, bensì la relazione tra la sostanza e l'uomo, perché l'uomo è la sostanza delle sostanze (Pasculli, 1994).

Sarebbe quindi utile che gli operatori abbandonassero le semplificazioni delle varie branche e i riduzionismi delle procedure di intervento; risulta più proficuo quindi avviare un "viaggio professionale" nei modi di pensare legati alla complessità.

I fenomeni legati all'alcol e alle varie dipendenze (comprese quelle da farmaci) che prima si osservavano separatamente, hanno finito per apparire disgiunti e sconnessi. Invece, nel corso del tempo e con l'esperienza, la comunità scientifica ha iniziato a vederli anche come dipendenti e connessi a tutti gli altri fenomeni che li circondano.

I pazienti che quotidianamente accedono al Centro alcologico di Massa Carrara sono simili tra loro; tuttavia ognuno è un'entità unica e al tempo stesso appartiene ad una fascia nella quale le motivazioni, l'uso, le cause della dipendenza alcolica sono comuni ad altri etilisti. Inoltre, spesso, le motivazioni che spingono una persona ad usare ed abusare delle sostanze alcoliche sono diverse da quelle che la spingono a continuare e sono ancora diverse da quelle che portano ad una ricaduta durante il trattamento.

Gli operatori allora, se vorranno ottenere un'azione terapeutica efficace ed efficiente, di qualità e di elevata professionalità, dovranno di continuo rivalutare le proprie procedure di intervento.

Prima ancora che agli esiti dovranno ripensare alla propria formazione, non limitandosi ai settori circoscritti e noti, ma confrontandosi continuamente con i mutamenti, con le implicazioni sociali, le complessità relazionali, gli aspetti culturali che ogni singolo caso porta con sé. In una parola, confrontarsi e misurarsi con il paradigma della complessità.

È per questo che diventa estremamente importante personalizzare sempre l'intervento e l'approccio, soprattutto nelle fasi dei colloqui iniziali. Creare un clima disteso ed accogliente, entrare empaticamente nel "mondo" interiore del paziente, comprenderne i legami affettivi e relazionali, costituiscono le premesse essenziali per l'apertura di un "credito terapeutico" senza il quale risulta estremamente faticoso, e a tratti impossibile, riuscire a compiere i primi passi nel percorso del trattamento.

Il primo di questi passi è sicuramente quello dell'ammissione, da parte del paziente, del proprio stato di dipendenza; superato tale ostacolo si può instaurare un rapporto di fiducia reciproca basato sulla chiarezza e la condivisione dell'obiettivo della guarigione.

Modalità differenti di assunzione

Ad un primo approccio risulta molto difficile definire con precisione ed in modo esauriente la personalità alcolica. Come appare chiaro, del resto, per ogni tipo di sostanza da abuso, l'alcolismo ha risvolti di tipo psicologico profondo, molto spesso psichiatrici e si presenta come un problema sociale con differenti aspetti comportamentali.

È necessario, quindi, porre attenzione alle diverse dinamiche psicologiche delle persone e ai cambiamenti personali in funzione della reazione all'ambiente e al contesto in cui i soggetti si trovano.

Altrettanto importante risulta evidenziare il modo in cui i singoli individui reagiscono e si adattano ai cambiamenti di relazione e di comportamento proposti dal gruppo, sia nella fase della Comunità Multifamiliare che durante il Gruppo Territoriale. Quindi, ricollegandosi al concetto di "disagio complesso" precedentemente esposto, è bene ribadire che le risposte di un servizio pubblico che si ponga l'obiettivo della cura e della riabilitazione debbano essere fornite dopo un'attenta analisi personale, individuale e relazionale.

Al fine di definire un profilo potrebbe risultare utile riportare le diverse modalità di assunzione e di abuso alcolico da parte di gruppi di persone etiliste che nel corso del tempo si sono presentate presso il Centro di Massa Carrara. La seguente descrizione tipologica, adattata alla realtà esperienziale del Centro alcolico di Massa Carrara, si basa sulla classificazione contenuta nell'articolo "Cause dell'alcolismo" pubblicato nella sezione dipendenze della pagina web www.benessere.com.

La modalità compulsiva

Gianni, 53 anni

"... Per un anno e mezzo ho continuato a stordirmi con l'alcol a iniziare dal mattino, ho perso il lavoro, tutti i risparmi e il rapporto con mio figlio. Non riesco più a fermarmi... se non mi fosse capitato questa specie di infarto non mi sarei mai fermato..."

Questo tipo di alcolista beve ininterrottamente fino allo stordimento totale non riuscendo a controllarsi. Smette di bere solo costretto dalla perdita di coscienza, dalla fine del denaro o da interventi esterni. Non avendo autocontrollo il primo bicchiere innesca il comportamento del "tutto o nulla".

Frequentemente, questa modalità alcolica, si associa ad altri comportamenti compulsivi, come il gioco d'azzardo. Non poche famiglie si presentano denunciando una situazione sociale disastrosa, a causa delle ingenti perdite di danaro connessi ai comportamenti da abuso.

Il paziente denuncia quasi sempre una forza irresistibile ed inspiegabile verso il bere; la consapevolezza della perdita in denaro e in salute non costituisce affatto un deterrente; anzi, di per sé è un incentivo a continuare, alla ricerca continua ed ossessiva di un "riscatto" e di un'"affermazione" di riuscita.

Questo tipo di bevitore talvolta è aggressivo e contemporaneamente desideroso di affetto, ma in fase di ebbrezza acuta può trasformarsi completamente alternando l'aggressività alla depressione. È aggressivo molto spesso anche in famiglia, che diventa il contesto privilegiato su cui si riversano le sue angosce proiettive derivanti dai continui fallimenti.

La modalità aggregativa

R., 24 anni

"... La sera, dopo il lavoro, ci vediamo al bar, non c'è altro in paese, è l'unica possibilità di trovare compagnia..., videogiochi, partite a carte e calcio, e poi tanto alcol, ma veramente tanto, ... certe volte facciamo a gara chi ne regge di più..."

Questo profilo corrisponde “all’alcolista da bar” o “da trattoria di paese”; ingerisce grandi quantità di alcol, ma riesce a smaltirle nelle serate in compagnia.

L’alcol ha la funzione di elemento aggregante tra i singoli bevitori che, pur avendo personalità diverse, riescono generalmente a socializzare solo con l’alcol. In genere il “gregario” non soffre di particolari frustrazioni o conflitti in quanto delega al gruppo i suoi sentimenti repressi e i suoi problemi.

In questa categoria rientrano coloro che bevono per identificarsi in un modello culturale, per esempio gli artisti o gli studenti universitari. O anche semplicemente il gruppo di amici; non è raro trovarsi in presenza di gruppi di giovani, studenti o lavoratori, che si riuniscono periodicamente con la sola finalità esplicita di “ubriacarsi”, di “farsi” quale unica forma di divertimento o aggregazione.

Tipiche le cene di lavoro; gli operai o gli impiegati di una ditta o di un ufficio che, a date prestabilite, officiano il rito della “balla” (sbornia) collettiva. La modalità si riscontra anche in certi gruppi allargati delle tifoserie da stadio, ove l’alcol e le altre sostanze possono fungere da collante sociale aggregativo e fattore disinibitorio.

La modalità solitaria

B., 48

“... da quando sono in Italia ho iniziato a bere molto, specie di inverno, per scaldarmi, dormendo all’aperto. Per fortuna che c’è stato questo ricovero, e poi ho iniziato a venire a questo Centro... ho conosciuto tanti amici... in Francia non avevo amici, neppure da ragazzo, quando sono scappato da casa per le violenze di mio padre su mia madre e i miei fratelli”.

Questo bevitore corrisponde al clochard, al mendicante-assistito, al barbone per vocazione, all’artista introverso e chiuso al mondo. Sono in genere persone emarginate dalla società o per rifiuto volontario o per costrizione, ma che non sono necessariamente “fuorilegge”. Vivono grazie all’assistenza o a un’attività minima che consente loro di sopravvivere. L’alcol potrebbe essere il mezzo di consolazione per la situazione vissuta, oppure potrebbe essere stato la causa di questo tipo di vita.

L’alcolismo solitario può anche rappresentare il punto di arrivo di altre forme di alcolismo, soprattutto quando il soggetto subisce un’emargina-

zione violenta durante il suo percorso di etilista. Questo fa sì che l'appartenente a questa tipologia sia difficile da curare e da disintossicare.

Nel corso della attività del Centro alcolico, sono stati inseriti diversi casi di questo tipo; la frequenza alla Comunità, l'accoglienza "calda" del gruppo, la pressione minima di informazione e di cura svolta dalla struttura, sono tutti fattori che favoriscono il coinvolgimento e il recupero momentaneo di queste persone. La fine del trattamento, le dimissioni dalla Comunità e la reimmissione sulla "strada" ne favoriscono purtroppo, in molti casi, la ricaduta. In questa modalità rientrano quei cittadini stranieri (in modo particolare arabi musulmani) che, provenendo da culture proibizioniste, e penalizzati da una minor tolleranza fisica all'alcol, cadono facilmente in una condizione di dipendenza.

Modalità autocurativa

Gianfranco, 42 anni

"... nell'azienda di mio padre ho sempre cercato di adeguarmi al ruolo che si aspettavano da me... ho sempre rincorso un modello che mi veniva presentato come perfetto... da sempre combatto con questo modello..."

Corrisponde al professionista o lavoratore autonomo che si chiude in qualche posto nascosto e passa buona parte del tempo a bere, soprattutto superalcolici. Questo tipo di bevitore sfoga nell'alcol le tensioni della vita quotidiana, la sua paura di non farcela e di non essere all'altezza. La società o, a suo tempo, la famiglia contribuiscono a creare la paura di non essere capace di soddisfare il suo compito e a creare, quindi, una situazione di grande conflitto. Il soggetto spesso diventa alcolista non quando si impegna per soddisfare la sua immagine, ma piuttosto quando si accorge che questa era costruita piuttosto dagli altri che da se stesso.

Può essere definito un alcolismo "da successo", e si può manifestare in tutte le classi sociali quando il punto d'arrivo non è in sintonia con i reali investimenti personali. L'alcolista solitario nega la sua dipendenza, la nasconde, se ne vergogna e la giustifica.

Esemplare il caso di un giovane artigiano che, durante un incontro nella Comunità Multifamiliare, al termine di una mattinata durante cui aveva quasi sempre parlato il padre (titolare della ditta in cui lavoravano entrambi a contatto) si "sveglia" da una specie di "sonno" emotivo imprecando e inveendo contro il "padre-padrone" che da sempre aveva preso le decisioni al suo posto. Fino a quel momento la presenza opprimente del padre era stata vissuta in silenzio e messa a tacere attraverso l'uso autocurativo dell'alcol.

La comunità ha offerto a quel punto un'opportunità, una occasione per rompere il silenzio e dare voce alla sua angoscia. Da quel momento il ragazzo ha iniziato un lento cammino di recupero delle proprie possibilità e dell'autostima.

Modalità proiettiva

R., 48 anni, moglie di un alcolista in trattamento da 10 anni

“... io non bevo come lui, è lui che ha dovuto curarsi... io mi controllo e quelle poche volte che ho ecceduto è perché la compagnia mi ha spinto a farlo...”.

È questo il profilo di colui che beve periodicamente, intervallando mesi di eccessi a mesi di bevute normali. È un soggetto che cerca di controllarsi, ma in situazioni a rischio, come in compagnia, durante una festa o quando la scelta delle bevande è ampia, difficilmente riesce a mantenere i buoni propositi. Il soggetto insomma è consapevole del problema e pur essendo in grado di autocontrollarsi, si lascia coinvolgere facilmente in situazioni di tipo disinibitorio e di eccesso.

La ricaduta lo riempie di vergogna, d'impotenza, ma anche di aggressività. Sono i casi di mogli che, accompagnando il marito in trattamento, non ammettono la problematicità del proprio bere e “resistono” colpevolizzando unicamente il coniuge. Spesso questa non volontà, o incapacità, di ammissione costituiscono un impedimento anche all'esito positivo del trattamento del coniuge.

Esemplare il caso di una giovane coppia che si presentò al Centro alcolico mettendo in evidenza solo l'alcolismo del marito e nascondendo del tutto quello della moglie. Il rapporto di dipendenza affettiva dalla donna era tale che l'uomo non solo intraprese da solo il percorso di riabilitazione ma si addossò anche tutte le responsabilità della precarietà della loro relazione contenendo in questo modo tutte le proiezioni aggressive della moglie. Dopo un lungo periodo di alternanza tra astinenza e frequenti ricadute l'uomo si decise a rivelare nel gruppo l'alcolismo della moglie la quale, a quel punto, decise di intraprendere un proprio percorso terapeutico.

Modalità reattiva

M.R., 56 anni

“... ho sempre avuto sulle mie spalle il peso della famiglia, due figli che ora sono grandi... mio marito non c'era mai... ho sempre tirato avanti da sola, e ora che lui è in pensione è ancora più assente...”.