



## **Le comunità terapeutiche per i disturbi correlati a sostanze in Europa e negli Stati Uniti**

Antonio De Giovanni<sup>1</sup>, Francesca Dal Canton<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Scienze Sanitarie e Psicomportamentali Applicate,  
Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia, e <sup>2</sup>Centre Hospitalier de Mont de Marsan,  
Hôpital Sainte Anne, Mont de Marsan, Francia*

---

### ***Comunità terapeutiche in Europa e negli Stati Uniti: una revisione narrativa***

Le Comunità Terapeutiche (CT) nella cura delle dipendenze sono ampiamente diffuse sia in Europa, sia negli USA, con impostazioni metodologiche e assunzioni concettuali spesso molto eterogenei. Scopo del lavoro è l'analisi delle caratteristiche metodologiche e organizzative delle CT, presenti in entrambi i continenti, per individuare analogie e differenze nell'approccio alla cura, nell'ipotesi che l'esistenza di un'eterogeneità di programmi disponibili rifletta una non univoca concettualizzazione del fenomeno delle dipendenze nella comunità scientifica e nelle politiche socio-sanitari del settore. È stata condotta una revisione narrativa della letteratura riguardante le CT, utilizzando i database Medline, Psych Info e CINHAHL, e considerando il periodo dal 1966 al dicembre 2012. Un totale di 39 lavori scientifici sono stati analizzati. In Europa l'approccio delle CT si fonda su una visione biosociopsicologica del fenomeno delle dipendenze. Negli USA, le CT perseguono l'obiettivo di uno stile di vita drug-free e di una totale astinenza ed i programmi si fondano sul self-help, sul supporto reciproco, spesso con impiego di volontari non professionisti.

### ***Therapeutic communities: a narrative review***

Therapeutic Communities (TC) in the treatment of addictions in Europe and in the U.S. often have very different methodological approaches and conceptual assumptions often very heterogeneous. Our interest is to provide an analysis of the methodological characteristics and organization of TC in both continents; secondly, to identify similarities and differences in the approach to treatment of these disorders, assuming that the existence of a diversity of programs available reflects a different conceptualization of the phenomenon of dependencies in the scientific community and in the fields of social and health policy. We provide a narrative review of the literature concerning TCs. We used the database Medline, Psych Info and CINHAHL, considering the period between 1966 and 2012. A total of 39 scientific works were analyzed, with the following results: in Europe the approach of the TC is based on a biosociopsychological view of addiction and drugs abuse. In the U.S., TC pursue the goal of a drug-free lifestyle and total abstinence and rehabilitation programs are based on the concept of self-help, mutual support, often with use of non-professional volunteer staff. The TCs in Europe integrate a wide variation of pharmacological and psychotherapy approaches.

---

## **Introduzione**

Nei paesi del mondo occidentale, la nascita delle Comunità Terapeutiche (CT) ha preceduto la riforma dell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica, costituendo per molti anni l'unica e radicale alternativa ai modelli istituzionali di internamento manicomiale [1]. Le CT offrono una vasta ed eterogenea offerta terapeutica, articolata in progetti residenziali a breve e a lungo termine, o in programmi di trattamento diurno ed ambulatoriale, finalizzati al recupero o al mantenimento di competenze funzionali e di capacità di relazione interpersonale, necessarie a ristabilire un qualità della vita soddisfacente in un rapporto integrato con la società. Per quanto concerne la cura delle dipendenze, i trattamenti residenziali offerti dalle CT sono approcci diffusi sia in Europa, sia negli USA, con impostazioni metodologiche e assunzioni concettuali spesso molto eterogenei [2]. Alcune CT offrono programmi fondati sull'adesione alle regole e a rapporti di vita comunitari alternativi a quelli dell'esperienza sociale di origine, privi di un vero approccio terapeutico sistematico. Queste comunità spesso si caratterizzano per processi spontanei di identificazione in leader carismatici intensi e problematici, di dubbia efficacia terapeutica. La maggior parte delle CT, al contrario, adotta metodi terapeutici specifici, ben definiti sul piano teorico e psicoterapeutico, anche se non sempre univoci ed in linea con le più recenti acquisizioni del dibattito scientifico in tema di dipendenze. Il crescente interesse per l'approccio alla cura delle dipendenze delle comunità terapeutiche, ha consentito di delineare un quadro più esaustivo della patologia da abuso di sostanze. Inoltre, dalla comparazione dei risultati ottenuti da realtà culturali spesso molto dissimili, si è pervenuti ad un bilancio più realistico sia dei vantaggi, sia dei limiti del trattamento riabilitativo da sostanze all'interno delle CT, individuando degli standard di riferimento per la valutazione degli esiti e della qualità delle cure [3]. Le prime CT specificamente rivolte a persone con disturbi correlati a sostanze sono sorte negli Stati Uniti nel clima culturale di riforme sociali e civili radicali che caratterizzava gli anni '60 del secolo scorso, fondando il proprio statuto operativo sui principi dell'auto-aiuto e del mutuo supporto e coinvolgendo ex alcolisti ed ex eroinomani ormai astinenti. Il movimento comunitario americano ha esercitato fin da subito una notevole influenza sull'approccio europeo per la gestione del problema delle dipendenze, 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 [4]. 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 ricerca sistematica nel campo dell'eterogenea realtà delle CT e delle dipendenze è iniziata solo verso la fine degli anni '80, un periodo caratterizzato da una profonda crisi del movimento comunitario, precipitata dall'epidemia di AIDS e dall'incremento del consumo di eroina [5]. Coerentemente con l'evoluzione storica e culturale dell'analisi e del trattamento del fenomeno delle dipendenze, le CT attuali sono profondamente mutate rispetto ai modelli comunitari delle origini. La molteplicità di percorsi di cura risponde ad una più articolata domanda di servizi rivolta da parte dei clienti/ospiti: le richieste rivolte ai professionisti delle CT, in precedenza incentrate sull'appagamento di bisogni primari (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, programmi riabilitativi, verifica della qualità e dell'efficacia dei servizi svolti), esigendo l'integrazione nell'ambito della CT di diverse competenze e professionalità [6].

## Scopo del lavoro

Lo scopo principale del nostro studio è quello di fornire un'analisi delle caratteristiche metodologiche e organizzative delle CT per la cura dei disturbi da abuso di sostanze presenti in Europa e negli Stati Uniti. In secondo luogo, il nostro interesse è rivolto ad individuare analogie e differenze nell'approccio alla cura di tali disturbi, nell'ipotesi che l'esistenza di un'eterogeneità di programmi disponibili rifletta una non univoca concettualizzazione del fenomeno delle dipendenze nella comunità scientifica e nelle politiche socio-sanitari del settore.

## Materiali e metodi

È stata realizzata una revisione narrativa della letteratura riguardante le CT volta a descrivere sia le caratteristiche peculiari del trattamento residenziale, sia le differenze e le similitudini in paragone ai modelli statunitensi. Sono stati utilizzati i database Medline, Psych Info e CINHAHL, considerando il periodo dal 1966 al dicembre 2013. È stata condotta una ricerca utilizzando i termini «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 \SUBSTANCE-ABUSE/all subheadings or explode \DRUGDEPENDENCE/all subheadings or explode \ALCOHOLABUSE/all subheadings or explode \ALCOHOLISM/ all subheadings] AND Europe (Medline) AND (LO:PSYI =European countries list) (Psych Info) AND (SB: NU=European countries list) (CINHAHL)».

Le bibliografie degli studi inclusi nel pool di lavori pertinenti al tema sono state a loro volta analizzate, per identificare ulteriori risorse.

## Risultati

Un totale di 39 lavori scientifici sono stati analizzati nel presente lavoro di revisione narrativa, mentre non si è ritenuto opportuno includere informazioni e dati provenienti dalle numerose pubblicazioni di grey literature.

## Discussione

### *Le origini del movimento comunitario in Europa e negli Stati Uniti*

Le prime strutture a sperimentare programmi di residenzialità con finalità di cura e di riabilitazione di soggetti con disturbi mentali, sorsero all'interno di ospedali militari inglesi a partire dal 1942. In particolare nella sezione dell'Hollymore Hospital di Northfield denominata Training Wing, John Rickman e Wilfred Bion elaborarono il primo pionieristico programma di trattamento finalizzato al recupero di abilità funzionali di soldati affetti da disturbi prevalentemente nevrotici, che i traumi del fronte avevano causato o esacerbato, rendendoli incapaci sia di combattere che di relazionarsi in contesti sociali [1].

Le tecniche di riabilitazione erano basate su setting di analisi e interazione di gruppo, allo scopo di favorire l'espressione e la condivisione dei vissuti emotivi di disagio, e la promozione del concetto di autonomia e responsabilizzazione individuale [2]. Il ricovero in strutture ospedaliere dedicate ai disturbi mentali veniva a connotarsi con l'idea di dover coinvolgere i malati nel processo terapeutico, attraverso la possibilità di libera e attiva partecipazione all'esperienza del gruppo e alla vita di comunità. Negli stessi anni lo psichiatra Maxwell Jones elaborò il termine di Comunità Terapeutica, riferendosi ad una tecnica, prima ancora che ad una forma di residenzialità psichiatrica, che offrisse un'alternativa terapeutica radicale rispetto alla pratica della psichiatria istituzionale fondata sul binomio indissolubile malattia mentale/manicomi [3]. La CT è un luogo dove diverse professionalità, competenze (psichiatriche e psicoanalitiche), ed esperienze di ciascun membro di un gruppo si integrano, per aiutare il paziente a riacquistare le capacità di adattamento e di relazione con la realtà esterna. Nella concezione di Jones la figura del medico nelle CT si integra dinamicamente in un gruppo i cui attori, utenti e personale paramedico, giocano un ruolo paritetico e coordinato nell'azione terapeutica. Il paziente non è più un soggetto passivo del sapere e dell'atto medico. Gli aspetti fondamentali della CT come approccio terapeutico divengono la democratizzazione, intesa come condivisione del potere e delle responsabilità in contrasto con la gerarchia rigidamente verticistica del manicomiale; il collettivismo che implica la condivisione e la libertà di espressione dei vissuti emotivi di disagio, di diversità, di devianza; la valorizzazione della qualità dei rapporti interpersonali; l'adesione spontanea alla vita comunitaria; il rispetto delle regole e delle dinamiche interpersonali che caratterizzano la vita del gruppo, con un continuo esame di realtà circa gli effetti che i comportamentali individuali producono sugli altri, sia dentro il gruppo che al di fuori della vita comunitaria; infine, la necessità di un fisiologico distacco dal programma nel momento migliore per attuare il reinserimento dell'individuo nella società. Quest'approccio ispirò negli anni '60 la trasformazione del Foulborne Hospital di Cambridge in decine di comunità alloggio e terapeutiche, e la tecnica della CT elaborata da Maxwell Jones fornì la matrice teorica ed il paradigma organizzativo di tutti i successivi sviluppi delle esperienze comunitarie, sanitarie e non, sia in Europa che negli Stati Uniti. L'organizzazione sociale in piccoli gruppi delle CT di Jones entrò a far parte del trattamento di persone con crisi psicotiche e schizofrenia nell'United States Naval Hospital nell'Oakland ad opera di Wilmer e di Artiss al Walter Reed Army Hospital di Washington; in seguito queste tecniche furono inserite nei programmi delle équipes delle unità psichiatriche degli ospedali generali. Del resto, anche nel continente americano la crisi economica successiva alla Grande Depressione e le vicende belliche rappresentarono lo scenario storico decisivo per focalizzare l'attenzione pubblica e della comunità degli esperti, sui problemi di salute mentale e sull'organizzazione del sistema di assistenza psichiatrica. Forme di mutua assistenza contro il rischio costituito dalle malattie avevano in America un'origine antica, che si può far risalire addirittura alle prime esperienze coloniali. E' tuttavia con la rivoluzione industriale e la nascita del movimento sindacale che il fenomeno diventa domanda sociale compiuta. In particolare, Grande Depressione e politiche pubbliche del New Deal diedero impulso alla nascita di svariate organizzazioni assistenziali impegnate a far fronte a complessi problemi socio-sanitari, tra i quali l'incremento del tasso di consumo alcolico e dei suicidi, derivanti dalle drammatiche condizioni di vita e dal diffuso, improvviso, impoverimento generale. Tra queste associazioni di assistenza e recupero, quella degli Alcolisti Anonimi (AA) fu di sicuro quella di maggior successo ed esercitò nelle decadi successive una considerevole influenza sulle politiche sociali e sul paradigma concettuale stesso del fenomeno delle tossicodipendenze. I fondatori degli AA, già membri del movimento cristiano evangelico Oxford Group, guidato dal pastore luterano Frank Buchman per fornire sostegno materiale e spirituale a chi abusava di alcol, svilupparono un approccio metodologico ispirato a varie concezioni spirituali e religiose, che si possono considerare tipiche del tessuto culturale americano. Due concetti fondamentali caratterizzano il programma di cura degli AA: da un lato, la consapevolezza della necessità di un supporto reciproco

tra i membri dell'associazione per liberarsi dalla dipendenza alcolica, dall'altro l'idea di self-help, o auto-aiuto, nozione che mette in rilievo il ruolo primario della volontà e della responsabilità dell'individuo nell'essere attore fondamentale del cambiamento. Il programma di cura offerto dall'organizzazione degli AA è operativamente suddiviso in 12 passi [4]: l'obiettivo dell'astinenza totale si realizza attraverso tappe successive di maturazione spirituale, tra le quali, ricordiamo, proprio a sottolineare la sottesa concezione morale del fenomeno delle dipendenze, il riconoscimento degli errori commessi, la loro condivisione, la volontà di risarcimento dei danni causati da comportamenti connessi all'abuso alcolico [5]. Nel 1958 un membro degli AA, Charles E. Dederich fondò in California la comunità di Synanon, che è considerata il modello archetipico di comunità autogestita da e per tossicodipendenti [6]. Accanto ad elementi di continuità con la filosofia ispiratrice degli AA, quali il principio dell'auto-aiuto e la spinta a stabilire rapporti di reciproco supporto materiale e psicologico tra gli affiliati, Dederich introdusse aspetti relazionali innovativi rispetto all'approccio tradizionale degli AA. In particolare introdusse l'idea di una riunione assembleare della comunità, durante la quale avveniva una sorta di gioco di gruppo, *The game*, in cui a turno ogni affiliato confrontava la propria esperienza, i propri stili di relazione, le proprie credenze e sistemi di valori, con quelli degli altri, secondo uno statuto democratico, che aboliva la piramide gerarchica dell'autorità, e implicava un rapporto interpersonale diretto e paritetico [7]. Nella sua evoluzione storica, Synanon si configurò dapprima come una comunità, cosiddetta, di vita, ovvero un'esperienza esistenziale di condivisione, alternativa e rivoluzionaria rispetto alle tradizionali forme di convivenza umana, peraltro, fortemente criticate nel contesto storico degli anni Sessanta; ben presto, tuttavia, essa assunse le caratteristiche di un movimento settario, con un'organizzazione interna gerarchizzata in modo rigido, al cui vertice si collocava la figura carismatica del fondatore. L'intento originario di offrire assistenza a soggetti con dipendenza da sostanze attraverso l'esperienza di vita di comunità, degenerò in derive messianiche e fondamentaliste, e l'affiliazione alla *family* assunse il significato di una palingenesi spirituale guidata e sorvegliata dalla leadership autoritaria e taumaturgica di Dederich. 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 1991. Già pochi anni dopo la nascita di Synanon, negli Stati Uniti sorsero altre tipologie di CT, tra le quali quelle destinate ad esercitare un maggior impatto sull'approccio alla cura delle dipendenze furono il *Daytop Lodge*, conosciuto oggi come *Daytop Village*, e la *Phoenix House*, che sono considerate i prototipi delle cosiddette CT di terza generazione [6]. Tra i fondatori delle comunità *Daytop* vi erano alcuni ex-eroinomani che avevano vissuto personalmente l'esperienza di Synanon, e Daniel Casriel, psichiatra e psicanalista, che aveva elaborato la *Bonding Therapy* e visitato più volte Synanon. Nonostante i legami con il movimento di Dederich, le differenze delle comunità *Daytop* furono fin da subito ben demarcate: l'organizzazione non si prefiggeva scopi messianici e individuava la propria *mission* nella riabilitazione e nel reinserimento in società delle persone con dipendenti da sostanze di abuso. Inoltre, all'interno delle comunità *Daytop* accanto ai residenti con disturbi di dipendenza da tutte le sostanze catalogabili come droghe (alcol, sigarette, sostanze psicotrope, psicofarmaci, etc.), furono coinvolti anche i professionisti operanti nell'area della salute mentale. L'equipe terapeutica era costituita, infatti, sia da specialisti del settore sanitario (medici, psichiatri, psicologici, paramedici) che da ex residenti con storia d'abuso di sostanze, divenuti professionisti nel campo del trattamento delle dipendenze.

Le CT americane sono divenute un modello di riferimento per un crescente numero di strutture residenziali dedicate alle cura delle tossicodipendenze non solo nel Nord America, ma anche in Europa, nel Sud-Est Asiatico e in America Latina. Attualmente, i progetti terapeutici offerti agli utenti si fondano sui principi della psicologia comportamentale, e sono mirati al raggiungimento di una condotta di totale astinenza dall'uso di sostanze. La metodologia operativa si fonda su un'organizzazione gerarchizzata dei ruoli all'interno della comunità, sui principi del self-help, del mutuo aiuto e della condivi-

sione dei sentimenti di colpa come difesa contro la tendenza all'autodistruzione, seguendo un percorso riabilitativo articolato in stadi successivi, con rinforzi di tipo positivo e negativo.

### ***Le comunità terapeutiche di terza generazione***

Le prime comunità terapeutiche, cosiddette, di terza generazione, nascono in Europa su ispirazione dei modelli americani di Synanon e di Daytop, verso la fine degli Anni '60 e gli Anni '70. Tra le più celebri, ricordiamo le esperienze comunitarie inglesi di Pink Villa Huts, Alpha House, Featherstone Lodge Project, rinominata in seguito Phoenix House. Il massimo sviluppo si ebbe nella prima metà degli anni '80 e fu favorito dal clima di impegno politico e sociale che animava in particolare l'Europa del Nord, dove il problema delle dipendenze da alcol e da altre sostanze di abuso assumeva un rilievo epidemiologico di notevole impatto. Le CT nei paesi scandinavi sorsero nell'ottica dei metodi originali di Dederich, delle tecniche comportamentiste di Kooyman e psicopedagogiche di Van der Straten, ma furono altresì influenzate dalla terapia d'ambiente di Jones, e dall'ideologia rivoluzionaria del Maggio del 1968. In Francia, tuttavia, il movimento comunitario di matrice americana non ebbe grande successo. L'esperienza francese di rinnovamento dell'assistenza psichiatrica si distinse, infatti, da quella più tipica dei paesi anglosassoni proprio sul piano dell'elaborazione teorica, per la maggiore influenza negli anni '70 di contributi culturali di matrice strutturalista, marxista e psicanalitica, e per la critica nei confronti della struttura autoritaria e gerarchizzata delle CT americane [19]. L'unica eccezione fu quella de Le Patriarche (attualmente denominata Dianova), che si sviluppò da Synanon ma mantenne una propria autonomia e indipendenza, trascurando molto aspetti del modello originario. In Italia le CT furono profondamente influenzate dalla tradizione cristiano-cattolica, con un approccio essenzialmente assistenziale, volto a fornire ai giovani tossicodipendenti aiuto materiale e supporto spirituale a giovani tossicodipendenti, alcolisti ed emarginati: la caratteristica specifica dei contenuti di questo modello di CT tipico del Sud dell'Europa consisteva nel considerare il soggetto tossicodipendente come un membro della famiglia costituita dalla comunità stessa. La prassi operativa di queste CT di terza generazione, sorte in Europa tra la fine degli anni '60 e la metà degli anni '80, appare fortemente influenzata dall'esperienza comunitarie americane e dall'idea che la totale astinenza dalle droghe rappresenti l'unico risultato ed intervento terapeutico accettabile; coerentemente con questo indirizzo, ogni tipo di trattamento farmacologico sostitutivo, come la terapia di mantenimento metadonico nella dipendenza da eroina, era escluso dai progetti di cura, e criticato come un'ulteriore causa di dipendenza. A questa concezione si aggiunse un progressivo atteggiamento di rifiuto verso altri tipi di interventi psichiatrici, non solo di tipo farmacologico, e la scarsa disponibilità a condividere e confrontare i dati di efficacia dei programmi terapeutici proposti. Durante gli anni '80 le CT in Europa incorsero in una profonda crisi precipitata dall'epidemia d'AIDS diffusasi in quel periodo. Tale fenomeno, insieme al numero sempre crescente di soggetti tossicodipendenti, rese molto difficile alle CT ridefinire gli obiettivi, i programmi di cura in relazione ai nuovi possibili utenti alle nuove esigenze sanitarie emergenti. L'impianto teorico su cui si basava l'approccio delle CT venne fortemente criticato, con particolare riferimento all'obiettivo terapeutico del raggiungimento di un'astinenza totale, ritenuto non più realistico. Il concetto di riduzione del danno e la possibilità di utilizzare sostanze stupefacenti in modo controllato e sicuro prevalsero sui modelli drug-free. Gli approcci sanitari che recepirono tali indirizzi e impiegavano la terapia farmacologica sostitutiva con Metadone risultarono più efficaci nell'affrontare l'emergenza del contagio. Nello specifico, va sottolineato che la presenza all'interno delle CT di figure eccessivamente carismatiche, pronte ad esercitare il loro potere per plagiare i pazienti e indottrinarli rispetto ai valori comunitari, fu aspramente criticata e lesiva dei diritti inalienabili delle persone. Contemporaneamente, le politiche sanitarie andavano strutturandosi sulla richiesta di evidenza dell'efficienza e dell'efficacia dei trattamenti applicati all'interno delle CT: i costi di mantenimento di queste strutture vennero considerati eccessivi in confronto ai risultati ottenuti. La percen-

tuale 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 CT 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 discutibili. Negli USA, il sistema di valori delle CT non fu attaccato tanto quanto in Europa: esso risultava, infatti, attinente all'ideologia conservatrice neo-liberale e al Movimento della Temperanza. Le CT americane, inoltre, prevedevano costi decisamente inferiori per lo Stato, poiché venivano offerti programmi riabilitativi meno professionali, ma basati sul concetto di self-help, con impiego di poco personale specializzato, e comunque efficaci nel ridurre le condotte criminali nel Paese. Le CT europee, a differenza delle americane, presentavano il limite di avere una scarsa cultura nel campo della ricerca, rendendo impossibile raccogliere e analizzare dati relativi al funzionamento delle CT stesse. Secondo Broekaert ed altri autori, nessuna ricerca completa di follow up sulle CT venne portata avanti in Europa durante gli anni '70, poiché si basava quasi esclusivamente sugli studi compiuti negli USA [8]. Nel 1981 venne ufficializzata la European Federation of Therapeutic Communities (EFTC), fondata nel 1978 su iniziativa di alcune CT di diversa nazionalità. L'organizzazione supportava percorsi riabilitativi e educativi d'approccio psicopedagogico, finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo dei tossicodipendenti (attualmente la EFTC è presente in Europa in 25 paesi). A Rotterdam, inoltre, nel Dicembre del 1983 fu creato l'European Working group on Drugs Orientated Research (EWODOR), con l'obiettivo di dar vita ad 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 ad una stretta collaborazione e ad 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 CT rappresentava il più efficace e preciso fattore predittivo circa il successo del trattamento stesso. Stabilito che il climax di rinunce al trattamento avveniva durante i primi due mesi di permanenza, le CT disposero l'introduzione di nuove metodologie per incoraggiare il proseguimento del ricovero, come l'impiego di personale qualificato, del sostegno familiare e del supporto delle reti sociali. 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/benefici [9].

### ***Oggi in Europa: caratteristiche innovative delle CT***

Attualmente si può affermare che le CT europee abbiano accettato sia l'efficacia della milieu therapy, sia quella della terapia farmacologica sostitutiva con Metadone, 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 [10]. Negli ultimi tempi le CT drug-free hanno allargato il proprio bacino d'utenza, rivolgendosi ad 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 AIDS. 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 struttura. 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 management. L'approccio alla prevenzione del danno e dei fattori di rischio si amplia tramite la stretta collaborazione tra le CT stesse e metodi alternativi di riabilitazione dall'abuso di sostanze. Il movimento delle nuove CT 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 ad un fondamentalismo terapeutico. Le CT sono divenute 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 recupero adeguato, integrato, efficace [11].

## Conclusioni

Le caratteristiche sociali ed ideologiche alla base delle diverse CT influenzano in modo significativo il peso attribuito a vari aspetti dell'approccio terapeutico, quali il comportamentismo, la milieu therapy, il social learning, il ruolo dell'équipe professionale, il networking e la valutazione del trattamento fondato su prove di evidenza. Sebbene il movimento delle TC Americane abbia certamente influenzato i metodi di trattamento delle tossicodipendenze in Europa negli anni '60 e '70, nelle ultime due decadi si va via via affermando un nuovo approccio comunitario europeo, che riflette una concezione biopsicosociologica delle condizioni di dipendenze da sostanze d'abuso. Strategie psicologiche che sostengano una maggiore motivazione al ricovero, la presenza di personale adeguatamente qualificato, un supporto familiare continuo ed adeguato nelle varie fasi della riabilitazione, il contributo offerto dal network di assistenti sociali, giocano un ruolo fondamentale nella valutazione della qualità delle cure e degli esiti, mentre la durata del trattamento deve essere commisurata alle esigenze di ciascun soggetto [12]. I pionieri europei delle CT hanno portato un contributo molto importante all'identità più moderna delle CT stesse, unendo il concetto americano di self-help alle teorie tradizionali educazionali e alla terapia ambientale di stampo democratico di matrice culturale europea [13]. Imprescindibile, però, si è dimostrata la ricerca continuamente aggiornata sulla pratica clinica applicata nelle CT 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 CT [14].

---

## Bibliografia

1. Piccinelli M, Politi P, Barale F. Focus on psychiatry in Italy. *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science* 2002;181:538-544.
2. Melnick G, De Leon G, Hiller ML et al. Therapeutic communities: diversity in treatment elements. *Substance Use & Misuse* 2000;35(12-14):1819-1847.
3. Vanderplasschen W, Colpaert K, Autrique M et al. Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal* 2013;2013:427817.
4. De Leon G. Therapeutic communities for addictions: a theoretical framework. *The International Journal of the Addictions* 1995;30(12):1603-1645.
5. Broekaert E, Vandeveld S, Soye V et al. The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe. *European Addiction Research* 2006;12(1):1-11.
6. Bunt GC, Muehlbach B, Moed CO. The Therapeutic Community: an international perspective. *Substance Abuse: Official Publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse* 2008;29(3):81-87.
7. Harrison T, Clarke D. The Northfield experiments. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science* 1992;160:698-708.

8. Rioch MJ. The work of Wilfred Bion on groups. *Psychiatry* 1970;33(1):56-66.
9. Jones M. The concept of a therapeutic community. *The American Journal of Psychiatry* 1956;112(8):647-650.
10. Chappel JN, DuPont RL. Twelve-step and mutual-help programs for addictive disorders. *The Psychiatric Clinics of North America* 1999;22(2):425-446.
11. Laudet AB, Magura S, Cleland CM et al. The effect of 12-step based fellowship participation on abstinence among dually diagnosed persons: a two-year longitudinal study. *Journal of Psychoactive Drugs* 2004;36(2):207-216.
12. Lindby K. Treatment of drug addicts in the USA: Synanon, Daytop and Gateway House. *Therapeutic Communities* 1971;68(31):3505-3516.
13. Vandavelde S, Broekaert E, Yates R et al. The development of the therapeutic community in correctional establishments: a comparative retrospective account of the democratic Maxwell Jones TC and the hierarchical concept-based TC in prison. *The International Journal of Social Psychiatry* 2004;50(1):66-79.
14. 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. *Journal of Psychoactive Drugs* 2000;32(4):407-417.
15. Melnick G, De Leon G. Clarifying the nature of therapeutic community treatment. The Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ). *Journal of Substance Abuse Treatment* 1999;16(4):307-313.
16. Magura S, Cleland CM, Tonigan JS. Evaluating Alcoholics Anonymous's effect on drinking in Project MATCH using cross-lagged regression panel analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2013;74(3):378-385.
17. Magura S, Laudet AB, Mahmood D et al. Role of self-help processes in achieving abstinence among dually diagnosed persons. *Addictive Behaviors* 2003;28(3):399-413.
18. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;1:CD005338.
19. Ambrosi P. Tendenze e bilancio della "Psichiatria di Crisi". In: De Martis, Barale, Caverzasi. La Crisi Psicotica Acuta. *Borla*, Roma, Italia 1989.