

Modelli teorici per i problemi alcolcorrelati, l'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi di Vladimir Hudolin e la psicologia di comunità

Guido Guidoni e Angela Tilli

1. Modelli teorici per i problemi alcolcorrelati	pag.	1
1.1 Introduzione	»	1
1.2 Alcolismo e problemi alcolcorrelati	»	1
1.3 I principali modelli teorici per i problemi alcolcorrelati	»	2
1.3.1 Il modello morale	»	2
1.3.2 Il modello medico e gli Alcolisti Anonimi	»	3
1.3.3 Teorie biologiche	»	5
1.3.4 Teorie psicologiche	»	8
1.3.5 Teorie socio-culturali	»	12
2. L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi di Vladimir Hudolin	»	16
2.1 Introduzione	»	16
2.2 Modello epistemologico	»	16
2.3 Tecnica di trattamento	»	17
2.4 Filosofia di vita	»	20
2.5 L'approccio ecologico-sociale e la psicologia di comunità	»	21
Bibliografia	»	23

1. Modelli teorici per i problemi alcolcorrelati

1.1 Introduzione

Nonostante l'uomo faccia uso di bevande alcoliche da oltre diecimila anni, fino al XVIII secolo solo l'ubriachezza era considerata una conseguenza potenzialmente problematica di un comportamento per altro ritenuto positivo in vari contesti. Le bevande alcoliche erano usate infatti a scopo di piacere, nutritivo, dissetante, medico, rituale e come strumento di scambio o di sfruttamento e l'ubriachezza, sebbene criticata da quasi tutte le culture, era vista come una scelta fatta per piacere. Il consumo di bevande alcoliche era un comportamento ritenuto parte della vita e come tale regolamentato nelle diverse società da norme di natura religiosa, sociale o economica (Barcucci, 1997; Granati, 1985; Hudolin, 1991; Mallach et al., 1987; Malka et al., 1983).

Solo verso la metà del 1700 si è iniziato a parlare delle conseguenze dannose dell'abitudine di bere alcolici ma l'attenzione era rivolta principalmente ai disordini sociali più che agli effetti dell'alcol sulla salute (Barcucci, 1997; Levine, 1979).

La consapevolezza dei rischi, sia individuali sia sociali, connessi all'uso di alcol, ha tardato a manifestarsi anche perché nel passato la durata media della vita era inferiore a quella attuale e, come è avvenuto anche per altri problemi di salute, molte delle conseguenze dannose derivanti dall'uso di questa sostanza non avevano il tempo di manifestarsi durante la vita di un individuo. Prima della Rivoluzione Industriale, inoltre, non erano molte le occasioni in cui l'uso di alcol si manifestava come socialmente pericoloso, mentre successivamente, quando si diffusero l'utilizzo di macchinari e la guida di veicoli nonché la necessità di una affidabile e puntuale forza lavoro, apparvero evidenti i rischi che comportava l'uso di questa sostanza. Il consumo di alcol cominciò dunque a essere visto come una minaccia allo sviluppo industriale e, con il rapido aumento dell'urbanizzazione, anche l'emarginazione sociale e la delinquenza vennero interpretate in correlazione alla diffusa abitudine del consumo di alcolici.

1.2 Alcolismo e problemi alcolcorrelati

"Alcolismo" (alcoholism) è un termine che nel tempo ha assunto diversi significati. Solitamente viene usato per riferirsi ad un bere cronico e continuativo o ad un uso di alcol periodico caratterizzato da una perdita di controllo sul bere con frequenti episodi di intossicazione e dalla continuazione dell'uso nonostante la presenza di conseguenze negative. Il termine fu originariamente coniato da Magnus Huss nel 1848. Huss aveva parlato di "alcolismo cronico" per riferirsi alle conseguenze negative, soprattutto fisiche, che affliggevano i forti bevitori cronici (Heather, 1999). Infatti, fino agli anni Quaranta, la parola alcolismo veniva riferita principalmente alle conseguenze fisiche del bere mentre, successivamente, fu usata più estensivamente per denotare un consumo di alcol che conduceva a qualsiasi tipo di danno (fisico, psicologico, individuale o sociale).

L'inesattezza del termine nel 1979 indusse la Commissione di Esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a preferire la più ristretta definizione di sindrome di dipendenza da alcol (alcohol dependance syndrome) considerata uno tra i molti problemi alcolcorrelati. Contemporaneamente la Commissione approvò il termine "problema alcolcorrelato" (alcohol-related problem) per indicare qualsiasi evento negativo accompagnato all'uso di alcol, sottolineando che "correlato" (related) non implica un legame di causalità. L'uso di questo termine può riferirsi sia all'individuo che alla società (WHO, Lexicon of alcohol and drug terms).

1.3 I principali modelli teorici per i problemi alcolcorrelati

Da quando si è iniziato a percepire l'uso di bevande alcoliche come un problema ha anche preso avvio l'elaborazione di teorie per cercare di comprendere il fenomeno e trovare delle strategie per affrontarlo. I modelli più importanti, dal punto di vista storico, in quanto i primi ad essere stati proposti, e dal punto di vista della diffusione e del conseguente impatto sulle rappresentazioni culturali del fenomeno, sono il modello morale e il modello medico.

1.3.1 Il modello morale

Il primo modello teorico che propone un'eziologia e un trattamento per i problemi connessi all'uso di alcol è il *modello morale* che ha dominato per tutto il XIX secolo. Tale modello attribuisce il bere eccessivo o l'ubriachezza a deficit della responsabilità personale o della forza spirituale (Hester R.K. e Sheeby N., 1990).

Il Dott. Benjamin Rush nel 1785 considerava l'ubriachezza come una "malattia della volontà". Rush prescriveva come cura l'astensione immediata e totale dalle bevande alcoliche e riteneva che l'alcolista fosse una vittima della diffusa e approvata usanza sociale di bere sostanze che provocano dipendenza (Rush, 1970). Secondo Levine (1979) nel lavoro di Rush apparve per la prima volta il concetto di dipendenza (*addiction*) e questo rappresentò l'avvento di un nuovo paradigma che segnò una rottura con le precedenti concezioni secondo le quali le persone bevevano e si ubriacavano perché lo volevano e non perché erano in qualche modo "costrette" (Levine, 1979).

Da queste idee, verso la fine del XVIII secolo, negli Stati Uniti, nacque il Movimento di Temperanza e durante il XIX secolo si svilupparono varie organizzazioni di astinenti, come l'Esercito della Salvezza e l'Organizzazione Internazionale dei Buoni Templari, che si battevano contro la produzione, la diffusione e il consumo di bevande alcoliche. Queste associazioni fondarono anche degli asili dove gli alcolisti potevano ricevere trattamenti specifici.

Tuttavia, con il diffondersi dell'industrializzazione, l'accento fu spostato sugli effetti negativi dell'alcol legati agli incidenti di lavoro, al costo per i lavoratori e le loro famiglie e soprattutto sul ruolo del bar come luogo di nascita del crimine e dell'immoralità. L'alcolista fu visto sempre meno come una vittima e sempre più come una minaccia per la comunità e l'ideologia dei vari movimenti di temperanza divenne più estrema e si orientò verso il proibizionismo. L'applicazione del proibizionismo ebbe il suo culmine negli Stati Uniti con l'approvazione del 18° emendamento della Costituzione che vietò la produzione, la vendita ed il consumo di

alcolici dal 1919 al 1933, anno in cui fu abolito perché, nonostante vi fosse stata un'effettiva riduzione del consumo di alcol e dei problemi alcolcorrelati questa legge aveva creato più problematiche di quanti ne avesse risolte (contrabbando, malavita, ecc.) (Hester R.K. e Sheeby N., 1990).

Alcuni autori preferiscono considerare il modello di temperanza come distinto dal modello morale, in quanto il primo vede l'alcol come una droga pericolosa da consumare in ogni caso con cautela, mentre il secondo vede nella debolezza dell'individuo la causa dei problemi legati al consumo di alcol. Altri distinguono il modello morale in due sottomodelli: un modello morale "*dry*" (asciutto), che considera l'alcol come una sostanza nociva e quindi comunque inaccettabile e un modello morale "*wet*" (bagnato), per il quale gli alcolisti sono persone che non obbediscono alle regole di un modo di bere socialmente accettabile (Hester R.K. e Sheeby N., 1990).

Il modello morale ha dominato nel 1800 ma non ha cessato del tutto di influenzare il pensiero sul fenomeno. Infatti, ancora oggi, sia nel linguaggio comune che in quello professionale, vengono usati termini come "vizio", "colpa" e "alcolizzato" con la sua connotazione dispregiativa.

Negli ultimi duecento anni la definizione dell'alcolismo si è del resto modellata sugli sviluppi del pensiero sulla devianza in generale e sulla malattia mentale in particolare: fino al XX secolo, malattia mentale e ubriachezza abituale erano entrambe attribuite ad un fallimento nel regolare se stessi e di conseguenza erano utilizzati trattamenti morali e repressivi nell'intento di ricostruire il potere di autocontrollo attraverso la disciplina, la routine e il duro lavoro (Hudolin, 1991; Levine, 1979).

1.3.2 Il modello medico e gli Alcolisti Anonimi

Nel XX secolo si sviluppò compiutamente il modello medico dell'alcolismo.

L'idea dell'ubriachezza abituale come malattia era già presente nel pensiero di Rush nel 1700, all'inizio del 1800 fu descritto il quadro clinico del delirium tremens e nel 1849 si ebbe la prima descrizione dell'"*alcoholismus chronicus*", come specifica sindrome, ad opera del medico svedese Magnus Huss (Huss, 1849). Tuttavia, solo nel '900, nel periodo compreso tra le due guerre mondiali, gli alcolisti cominciarono ad essere sottoposti a cure specifiche, tra le quali anche le diverse terapie psichiatriche allora disponibili come l'elettroshock, la lobotomia, i sedativi, il decondizionamento. E fu solo dopo la Seconda Guerra Mondiale che si diffuse il concetto dell'alcolismo come malattia.

Mentre i primi tentativi di dare una spiegazione medica dell'alcolismo, come quello di Rush, attribuivano all'alcol la proprietà di condurre le persone ad una perdita di controllo sul bere, la versione più moderna del concetto medico dell'alcolismo, nata dopo il fallimento del proibizionismo americano che aveva fatto crollare l'obiettivo di una astinenza universale, affermò che l'alcolismo era una caratteristica di un piccolo gruppo di individui con una innata suscettibilità per questa malattia (Peele S., 1984).

All'affermarsi di tale modello contribuì in maniera decisiva il movimento degli Alcolisti Anonimi (AA).

L'associazione Alcolisti Anonimi nacque nel 1935 ad Akron negli Usa quando Bill Wilson e Bob Smith, un agente di borsa e un medico, entrambi alcolisti, scoprirono che, aiutandosi reciprocamente, riuscivano a mantenersi astemi. In opposizione all'approccio moralistico seguito negli Stati Uniti, considerarono l'alcolismo come una malattia cronica dalla quale non si può guarire ma che si può arrestare smettendo di bere e

introdussero una nuova modalità per il raggiungimento e il mantenimento dell'astinenza: il metodo dell'auto-aiuto. Bill e Bob ispirandosi alla medicina, alla psicologia e alla religione, elaborarono il *Metodo dei 12 Passi* che descrissero nel libro "Alcolisti Anonimi" (noto come il *Grande Libro*) pubblicato nel 1939. Da allora Alcolisti Anonimi si è diffuso in tutto il mondo e oggi è presente in oltre 150 paesi con circa 100.000 gruppi di alcolisti.

In Italia il primo gruppo fu inaugurato a Roma nel 1972. A Firenze il primo gruppo nacque nel 1974. L'Associazione Alcolisti Anonimi fu formalizzata nel 1979 e nel 1980 fu tradotto il *Grande Libro*. La diffusione della letteratura sugli AA contribuì al loro espandersi e nel 2001 erano presenti in tutte le regioni d'Italia con circa 500 gruppi per circa 10.000 alcolisti.

Parallelamente ai gruppi AA nel tempo sono nati i gruppi AL-Anon per familiari e amici di alcolisti e i gruppi Alateen per i figli adolescenti. Nel 2001 in Italia erano attivi 378 gruppi AL-Anon e 36 gruppi Alateen (Servizi Generali Alcolisti Anonimi in Italia, 2004).

Il movimento degli Alcolisti Anonimi ha caratteristiche tipicamente statunitensi: la tipica atmosfera da revival americano* lo avvicina alle compagnie di temperanza del diciannovesimo secolo che avevano radici in movimenti religiosi, e l'enfasi che pone nella pubblica confessione e nella salvezza attraverso un potere superiore richiama il protestantesimo evangelico. Per questo, nonostante la sua grande diffusione, non ha influenzato in altre nazioni le politiche e i trattamenti per l'alcolismo tanto quanto negli Stati Uniti (Peele, 1984). Inoltre richiede ai partecipanti alcune capacità come «un discreto livello di scolarità; ideazione, concettualizzazione e verbalizzazione fluida» (Devoto, 1986; p. 30).

Successivamente, il modello medico trovò il suo suggello nell'opera di Jellinek che nel 1960 pubblicò il libro *Disease concept of alcoholism*. Questa opera divenne il testo di riferimento del modello medico per quanto l'autore definisca l'alcolismo come «qualunque uso di bevande alcoliche che provochi un qualsiasi danno all'individuo o alla società, o a entrambi».

Jellinek propone una classificazione delle diverse forme di alcolismo: alfa, beta, gamma, delta e epsilon. Il tipo alfa è caratterizzato da dipendenza dagli effetti dell'alcol che viene utilizzato per mitigare sofferenze fisiche o emotive; chi ne soffre non ha perso la capacità di controllare il consumo della sostanza e gli effetti negativi di questa emergono solo nelle relazioni interpersonali. Non si riscontra in questo tipo una sindrome di astinenza, né una progressione della malattia. Nel tipo beta, invece, sono presenti gravi complicanze mediche senza sintomi evidenti di dipendenza fisica o psicologica. Questa è la forma di alcolismo, progressiva, tipica dei paesi in cui si consuma vino quotidianamente, come usanza sociale, e dove spesso si trovano anche abitudini alimentari carenti. L'alcolismo gamma è caratterizzato dalla dipendenza dall'alcol e dalla perdita di controllo sulla quantità di sostanza assunta; è presente un forte deterioramento fisico e sociale ed è questa la forma di alcolismo più comune negli Stati Uniti. Tali caratteristiche sono presenti anche nell'alcolismo delta, tranne il fatto che l'individuo riesce ad avere un controllo sull'alcol astenendosi dall'uso per alcuni periodi. L'alcolismo epsilon era ritenuto la forma meno comune in America ed è caratterizzato da sbornie periodiche (Jellinek, 1960). Ricerche successive non hanno però confermato questa classificazione (Peele, 1984).

Il modello medico dell'alcolismo considera quindi l'alcol come una sostanza socialmente accettabile che fa ammalare solo alcune persone. L'alcolista è una persona, in qualche modo, diversa costituzionalmente dai

* Pratiche religiose basate su un'intensa partecipazione emotiva capace, talvolta, di condurre fino ad una sorta di catarsi mistica.

non alcolisti e, a causa di tale differenza individuale, per l'alcolista è impossibile bere in modo moderato. Il trattamento basato su tale modello è focalizzato sull'aiuto dato all'individuo nel suo sforzo di controllare il proprio comportamento compulsivo (Levine, 1979). La causa della malattia viene ricercata più nell'individuo che non nella sostanza in sé. Siccome però non sono mai stati individuati assetti di personalità, tratti psicologici o costituzionali specificamente correlati con l'alcolismo è molto difficile proporre interventi di prevenzione primaria basati su questo modello.

Il modello medico oggi riscuote molta popolarità ed è appoggiato anche dai produttori di bevande alcoliche poiché implica che la maggioranza delle persone possa bere senza il rischio di diventare alcolista (Hester R.K. e Sheeby N., 1990).

Il modello medico è stato importante perché ha esteso la protezione sanitaria e sociale agli alcolisti e alle loro famiglie e ha permesso di pensare a loro non più come persone da condannare ma come persone bisognose di cure, tuttavia allo stesso tempo ha frenato lo sviluppo dell'approccio ai problemi alcolcorrelati, occupandosi prevalentemente delle complicanze somatiche o psichiatriche dell'alcolismo senza considerarne le componenti sociali e culturali che invece emergono chiaramente da numerose ricerche. Inoltre la forte enfasi data all'idea di alcolismo come una specifica malattia ha oscurato la diffusione dell'evidenza che di fatto nessuna singola causa è mai stata stabilita, né alcun singolo fattore causale biologico è mai risultato essere decisivo (Fingarette, 1990).

Dopo la Seconda Guerra Mondiale lo sviluppo dell'alcolologia è stato rapido e la complessità dei disturbi alcolcorrelati ha portato all'elaborazione di diversi approcci teorici ognuno dei quali focalizza aspetti diversi del problema e lo riconduce a cause diverse.

Già verso la metà del XX secolo si contavano oltre duecento definizioni e modelli teorici del cosiddetto alcolismo (Jellinek, 1960). Oggi la letteratura, soprattutto di area anglosassone, propone un grande numero di articoli che affrontano il fenomeno da svariati punti di vista: praticamente ogni approccio teorico si è confrontato con il comportamento di uso di alcol e di altre droghe. Nel 1980 il National Institute on Drug Abuse (Nida) ha selezionato 43 approcci teorici sull'uso di alcol e altre droghe e li ha raccolti in una monografia (*Theories on Drug Abuse. Selected Contemporary Perspectives*) nella quale sono stati classificati in base all'enfasi posta sul Sé, sulle relazioni con gli altri, sulla società e sulla costituzione biologica.

In questo lavoro si è deciso di scegliere alcuni tra i modelli più significativi presenti in letteratura oltre ai modelli morale e medico e di suddividerli in tre grandi gruppi: biologico, psicologico e socio-culturale. La suddivisione è in parte arbitraria poiché, in molte teorie, ci sono sovrapposizioni e tutti i modelli più recenti concordano su una concezione eziologica multifattoriale. Gli approcci differiscono tuttavia nell'attribuzione di importanza o nella preferenza data alla lettura più approfondita di alcuni fattori rispetto ad altri.

1.3.3 Teorie biologiche

Gli studi più importanti nell'ambito delle teorie biologiche rientrano nei due filoni del *modello genetico* e del *modello neurobiologico* anche se, soprattutto con l'avvento delle nuove tecniche di biologia molecolare, le due linee di ricerca si sono sempre più unite.

Numerosi studi dimostrano che fattori genetici ed altri fattori biologici sono coinvolti nello sviluppo di un disturbo legato all'uso di alcol.

La prima indicazione per una possibile influenza genetica deriva dagli studi sulle famiglie di alcolisti: è stato ripetutamente messo in evidenza come il rischio che un bambino sviluppi un problema con l'alcol sia proporzionale al numero di familiari alcolisti, alla gravità del loro disturbo e alla loro vicinanza genetica con il bambino.

Le evidenze più persuasive vengono però dagli studi sui gemelli e sui bambini adottati. I gemelli monozigoti mostrano una concordanza del 60% per lo sviluppo di alcolismo mentre nei gemelli dizigoti questa è solo del 30% (Schuckit, 1980; NIAAA, 2003).

Attraverso gli studi su individui adottati si riescono a separare le influenze genetiche da quelle ambientali: secondo alcune ricerche sembra che i figli di alcolisti continuino ad avere un elevato rischio di sviluppare disturbi alcolcorrelati anche quando vengono adottati subito dopo la nascita da famiglie non alcoliste (Goodwin, 1990).

Gli studi sulle famiglie, sui gemelli e sulle adozioni evidenziano dunque il contributo dei fattori genetici nello sviluppo di uno stretto legame con l'alcol da parte delle persone, tuttavia ogni ricercatore in questo campo ricorda che la genetica spiega solo una parte della varianza del fenomeno: l'esito finale è sempre composto da fattori biologici, ambientali, culturali e dalle esperienze specifiche di un individuo (Gemma et al., 2006; Who, 2004). Schuckit (1980) sottolinea chiaramente che una predisposizione genetica verso l'alcolismo può non avere niente a che fare con il motivo per il quale le persone iniziano a bere in una società "alcolica" come quella occidentale e ricorda che queste ricerche sono valide solo se si parla di un disturbo persistente mentre problemi alcolcorrelati transitori hanno più a che fare con variabili di contesto.

Sembra infatti che la stima dell'ereditarietà dell'alcol dipendenza vari da 52% a 63% a seconda dei criteri diagnostici utilizzati (DSM-IV o ICD-10) (Who, 2004). Cloninger (1981), proprio a questo proposito, ha proposto una tipologia dell'alcolismo secondo la quale ci sarebbe una forma di alcolismo, più frequente, meno soggetta all'influenza di fattori ereditari (Tipo 1) e una forma (Tipo 2) meno frequente e più ereditabile; secondo l'autore il Tipo 2 è anche associato con un disturbo antisociale di personalità (Cloninger et al., 1981; Goodwin, 1990; Kranzler e Anton, 1997).

Il modello genetico è avvalorato anche dal fatto che tra etnie diverse si riscontrano variazioni nella suscettibilità alla tossicità dell'etanolo (Li, 1990; Gemma et al. 2006).

Anche le ricerche su modelli animali sostengono l'ipotesi dell'influenza genetica dal momento che è possibile creare linee genetiche con una alta o bassa tendenza all'uso di alcol; inoltre oggi, con le nuove tecniche di ingegneria genetica, è anche possibile creare linee di animali transgenici per studiare l'effetto di specifici geni (Li, 1990; Who, 2004; Bennett et al., 2006).

Gli studi sulle famiglie e i gemelli indicano la possibile esistenza di una componente ereditaria ma niente dicono su quali geni o cromosomi sono implicati nella trasmissione genetica del disturbo.

Il contributo dei fattori genetici all'alcolismo non è spiegabile con un'ereditarietà mendeliana per la quale è sufficiente la mutazione di un singolo gene per determinare una specifica malattia. Un disturbo complesso come l'alcolismo è invece dovuto all'azione combinata di più geni ognuno dei quali produce un piccolo effetto.

La recenti tecniche di genetica molecolare hanno permesso di analizzare l'effetto dei geni che mediano per diversi aspetti legati al metabolismo dell'etanolo: il primi ad essere studiati sono stati i geni che codificano per gli enzimi epatici alcol deidrogenasi (Adh) o aldeide deidrogenasi (Adlh). Entrambi gli enzimi sembrano presentare un ampio polimorfismo funzionale con geni diversi che codificano per diverse forme dei due enzimi. Quando viene ingerita una bevanda alcolica alcune varianti di questi enzimi determinano l'innalzamento del livello di acetaldeide, metabolita tossico dell'alcol, con la conseguenza di sintomi come arrossamento, nausea e tachicardia. Queste varianti genetiche spiegano le differenze negli effetti dell'alcol che si riscontrano comunemente nelle popolazioni asiatiche e in altre etnie e che sono protettivi verso lo sviluppo di problemi alcolcorrelati in quanto inducono un comportamento avverso nei confronti del bere.

Altri geni coinvolti nel metabolismo dell'etanolo sono quelli che codificano per il citocromo microsomiale P 450 (CYP2E1) per il quale esiste una variante associata con un alterato metabolismo dell'alcol (Gemma et al. 2006; NIAAA, 2003; Who, 2004).

Altri studi hanno indagato l'effetto dell'etanolo da punto di vista neurobiologico.

Sulla base della conoscenza acquisita rispetto ad altri disordini psichiatrici il primo candidato nella ricerca delle basi neurobiologiche dell'alcolismo è stato il sistema serotoninergico. In particolare il recettore 5-HT della serotonina sembra coinvolto nella modulazione dell'umore e nel controllo degli impulsi. Varie ricerche hanno riportato anomalie nella neurotrasmissione legata a 5-HT negli alcolisti tuttavia questo recettore si è dimostrato associato ad un gran numero di comportamenti impulsivi. La neurotrasmissione nel sistema serotoninergico è molto complessa sia per quanto riguarda i recettori sia per i meccanismi di traduzione del segnale, questo può spiegare come un singolo neurotrasmettitore possa provocare un'ampia varietà di effetti e possa potenzialmente avere un ruolo patofisiologico in diversi disordini, incluso l'alcolismo.

Anche la dopamina sembra avere un ruolo nel rinforzo prodotto da diverse sostanze psicoattive, inoltre l'interazione tra i sistemi serotoninergico e dopaminergico potrebbero avere un ruolo nel rinforzare gli effetti dell'alcol (Kranzler e Anton, 1997).

Sembrano inoltre essere coinvolti gli oppioidi endogeni e il GABA (acido gamma-aminobutirrico). Il consumo di alcol aumenta il rilascio di endorfine che a loro volta attivano il sistema dopaminergico di gratificazione. È stato ipotizzato che differenze nella sensibilità del sistema degli oppioidi endogeni possa essere alla base delle differenze individuali nell'intensità del craving per l'alcol e nel rischio di sviluppare una dipendenza, mentre il Gaba sembra essere coinvolto nello sviluppo di tolleranza e nei sintomi di astinenza (Jung e Namkoong, 2006).

Alcune ricerche su modelli animali e anche sull'uomo suggeriscono che i geni coinvolti nell'attività della serotonina e del Gaba possano essere significativi per la suscettibilità individuale per l'alcolismo. Studi recenti riportano che persone con una certa variante di un trasportatore della serotonina e un certo tipo di recettore Gaba mostrano una minore risposta all'alcol e un maggior rischio per alcolismo. Tuttavia la relazione tra i geni dei neurotrasmettitori e l'alcolismo è molto complessa e non tutti gli studi hanno mostrato relazioni tra questi fattori (Niaaa, 2003).

1.3.4 Teorie psicologiche

La proposta di modelli in campo psicologico e psicosociale è vastissima.

In questo paragrafo saranno considerati gli approcci più rilevanti rispetto ai problemi alcolcorrelati all'interno dell'area psicomotiva, nell'ambito degli studi sulla personalità, nel filone cognitivo-comportamentista e nell'approccio familiare sistemico.

Teorie psicomotivistiche

Nell'ambito delle teorie psicomotivistiche e della psicoanalisi in particolare, già i primi autori hanno proposto ipotesi sulle possibili cause dell'alcolismo all'interno della propria metapsicologia di riferimento.

Fino agli anni Sessanta gli autori psicoanalitici che operavano all'interno del modello pulsionale hanno attribuito importanza etiologica alla rimozione, al conflitto sessuale e aggressivo e alla funzione regressiva e di gratificazione libidica connesse soprattutto agli aspetti simbolici della sostanza e del modo in cui viene assunta (Khantzian et al., 1990).

Freud (1905) nei *Tre Saggi sulla Sessualità* afferma che in alcuni bambini vi è un'intensificazione costituzionale della sensibilità erogena della regione labiale e «Se tale importanza persiste questi bambini [...] da uomini avranno un forte motivo per bere e fumare» (pag. 66 trad. it. 1975). Freud vede l'alcol come un sostituto libidico oggettivo per una gratificazione orale; rileva negli alcolisti anche una certa debolezza dell'Io che è dominato dal principio del piacere e dalla necessità di accrescere la propria autostima narcisistica.

Nel 1929, nel libro *Il Disagio della Civiltà*, Freud descrive l'intossicazione come un modo per evitare il dispiacere fuggendo dal mondo esterno e in qualche modo include nell'etiologia del bere influenze ambientali più ampie e non limitate alle vicende infantili che possono aver determinato una fissazione allo stadio orale: «Gli effetti prodotti dagli inebrianti nella lotta per conquistare la felicità e per difendersi dalla miseria vengono considerati talmente benefici che gli individui e i popoli hanno loro riservato un posto ben preciso nella loro economia libidica. Dobbiamo ad essi non solo l'acquisto immediato di piacere, ma anche una parte ardentemente agognata, d'indipendenza dal mondo esterno. Con l'aiuto dello "scacciapensieri" sappiamo dunque di poterci sempre sottrarre alla pressione della realtà e trovare riparo in un mondo nostro, che ci offre condizioni sensitive migliori» (pg. 570 trad. it. 1978).

Freud, e altri autori come Abraham, Fenichel, Knight, hanno rilevato anche il potere disinibente dell'alcol: «il Super-Io è solubile nell'alcol» (Zimberg, 1982).

Anche Abraham (1916) parla di bramosia orale e ricerca di benessere.

Per Rado (1933) la gratificazione orale è un fattore importante e nella personalità dipendente assume la funzione di una difesa maniacale per contrastare sentimenti depressivi.

Rosenfeld (1965), all'interno della metapsicologia kleiniana delle relazioni oggettuali, considera l'uso di alcol un modo di evitare angosce depressive e persecutorie in persone ferme nella posizione schizo-paranoide che sono portate a vivere la sostanza alternativamente come tutta buona o tutta cattiva. Nel primo caso attraverso il bere si avrà l'incorporazione di un oggetto buono che avrà l'effetto di rafforzare le difese maniacali e di estromettere la parte negativa del Sé; nel secondo caso, l'incorporazione di una sostanza cattiva e aggressiva e l'identificazione con essa produrrà sentimenti di colpa e avrà l'effetto di accrescere l'istinto di morte.

Zimberg (1982) propone un modello che, partendo dalla distinzione tra alcolista primario (che non ha disturbi psichiatrici) e alcolista secondario (alcolismo come conseguenza di un disturbo psichiatrico), riconosce ad una particolare costellazione psicologica il ruolo di fattore chiave nello sviluppo dell'alcolismo. Secondo l'Autore i rifiuti subiti nell'infanzia, l'iperprotezione o una responsabilizzazione precoce inducono scarsa autostima e sentimenti di inadeguatezza che, se negati, portano ad un eccessivo bisogno inconscio di dipendenza con intense richieste di calore e nutrimento che non possono essere soddisfatte nella realtà. Queste richieste, rifiutate, generano ansia che a sua volta porta allo sviluppo di un bisogno compensatorio di grandezza come meccanismo di difesa. A questo punto predisposizioni genetiche e fattori socioculturali possono contribuire alla scelta dell'uso di alcol che accresce, temporaneamente, il senso di potere e di successo compensatorio innescando un circolo vizioso che può condurre all'alcolismo (Zimberg, 1982).

Le formulazioni più recenti soprattutto nell'ambito della Psicologia del Sé sottolineano la vulnerabilità delle strutture dell'Io e del Sé deputate alla regolazione dell'autostima, all'autocura e alla capacità di relazionarsi con gli altri (Khantzian et al., 1990).

Kohut (1977) sostiene che l'individuo soffre a causa di un deficit nel Sé e cerca la droga, che sente come capace di curare il difetto centrale; la sostanza diviene così il sostituto di un oggetto-Sé fallimentare. L'ingestione della droga costringe simbolicamente l'oggetto-Sé rispecchiante ad amarlo ed accettarlo. In altri casi la droga fornisce agli individui l'autostima che non possiedono (il sentirsi accettato e sicuro di Sé) oppure il senso di fusione con una fonte di potere che lo fa sentire forte e meritevole. Tutti questi effetti della droga accrescono nell'individuo il sentimento di essere vivo e la certezza di esistere.

Per Khantzian (1977) un modello eccessivamente pulsionale, con tutta l'enfasi posta sulla gratificazione libidica connessa all'uso di droghe, ha impedito ai primi autori psicoanalitici di sviluppare pienamente importanti osservazioni cliniche.

Il *modello dell'automedicazione* da lui proposto sostiene che le persone fanno uso di droga come autocura per la sofferenza psicologica che deriva dai deficit nelle strutture dell'Io e del Sé coinvolte nella regolazione di quattro aree principali: a) accesso, tolleranza e regolazione dei sentimenti; b) gestione delle relazioni; c) autocura; d) autostima (Khantzian et al., 1990).

Teorie della personalità

L'idea che le caratteristiche di personalità abbiano un ruolo nello sviluppo di problemi legati all'uso di alcol ha una lunga tradizione a partire dal concetto di "degenerazione" presente nelle teorie del XIX secolo (Peele, 1990). Tuttavia, nonostante l'enorme mole di ricerche, non è stato possibile definire una "personalità alcolica o prealcolica". La maggior parte degli studi concorda sul fatto che le strutture di personalità delle persone alcoliste sono molto diverse tra loro (Rigliano, 2004).

Tuttavia sono state condotte molte ricerche con l'obiettivo di individuare tratti di personalità correlati all'uso di alcol.

McClelland e colleghi (1972), hanno studiato l'alcolismo in relazione al bisogno di potere con il Thematic Apperception Test (Tat) evidenziando in studenti di college forti bevitori un elevato bisogno di potere. Ma i risultati non sono stati replicati e altri tratti come l'impulsività e la personalità antisociale sembrano descrivere meglio i "bevitori problematici" (Peele, 1990).

Dato l'ampio uso del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Mmpi) sono stati fatti numerosi sforzi per cercare una sottoscala del test che correlasse con l'alcolismo. La scala che ha avuto più sviluppo è stata la Mac Scale elaborata da Craig MacAndrew. La scala è stata testata con persone ricoverate in un servizio psichiatrico e in questo ambito mostra una certa validità nel discriminare gli alcolisti dai pazienti psichiatrici.

Il manuale dell'Mmpi-2 riporta che alti punteggi alla Scala Mac indicano persone estroverse, esibizioniste e desiderose di correre rischi e possono essere associati ad una propensione generale alla tossicodipendenza piuttosto che al solo alcolismo (Hathaway e McKinley, 1989).

Poiché non tutti gli alcolisti erano identificati correttamente dalla Mac Scale MacAndrew propose di considerare le persone con alti punteggi alla scala come alcolisti primari e quelli non identificati correttamente come secondari. Studi successivi sembrano confermare la validità di questa proposta e sembrano esservi delle grandi somiglianze tra l'alcolista primario con alti punteggi alla scala Mac e l'alcolista Tipo II di Cloninger (Ward e Jackson, 1990; Svanum e Ehrmann, 1992).

MacAndrew modificò poi la scala nel tentativo di individuare una personalità prealcolica. Creò la SAP (Substance Abuse Proclivity) Scale che ha mostrato qualche successo nell'identificare giovani bevitori problematici e consumatori di altre droghe.

In ambito cognitivo alcune ricerche sulla teoria del locus of control di Rotter hanno mostrato che le persone con un orientamento verso l'esterno hanno più probabilità di diventare bevitori problematici e alcolisti; non tutte le ricerche hanno confermato questo risultato (Rohsenow e O'Leary, 1978a, 1978b).

Gli studi sul concetto di campo-dipendenza elaborato da Witkin e colleghi hanno prodotto risultati consistenti mostrando che gli alcolisti sono più campo dipendenti dei non alcolisti (Barnes, 1979).

Una recente revisione nella letteratura riporta che le dimensioni di personalità maggiormente associate all'alcolodipendenza sono: sensation seeking, personalità antisociale e novelty seeking (Lejoyeux, 2004).

Vari sono stati anche i tentativi di creare delle tipologie personologiche di alcolisti a partire dalla classificazione di Jellineck ma nessuna si è dimostrata consistente.

Secondo Giosi (2004) la complessità dell'alcolismo richiede necessariamente un modello eziologico multifattoriale capace di comprendere fattori genetici, processi neurofisiologici, eventi di vita e contesti sociali e culturali: un simile approccio esclude a priori la possibilità di individuare una specifica tipologia di personalità alcolica.

Teorie cognitivo-comportamentali

Nell'area cognitivo-comportamentale un filone importante di ricerca è quello basato sulle *teorie dell'apprendimento*. Nel 1988 il National Institute on Drug Abuse (Nida) ha pubblicato una monografia intitolata *Learning Factors in Substance Abuse*. In questo contesto "apprendimento" si riferisce ai cambiamenti nel comportamento dovuti all'esperienza sia che questi si verifichino a livello dello stile di vita, sia a livello del funzionamento cellulare (Ray, 1988).

L'evidenza che le droghe producono risposte condizionate risale agli studi di Pavlov (1927). Ricerche successive hanno anche evidenziato che sia la tolleranza sia i sintomi di astinenza possono essere condizionati (Siegal, 1988).

È stato dimostrato che sia stimoli esteroceettivi sia stimoli interoceettivi possono elicitare il comportamento di ricerca della sostanza. Situazioni ambientali precedentemente associate all'assunzione della sostanza, assunzione di una singola dose di alcol, altre persone nel ruolo di modelli, regole ed istruzioni possono tutti influire sul comportamento di uso di alcol. Spesso questi stimoli agiscono in maniera complessa come quando, per esempio, il rinforzo di una risposta in presenza di un certo stimolo è condizionato da un altro stimolo (Bickel e Kelly, 1988).

Secondo Monti et al. (1988) la *teoria dell'apprendimento sociale* che comprende l'apprendimento rispondente, l'apprendimento operante e certi specifici fattori cognitivi all'interno di una teoria integrata, ha permesso di superare il gap tra teoria e pratica in particolare nelle applicazioni riferite all'uso di alcol.

La teoria dell'apprendimento sociale ha evidenziato che gli alcolisti hanno appreso risposte cognitive e comportamentali che li rendono vulnerabili alle situazioni ad alto rischio di ricadute (pressioni interpersonali, stress interpersonali che esitano in rabbia e frustrazione, stati affettivi negativi come depressione e noia e la presenza di stimoli correlati all'alcol e al bere). Queste reazioni apprese includono: a) aspettative; b) abilità di coping; c) risposte condizionate agli stimoli connessi all'alcol e al bere.

Approccio familiare sistemico

L'approccio familiare sistemico può essere sinteticamente considerato l'ambito teorico cui si riferiscono diversi paradigmi terapeutici accomunati dall'attenzione alle relazioni più che agli individui, al qui ed ora più che al passato (terapia sistemica in senso stretto, terapie strategiche e terapia strutturale).

La teoria sistemica inizialmente fu applicata allo studio della schizofrenia: l'articolo "Verso una teoria della schizofrenia" pubblicato nel 1956 da Bateson, Jackson, Haley e Weakland viene considerato come la nascita della concezione sistemica della famiglia e lanciò verso la fama mondiale il gruppo fondato negli anni Cinquanta da Bateson per studiare la comunicazione.

Unendo lo studio sulla comunicazione alla Teoria Generale dei Sistemi di Von Bertalanffy (1968) e alle idee della cibernetica, la famiglia venne considerata come un sistema di parti interconnesse che si autoregola attraverso meccanismi di retroazione.

L'iniziale terapia sistemica si è poi suddivisa in diversi modelli e scuole ed è stata considerata applicabile a qualsiasi tipo di disturbo psicologico evitando tuttavia qualsiasi considerazione eziologica di tipo nosografico ma facendo risalire ogni sintomo psicologico (uso di alcol e droghe compresi) ad una disfunzione del sistema. Il sistema preso in considerazione è il sistema familiare di cui nelle diverse formulazioni vengono sottolineati aspetti diversi: l'omeostasi familiare e il paziente designato (Jackson e Weakland, 1961), la pragmatica della comunicazione (Watzlavick, Jackson e Beavin, 1967), il potere ed il controllo (Haley, 1976), struttura, confini, disimpegno, invischiamento (Minuchin, 1974).

Le diverse terapie familiari si sono occupate e si occupano dunque di problemi alcolcorrelati senza proporre un'ipotesi specifica sulla loro eziologia e, nonostante la derivazione sistemica, raramente considerano oggetti di studio più ampi della famiglia.

Gregory Bateson, riconosciuto da tutte le scuole di terapia familiare come loro precursore e fondatore, si è sentito tradito dalla traduzione del proprio pensiero in pratiche terapeutiche codificate e circoscritte e si è

dedicato fino alla sua morte allo studio di una epistemologia globale che trascendesse ogni applicazione terapeutica basata sulle sue idee (Bertrando e Toffanetti, 2000).

1.3.5 Teorie socio-culturali

Tra le teorie socio-culturali saranno considerati quei modelli che, pur provenienti da aree di studio diverse, danno particolare rilievo all'impatto dell'ambiente sociale e culturale sullo sviluppo di problemi connessi al bere.

Nell'ambito delle teorie dell'apprendimento alcuni autori sottolineano il fatto che i problemi dovuti all'uso di sostanze non esisterebbero se le persone non avessero accesso alle sostanze stesse. Questi studiosi sottolineano il ruolo dei fattori economici, della disponibilità e accettabilità della sostanza, delle punizioni sociali, dei modelli e rinforzi sociali per uno stile di vita "drug-free" (Lerner e Raczynski, 1988; Crowley, 1988).

Nel 2005 si è tenuto un simposio al Meeting Annuale della Research Society on Alcoholism con lo scopo di esplorare l'ampio impatto dell'ambiente sociale nello sviluppo dei problemi alcolcorrelati. I temi trattati sono stati: il supporto sociale, le reti sociali supportive e le reti sociali naturali (ambiente di lavoro, famiglia), il ruolo dei pari (McCrary et al., 2006).

Ricerche di tipo sociologico hanno dimostrato che variabili demografiche e etniche hanno un ruolo importante nello sviluppo di problemi alcolcorrelati. Cahalan e Room (1974) hanno identificato come variabili predittive di problemi con l'alcol, la giovane età, il basso livello socioeconomico, l'appartenenza a certe minoranze etniche. Classico è lo studio di Vaillant (1983) che, in un campione di Boston, ha trovato che le persone di origine irlandese erano più alcol dipendenti delle persone con origine mediterranea (greci, italiani) e che le persone provenienti dalla classe operaia lo erano più degli studenti.

Numerosi studi sono stati realizzati successivamente per determinare epidemiologia, pattern di consumo e atteggiamenti culturali relativi all'uso di alcol.

La *teoria epidemiologico-statistica*, elaborata da Ledermann (1964) ha dimostrato che il consumo medio pro capite di alcol è proporzionale alla prevalenza dei problemi alcolcorrelati (su tale teoria si basano anche le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di ridurre il consumo di alcol nei diversi Paesi).

Room e Makela (2000), in seguito ad una revisione della letteratura, concludono che sono identificabili quattro tipi di culture in base all'atteggiamento nei confronti del bere: società astinenti, culture in cui il bere è vincolato a rituali, culture in cui il bere è "normale" e culture in cui è permesso ubriacarsi nei momenti di festa.

È interessante notare che quando nelle teorizzazioni ci si sposta da un'ottica individuale ad un'ottica socio-culturale sempre più si parla di problemi alcolcorrelati anziché di alcolismo o alcol dipendenza o bere problematico.

Secondo Treno e Lee (2002) il termine "bere problematico" (problem drinking) descrive il comportamento di una persona e di conseguenza trattamento e prevenzione basati su tale idea sono rivolti all'individuo che beve, considerato come colui sul quale ricadranno le conseguenze del bere (come il rischio per la salute, nel lavoro e nella vita familiare). Al contrario il termine "problemi alcolcorrelati" (drinking-related problems) si riferisce alle conseguenze del consumo di alcol che possono affliggere molte altre persone oltre quella che beve (familiari, vicini, colleghi e altri membri della comunità). Queste conseguenze includono i costi in termini di salute e i costi sociali ed economici della comunità come incidenti, crimini e violenze, assenze da scuola o

dal lavoro, ecc. Inoltre poiché la maggioranza delle persone che consumano alcol non sono classificabili come bevitori problematici è evidente che la gran parte dei problemi alcolcorrelati deriva da bevitori non problematici (Treno e Lee, 2002).

Il passaggio da alcolismo a problemi alcolcorrelati segna un nuovo modo di riferirsi al problema e apre la strada a nuovi modelli che sembrano riuscire a comprendere pienamente la complessità del fenomeno e a rendere conto della sua multidimensionalità al di là delle dichiarazioni di principio.

Infatti nonostante sembri essere data per scontata l'eziologia multifattoriale dell'alcolismo, di fatto intorno agli anni Ottanta si assiste, soprattutto in USA, ad un'ampia produzione di articoli e ricerche che danno vita ad una decennale controversia che si polarizza intorno alle posizioni di coloro che sostengono un approccio medico-biologico, incentrato sulla perdita di controllo sul bere e sulla conseguente necessità di orientare il trattamento verso la totale astinenza, e coloro che, basandosi su ricerche socio-psicologiche, attribuiscono più importanza a fattori ambientali e propongono trattamenti che possano ricondurre gli individui alla gestione di un bere controllato (Blane, 1990; Donald, 1990; Engs, 1990; Peele, 1984; Wallace, 1990).

Tra queste due posizioni estreme ci sono gli studi di coloro che, percependo la complessità del problema, propongono modelli che si spostano dall'alcolismo ai problemi alcolcorrelati, assumono più compiutamente un'ottica multifattoriale e propongono trattamenti integrati, orientandosi anche in maniera più decisa sul versante della prevenzione primaria e delle politiche governative (Kumpfer et al., 1990; Room, 1990).

Per esempio *il modello biopsicosociale*, che ha rappresentato una risposta all'esigenza di una teoria che fosse più complessa, interazionale e contestuale del paradigma biomedico, è stato applicato anche al campo dei problemi connessi all'uso di alcol e di altre droghe. Questo approccio si basa su un'ottica sistemica i cui principi sono: 1) la causalità è multi direzionale, multicausale, probabilistica; 2) cambiamenti in un aspetto dei sistemi persona-persona o persona-ambiente possono riverberarsi in tutto il sistema; 3) tra la persona e l'ambiente avvengono transazioni reciproche; 4) la persona è influenzata dagli eventi futuri ed è orientata ad uno scopo; 5) le persone non si muovono sempre verso uno stato ideale ma possono essere anche distruttive; 6) per essere capita una persona deve essere studiata in relazione con il suo contesto particolare inclusi i fattori storici, correnti e futuri; dovrebbero essere analizzati anche gli avvenimenti particolari e il loro significato per quella persona; 7) i tentativi di misurare il sistema persona-ambiente modificano il sistema; 8) se da una parte può essere necessaria la grande sintesi di una teoria generale devono essere considerate anche le molte eccezioni basate sulla complessità del sistema (Kumpfer et al., 1990).

Anche il *Public Health Model* propone una visione integrata. Il modello concettualizza i problemi di salute come un'interazione tra tre fattori: 1) l'agente (l'etanolo con le sue proprietà biochimiche e i conseguenti effetti sull'organismo); 2) l'ospite (l'individuo con le sue caratteristiche biologiche, psicologiche e sociali) e 3) l'ambiente (i fattori sociali, culturali, politici, economici che influenzano l'uso di alcol). Il Public Health Model ritiene comunque che l'alcol sia una sostanza pericolosa e che il suo uso in qualsiasi quantità possa portare dei problemi (Hester e Sheeby, 1990).

Tra i modelli che sottolineano un'eziologia multifattoriale in Italia emerge, come esperienza particolarmente importante, *l'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi* del Professor Vladimir Hudolin, uno psichiatra di Zagabria che fin dagli anni 40 si era occupato di problemi legati all'uso di alcol fino a diventare un esperto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla materia.

Una differenza tra l'approccio di Hudolin e altre teorizzazioni che pure propongono modelli multifattoriali, è che il Professore ha fin dall'inizio investito sul "fare" e ha creato un sistema di trattamento "sostenibile", efficace e a bassissimo costo, replicabile e implementabile in culture diverse tanto che oggi è presente in 37 paesi del mondo.

Hudolin, già nel 1964 aveva istituito presso l'ospedale universitario Mladen Stojanovic di Zagabria, dove era direttore della Clinica di neurologia, psichiatria, alcologia ed altre dipendenze, un reparto per alcolisti e, sulla base delle esperienze che aveva avuto con la comunità terapeutica di Maxwell Jones e i club socioterapici di Joshua Bierer oltre che dalla conoscenza dei gruppi degli AA, organizzò sul territorio della città dei gruppi con i pazienti dimessi dall'ospedale e le loro famiglie. Hudolin chiamò questi gruppi Club degli Alcolisti in Trattamento e via via questi si diffusero capillarmente sul territorio della ex Jugoslavia.

All'inizio Hudolin adottava il modello secondo cui l'alcolismo è visto come una malattia ma aveva già una percezione dei diversi aspetti coinvolti in tale "malattia" e una visione globale della salute come "benessere fisico, psichico e sociale" tanto che definiva il suo modello come *approccio psico-medico-sociale*.

Fin dal primo diffondersi della Teoria Generale dei Sistemi, proposta negli anni Quaranta da Ludvig von Bertalanffy, Hudolin aveva intravisto la possibilità di impostare un programma per i problemi alcolcorrelati basato sui principi di tale teoria. Negli anni Settanta infatti egli invitò William Gray, uno dei fondatori della Associazione per la ricerca e la promozione della teoria dei sistemi, a tenere una serie di seminari a Zagabria (Lazic, 2000).

La profonda consapevolezza della complessità del problema, acquisita oltre che nei suoi studi nel lavoro pratico con gli alcolisti, lo ha portato negli anni a sviluppare la sua teoria incorporando sempre più aspetti dell'ottica sistemica e del lavoro di rete.

Importante è stato anche l'incontro con i servizi socio-sanitari italiani nel 1979 quando il Prof. Hudolin ha introdotto il suo metodo nel nostro paese. In Italia Hudolin ha infatti trovato una situazione "vergine" in campo alcologico ma piena di energie stimolate dalle discussioni intorno alla riforma del sistema sanitario e in particolare della legge 180 sull'abolizione dei manicomi che, fino ad allora, avevano accolto la maggior parte delle domande di trattamento per alcolismo (Folgheraiter, 2000).

All'inizio degli anni Novanta Hudolin iniziò a definire il suo modello come "ecologico o verde" e poco dopo coniò il nome di *approccio ecologico-sociale* introducendo con la parola *ecologico* un esplicito riferimento all'ottica sistemica.

In questa revisione della teoria, l'alcolismo viene visto in maniera diversa alle precedenti teorizzazioni: il termine stesso di alcolismo lasciò il posto al termine problemi alcolcorrelati e soprattutto cessò di essere visto come una malattia dell'individuo ma venne inquadrato come un comportamento e, come tale, influenzato da infiniti fattori di natura interna ed esterna all'individuo tra i quali la cultura riveste particolare importanza. In questo senso l'approccio di Hudolin può essere inquadrato tra gli approcci socio-culturali.

Una caratteristica importante dell'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi risiede nel fatto che la teoria di Hudolin è permeata da una profonda comprensione sistemica dei fenomeni umani, che orienta lo sguardo al maggior numero di aspetti che è possibile includere, coniugata alla consapevolezza che l'osservatore stesso è parte di ciò che sta guardando. Nonostante la difficoltà a tradurre in un lavoro concreto gli assunti provenienti dalla comprensione della complessità del problema, l'approccio di Hudolin è

permeato da una tensione pragmatica che di fatto mette al centro dell'attenzione le persone reali che soffrono a causa dell'alcol e che vivono in comunità dove è spesso presente una sofferenza antropospirituale.

Nella pratica questo si traduce in una costante interazione tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria. L'approccio di Hudolin parte infatti dalla famiglia come sistema minimo sul quale intervenire e si rivolge non solo alle famiglie che hanno problemi dovuti all'alcol ma anche alle famiglie che non li hanno e a tutte le istituzioni pubbliche e private delle comunità dove le persone vivono, in particolare alle istituzioni sanitarie. L'ottica è quella di mettere in rete tutti coloro che si occupano di problemi alcolcorrelati e di far sì che sempre più persone/istituzioni se ne interessino, rendendo le comunità sempre più responsabili e competenti nei confronti della propria salute (Cecchi, 2000). Lo scopo finale è il cambiamento della cultura generale e sanitaria, cultura che per Hudolin è il fattore che più di ogni altro determina l'esistenza dei problemi alcolcorrelati.

Secondo Room et al. (2005), nonostante le nuove conoscenze acquisite dalle scienze, i problemi alcolcorrelati continuano ad essere una tra le sfide maggiori per la salute pubblica. Per gli autori questo dipende anche dal fatto che gli approcci di salute pubblica di comunità sono stati trascurati a favore di approcci orientati agli individui che tendono ad essere più palliativi che preventivi.

2. L'APPROCCIO ECOLOGICO-SOCIALE AI PROBLEMI ALCOLCORRELATI E COMPLESSI DI VLADIMIR HUDOLIN

2.1 Introduzione

Come descritto nel primo capitolo, un'esperienza importante che si è sviluppata nel nostro Paese è l'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi del professor Vladimir Hudolin.

La peculiarità di tale approccio risiede nel fatto che, aderendo in maniera profonda ad una visione sistemica della vita, riesce a comprendere i molteplici livelli dei problemi alcolcorrelati.

È stato scritto che l'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi può essere considerato come:

1. un modello epistemologico;
2. una tecnica di trattamento;
3. una "filosofia di vita".

(Guidoni e Tilli, 2003)

Come dire che mette insieme teoria, pratica e spiritualità cercando di abbracciare in questo modo la complessità del fenomeno.

In particolare il punto 2 non solo prevede una tecnica di trattamento ma pone in relazione tutti e tre i livelli di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) e si concretizza nella metodologia dei Club degli Alcolisti in Trattamento.

2.2 Modello epistemologico

Hudolin considera l'alcolismo come un comportamento, uno stile di vita e, come tale, determinato da molteplici fattori di natura biologica, psicologica e sociale. Invece di alcolismo preferisce usare il termine problemi alcolcorrelati.

Il problema alcolcorrelato viene considerato come un disturbo nei sistemi ecologico-sociali nei quali l'uomo è inserito. Soprattutto viene sottolineato che i problemi alcolcorrelati sono legati alla cultura del bere presente nelle nostre comunità e che una loro prevenzione e un miglioramento dello stile di vita legato al bere non possa prescindere da un cambiamento della cultura sanitaria e generale della comunità (Hudolin, 1997). Fritjof Capra ha scritto: "la cultura è incarnata nello stile di vita delle persone con una pervasività tale che, normalmente, tendiamo a non rendercene neppure conto" (Capra, 2002; trad. it. 2002 p: 39) .

La teoria ecologico-sociale aderisce all'approccio sistemico (Hudolin, 1990, 1991, 1997; Ceccutti 1990; Sforzina, 1990), approccio che, secondo De Leo e Patrizi (1992), ha storicamente contribuito all'epistemologia della complessità. "Con la teoria sistemica, il comportamento problematico, dalla devianza psichiatrica alla tossicomania, viene reinserito all'interno del contesto in cui si esprime e di cui a qualche livello di realtà è

espressione. Non più attributo del singolo, della sua mente o di patologie organiche, il comportamento 'negativo' viene riletto come un disagio del sistema cui l'individuo appartiene, come comportamento significato e significante se riferito a quel sistema di interazioni." (De Leo e Patrizi, 1992, pp: 88-89). Così abbiamo la valorizzazione del contesto come sottosistema ecologico di cui ogni comportamento è parte ed è da esso definito.

Per Hudolin è la "comunità", cioè l'ambiente dove l'uomo vive e lavora, il sistema di cui l'alcolismo è espressione sotto forma di stile di vita a cui la comunità stessa dà significato (Hudolin, 1991, 1997). La famiglia rappresenta un sottosistema fondamentale del sistema comunità che si configura, di fatto, come una comunità di famiglie. L'approccio familiare è quindi ritenuto essere l'"approccio minimo" indispensabile per affrontare il problema (Noventa, 1993).

Secondo Sforzina, l'integrazione di alcuni dei principi del lavoro di gruppo, dell'approccio familiare e della comunità terapeutica in una cornice sistemica, rappresenta una delle grandi innovazioni apportata dal Prof. Hudolin alla comprensione e al trattamento dei problemi alcolcorrelati (Sforzina, 1990).

Hudolin sostiene che l'approccio ecologico-sociale, sebbene nato in relazione ai problemi alcolcorrelati e complessi, può essere applicato, con minime modifiche, a tutte le altre sofferenze comportamentali e alle loro varie combinazioni (Hudolin, 1997).

2.3 Tecnica di trattamento

Se l'alcolismo è uno stile di vita, il trattamento dei problemi alcolcorrelati e complessi non è identificabile con la cura in senso tradizionale, sia perché la persona che presenta tali problemi non è un malato, sia perché è un artificio distinguere tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Infatti, coerentemente con una visione circolare e sistemica, qualsiasi cambiamento che si verifichi ad un livello avrà ripercussioni anche sugli altri. Perciò i programmi per il controllo dei problemi alcolcorrelati secondo la teoria ecologico-sociale prevedono interventi rivolti a tutti i livelli di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria ma anche livello individuale, familiare e comunitario) e si considerano parte della più vasta azione di promozione e protezione della salute (Hudolin, 1991). "L'approccio ecologico-sociale si muove in varie direzioni all'interno della comunità per favorire la riappropriazione da parte dell'individuo della propria salute, aumentando in lui le possibilità di gestire al meglio la complessità sociale" (Borsellino, 1998, p:118).

Fine ultimo del trattamento è ottenere un cambiamento dello stile di vita delle persone e un cambiamento della cultura della comunità verso l'assunzione di responsabilità per la propria e l'altrui salute.

Hudolin, in base alla sua esperienza, ipotizza che quando l'1% delle persone che vivono in una comunità locale sono coinvolte nel processo di cambiamento dello stile di vita, questo promuova un lento cambiamento nella cultura della comunità stessa (Hudolin, 1991).

Le persone con problemi alcolcorrelati e le loro famiglie entrano a far parte dei Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT).

I Club degli Alcolisti in Trattamento (da ora in poi anche semplicemente Club) sono dei gruppi che si riuniscono una volta la settimana per un'ora e mezzo in una sede messa a disposizione solitamente in un luogo

di consueta aggregazione sociale (circoli, parrocchie, ecc.). A questi incontri partecipano da 2 a 12 famiglie con problemi alcolcorrelati ed un operatore.

Nel linguaggio dell'approccio ecologico-sociale l'operatore è chiamato "servitore-insegnante" e i gruppi sono definiti "comunità multifamiliari".

Il servitore-insegnante è una persona motivata ad occuparsi dei problemi alcolcorrelati presenti nella sua comunità, ha ricevuto una formazione di base di cinquanta ore (Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi – Metodologia Hudolin) e regolarmente si aggiorna su argomenti legati all'alcol e al lavoro dei Club.

Il servitore-insegnante ha la funzione di catalizzare il cambiamento dello stile di vita, favorendo, durante le sedute del Club, un'atmosfera emozionale positiva che crei la possibilità di comunicare e interagire tra tutti i partecipanti.

Il nome "servitore-insegnante", introdotto da Hudolin nel 1996, rappresenta l'esito, al momento ultimo, di un percorso di cambiamento della terminologia che segue lo sviluppo dell'approccio-ecologico sociale dal 1964 ad oggi e le conseguenti modificazioni avvenute nel lavoro dei Club. Infatti, lo sviluppo del pensiero di Hudolin è quanto mai dinamico e complesso in quanto segue le evoluzioni avvenute nel modo scientifico di concetti fondamentali come, per esempio, quello di salute e si aggiorna continuamente non solo in seguito alle novità introdotte dalle scienze ma anche in base ai cambiamenti socio-culturali e all'esperienza pratica nel lavoro dei Club.

In questa sede ci basti dire che nel 1964, al momento della nascita dei Club quando l'approccio era definito psico-medico-sociale e veniva ancora seguito il modello medico dell'alcolismo, la persona che operava nel Club era definita "terapeuta"; nel 1985, quando l'alcolismo venne concettualizzato come uno stile di vita, il terapeuta perse la sua connotazione medica e fu definito "operatore"; nel 1993, ampliando la riflessione sulla solidarietà e l'interdipendenza e sull'etica del lavoro nel campo dei servizi socio-sanitari, il professore propose il termine di "servitore" nel senso di "una persona che si mette al servizio degli altri" (Hudolin, 2002) e poco tempo dopo, nel 1996, aggiunse alla parola "servitore" quella di "insegnante" in quanto il servitore-insegnante svolge la sua attività anche nei programmi di formazione e aggiornamento dell'approccio ecologico-sociale (Hudolin, 1998; Guidoni e Vagelli, 2001).

La definizione "comunità multifamiliare" con la quale ci si riferisce ai Club degli Alcolisti in Trattamento vuole sottolineare il fatto che i Club non sono dei gruppi isolati dal resto della comunità, così come non sono dei gruppi di lavoro che si sciolgono quando viene raggiunto un determinato obiettivo.

Il Club non è un'associazione chiusa, anonima, ma è inserito nella comunità locale e si adopera per la prevenzione e il trattamento dei problemi alcolcorrelati e complessi, intendendo con questo i problemi dovuti al bere e gli altri aspetti della sofferenza umana, quali l'uso di altre droghe, persone senza dimora, problemi psichiatrici, ecc., che spesso sono associati all'uso di bevande alcoliche (Hudolin, 1994). I Club si sono mostrati capaci di affrontare le problematiche complesse attivando la collaborazione con le risorse specifiche per i diversi problemi presenti sul territorio (Ser.T., Salute Mentale, Servizi Sociali, ecc.) e sviluppando dei criteri che permettessero l'accoglienza delle famiglie con problemi complessi senza tuttavia snaturare il lavoro del Club. Un criterio importante è quello che indica in un massimo di circa il 20% il numero di famiglie con problemi

complessi che possono essere inserite in un Club. Questo criterio è importante sia perché permette di non aumentare in maniera eccessiva la problematicità del sistema sia perché consente alla popolazione dei Club di mantenersi simile alla popolazione della comunità in cui sono inseriti.

I Club cercano infatti di riprodurre al loro interno la comunità nella quale le famiglie vivono. Il Club è aperto a persone che bevono e persone che non bevono, anziani e bambini, uomini e donne, rappresentanti dei diversi ceti sociali, credi religiosi, opinioni politiche: persone con i più svariati problemi e risorse.

Una peculiarità del Club è che le persone, al momento che ne divengono membri, si impegnano a cercare di non bere, a non fare uso di altre sostanze psicoattive e a cercare di modificare il loro stile di vita verso una ricerca di comportamenti che promuovano la salute. Salute intesa come benessere fisico-psichico-sociale. Questo implica che non è sufficiente interrompere il comportamento del bere (livello fisico-individuale) ma è anche necessario cercare di migliorare le relazioni nella propria famiglia (livello psichico-relazionale) e ancora questo non basta perché è anche necessario proporsi un cambiamento nelle relazioni tra la famiglia e le altre famiglie e tra loro e la comunità fuori dal Club (livello sociale).

E' importante che il cambiamento del comportamento e dello stile di vita delle famiglie avvenga, oltre che nel Club, entro la comunità locale dove le persone vivono e lavorano, pena l'alienazione delle famiglie e dello stesso Club dalla comunità (Hudolin, 1994). Il Club, quindi, si propone di essere quanto più possibile legato e simile alla multidimensionalità della vita quotidiana della comunità nella quale è inserito, e tutto il sistema del quale la persona con problemi alcolcorrelati fa parte deve entrare nel trattamento, considerando il cosiddetto alcolista e la sua famiglia non come malati alienati dalla società, ma come parti integranti di essa (Hudolin et al., 1992).

L'obiettivo del lavoro del Club non è semplicemente l'astinenza dalle bevande alcoliche ma un cambiamento della cultura della comunità non solo nella rappresentazione sociale dell'alcol e dei problemi alcolcorrelati ma in tutti i comportamenti correlati alla salute: pace, giustizia sociale, solidarietà, ecc.

Forse questo può apparire un obiettivo utopistico ma non lo è certo di più dell'obiettivo di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale». E come dice Carl Gustav Jung (1934) «il fatto di essere irraggiungibile non è mai un'obiezione valida per un ideale, perché gli ideali non sono altro che guide e mai mete».

Nella teoria di Hudolin la salute non è concettualizzata come un qualcosa raggiungibile una volta per tutte ma è un concetto dinamico e multideterminato, contemporaneamente individuale e sociale e continuamente migliorabile.

Per questo la frequenza al Club non prevede un termine: quando una persona entra in un Club ne è membro per sempre e, se vuole, per sempre impegnato nel miglioramento della salute propria, della propria famiglia e della propria comunità.

Il primo compito dei Club è quello di offrire alle famiglie un'occasione per trovarsi ed affrontare insieme le difficoltà relative ai propri problemi alcolcorrelati, tuttavia se il Club è parte della comunità contribuirà con la sua presenza al cambiamento della cultura sanitaria e generale della comunità, aiutando a migliorare la qualità della vita, attraverso la creazione di una rete di solidarietà, attraverso l'amicizia e l'amore.

2.4 Una filosofia di vita

Agli inizi degli anni '90 il Prof. Hudolin ha introdotto il concetto di "spiritualità antropologica", da lui definito come "la cultura sociale umana basata sui valori che l'uomo ha da sempre posseduto come un codice interno di regole di comportamento" (Hudolin, 1994, p:81). La spiritualità antropologica, coerentemente con una visione sistemica, è vista come parte dell'ecosistema umano e cambia con il cambiare di questo.

Secondo il Prof. Hudolin questo momento storico è caratterizzato da una crisi della spiritualità antropologica a livello planetario.

I Club degli Alcolisti in Trattamento si basano sulla solidarietà, sull'amicizia, sull'amore, sulla ricerca della pace e della convivenza e sulla necessità di cambiamento della cultura sanitaria e generale e, quindi, della spiritualità antropologica. Per questo raggiungere l'astinenza dal bere è considerata solo una tappa intermedia di un percorso verso l'elaborazione di una "filosofia di vita" incentrata sui valori della solidarietà, amicizia, amore, pace, giustizia sociale, l'impegno per i diritti umani fondamentali, sull'accettazione della diversità. In questo modo i programmi alcolologici territoriali entrano a far parte di una vasta azione di protezione e promozione della salute (e, quindi, della vita) e dei valori spirituali specifici della specie umana (Hudolin, 1994).

Secondo Maturana e Varela (1984) patrimonio esclusivo dell'essere umano, tramite il linguaggio, è la riflessione. La riflessione permette di trascendere ad una prospettiva più ampia dalla quale ci si rende conto che, come essere umani, abbiamo solo il mondo che creiamo insieme con gli altri. A questo livello, secondo gli autori, ci si arriva spesso attraverso l'amore, da loro definito come «l'accettazione dell'altro da parte di qualcuno nella convivenza» (corsivo degli autori). Per Maturana e Varela l'amore è «il fondamento biologico del fenomeno sociale: senza amore, senza accettazione dell'altro da parte di ciascuno, non c'è socializzazione, e senza socializzazione non c'è umanità. Qualunque cosa che distrugga o limiti l'accettazione dell'altro da parte di qualcuno [...] distrugge o limita [...] l'essere umano» (Maturana e Varela, 1984; trad.it. 1987, pp: 197-198).

Partecipare ai Club, e in generale lavorare seguendo questo approccio, comporta quindi, un «cambiamento individuale con l'acquisizione di una specifica "filosofia di vita". Infatti, poiché in base a questo approccio ognuno di noi è parte integrante dell'"ecosistema" che esprime la sofferenza "multidimensionale", nessuno, nemmeno il professionista, può avanzare pretese di controllo, cura, gestione, o quant'altro dei vari problemi e, proprio per lo stesso motivo, nemmeno nessuno se ne può chiamare fuori. Unica possibilità che resta ad ognuno, sia professionista che non, è quindi quella di porsi "al servizio" di questo "ecosistema umano-planetario" (di qui anche la trasformazione del termine "operatore" in quella di "servitore"), perché è solo mettendoci al servizio di questo nostro mondo che noi potremo migliorarne la vita, che è anche la nostra» (Guidoni, 1996, p: 107). Questo vuol dire che, operare secondo l'approccio ecologico-sociale non significa soltanto prendersi cura delle persone con problemi alcolcorrelati e delle loro famiglie, ma implica una profonda esperienza personale, che comporta l'adozione di una nuova "filosofia di vita".

2.5 L'approccio ecologico-sociale e la psicologia di comunità

L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi fu introdotto in Italia nel 1979 in Friuli Venezia Giulia e in circa quindici anni raggiunse tutte le regioni del paese.

E' interessante notare che in Italia negli stessi anni si stava diffondendo la psicologia di comunità (introdotta nel nostro paese nel 1977 dal volume *Psicologia di comunità* di Donata Francescato) caratterizzata anch'essa da un orientamento sistemico-ecologico, dall'interesse rivolto alle persone considerate nel contesto dei loro ambienti e dall'uso delle conoscenze in funzione del miglioramento della qualità della vita della popolazione (Francescato e Ghirelli, 1988; Zani, 1996).

Moltissime sono le affinità tra gli assunti dell'approccio ecologico-sociale di Hudolin e i principi su cui si basa la psicologia di comunità a partire dal paradigma ecologico, nelle sue diverse formulazioni (Kelly, 1966; Barker, 1968; Bronfenbrenner, 1979).

Secondo la prospettiva ecologica il comportamento delle persone è visto in relazione all'adattamento delle persone alle risorse del loro ambiente e alle circostanze di vita. Viene incoraggiata la ricerca di risorse più che porre l'enfasi sulla patologia individuale. Le soluzioni dei problemi di salute, visti in questa ottica, non sono attribuite unicamente ai professionisti ma si basano anche sulle istituzioni non professionali come il volontariato, i gruppi di auto-mutuo-aiuto, ecc.

il principio generale alla base degli approcci di comunità sostiene che i sistemi sociali giocano un ruolo cruciale nell'influenzare il comportamento degli individui, che non può essere studiato separatamente dal contesto sociale in cui si manifesta.

L'approccio di comunità si identifica nel privilegiare la prevenzione rispetto alla terapia, nel lavorare insieme ai membri della comunità incoraggiandone la partecipazione, nell'operare nel territorio considerandolo un sistema complesso (Zani e Polmonari, 1996).

L'obiettivo principale e generale della psicologia di comunità è quello di migliorare la qualità della vita. Questo obiettivo in termini più concreti significa sviluppare capacità e risorse delle persone e della comunità nel suo insieme. Per realizzare questo è necessaria la partecipazione di tutti perché il benessere, in un'ottica sistemica ed ecologica, è una responsabilità dell'intera comunità.

Tra gli altri argomenti, la psicologia di comunità si occupa del sostegno sociale data la sua importanza per la qualità della vita. Il sostegno sociale è definibile come «il supporto emotivo, informativo, interpersonale e materiale che è possibile ricevere e scambiare nelle reti sociali» (Francescato e Ghirelli, 1988, p:176). In base alla fonte da cui proviene il sostegno è possibile distinguere due principali sistemi supportivi: il sistema informale, che comprende la rete delle relazioni familiari, amicali, ecc. e altre aggregazioni spontanee di vario tipo, e il sistema formale che è composto dalle istituzioni e dai professionisti che operano nell'ambito della cura, riabilitazione e prevenzione.

A livello di intervento, l'indicazione che viene data per il miglioramento dell'efficienza del sistema di sostegno è la collaborazione intersistemica tra i sistemi formali e informali (Francescato e Ghirelli, 1988; Zani e Polmonari, 1996).

È utile pensare ai sistemi di sostegno come ad una rete di risorse alla quale le persone possono avere più o meno accesso.

La comunità stessa può essere vista come una rete di sistemi sociali interdipendenti tra di loro (Murrell, 1973). Interessante a questo proposito è la concezione ecologica di Urie Bronfenbrenner (1979) che, sebbene elaborata in relazione allo sviluppo infantile, apre anche a considerazioni più generali.

Rispetto alle precedenti proposte teoriche di stampo ecologico che consideravano soprattutto l'influenza dell'ambiente prossimale, del contesto immediato sulla persona (Lewin, 1951; Barker 1968), Bronfenbrenner estende il concetto di ambiente e lo considera come una serie di sistemi concentrici:

- il microsistema è l'ambiente di cui la persona ha esperienza diretta (casa, scuola, lavoro, amici, ecc.) e comprende sia le caratteristiche delle persone e degli oggetti con i quali l'individuo interagisce sia il modo in cui queste sono percepite dall'individuo;
- il mesosistema è un sistema di microsistemi, cioè comprende le connessioni di più contesti ai quali l'individuo partecipa in modo attivo (per esempio le relazioni tra casa e scuola, famiglia e amici, ecc.);
- l'esosistema comprende alcuni contesti ai quali l'individuo non partecipa direttamente ma dove avvengono eventi che influenzano i microsistemi dell'individuo (per esempio, per un bambino piccolo eventi nell'ambiente di lavoro della madre possono avere un impatto sulla relazione madre-figlio);
- infine il macrosistema rappresenta il contesto sovrastrutturale che condiziona tutti gli altri sistemi e comprende: culture, sottoculture, valori, credenze, norme, ideologie, economia, politica, ecc. (Bronfenbrenner, 1979).

Secondo Zani (1996), la visione di Urie Bronfenbrenner del rapporto uomo-ambiente, che recupera nell'ambito dell'approccio ecologico la prospettiva sistemica, propone una concezione di ambiente sociale interattiva e olistica che comprende, oltre alle caratteristiche esterne dell'ambiente, anche la soggettività delle persone che contribuisce a definire a sua volta i contesti con cui interagisce.

Una visione sistemica porta naturalmente anche a vedere l'eziologia dei problemi come conseguenza di molti fattori; nell'ambito della psicologia di comunità si pensa, infatti, in termini di causalità multifattoriale e quindi di fattori di rischio piuttosto che di una singola causa (Francescano e Ghirelli, 1988).

Una visione sistemica ed ecologica della comunità prevede anche che gli interventi debbano essere indirizzati a più livelli: dall'individuo al macrosistema.

L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi di Hudolin si inserisce a pieno titolo nella psicologia di comunità perché condivide con essa sia i principi di base (sistemici ed ecologici), sia la visione eziologica multifattoriale, sia la filosofia dell'intervento che si rivolge a più livelli: il professor Hudolin aveva ben chiara la complessità del lavoro necessario per influire veramente sulla qualità della vita delle persone.

Secondo Hudolin (1997) un programma per i problemi alcolcorrelati deve «garantire una facile accessibilità del trattamento alle famiglie e agli operatori, deve dare dei risultati accettabili, deve infine offrire un modello organizzativo di una rete territoriale per i punti di appoggio per la protezione e promozione della salute, includendo la prevenzione primaria» (Hudolin, 1997, p:18).

Secondo il Professore questo può essere realizzato attraverso i programmi alcolologici territoriali basati sui Club degli Alcolisti in Trattamento e sulla collaborazione tra i Club e gli altri sistemi di sostegno, informali e formali, in modo da creare una fitta rete di risorse per il benessere delle nostre comunità.

Secondo Folgheraiter è proprio all'interno della relazione che è intercorsa tra Hudolin e il sistema di welfare italiano che è maturata nel professore l'idea di rete come intreccio tra formale e informale (Folgheraiter, 2000).

Le "reti alcoliche" che si sono create in questi anni di attività dei Club hanno permesso di estendere gli interventi in sempre più direzioni soprattutto dove c'è stata una significativa e produttiva collaborazione tra i Club e i servizi sanitari pubblici.

Bibliografia

- Abraham K., *Ricerche sul primissimo stadio orale della libido*, 1916.
- Barcucci P., L'epistemologia dell'alcolismo e i modelli di trattamento dei problemi alcolcorrelati, in *Caleidoscopio Italiano*, 114, Ruggenini Moiraghi A., Gerbi V., Ceccanti M. e Barcucci P., (a cura di) *Alcol e problemi correlati*, Genova, Medical Systems, 1997, <http://medicalsistemas.editoria.com/caleidoscopio/114_ruggenini/114_ruggenini.epistemol.html> (13/12/1999).
- Barker R., *Ecological Psychology: Concepts and methods for Studying the Environment of Human Behavior*, Stanford Calif., Stanford University Press, 1968.
- Barnes G.E., The alcoholic personality: A reanalysis of the literature, *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 1979, pp. 571-634.
- Bateson G., Jackson D.D., Haley J. & Weakland J.H., Toward a Theory of Schizophrenia, *Behavioral Science*, 1, 1956, pp.251-264. ristampato in Bateson G., *Steps to an Ecology of Mind*, San Francisco, Chandler, 1972, (trad. it. *Verso una teoria della schizofrenia* in *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi, 1976, pp. 245-274).
- Bennett B., Downing C., Parker C. & Johnson T.E., Mouse genetic models in alcohol research, *Trends in Genetics*, Volume 22, Issue 7, July 2006, pp. 367-374.
- Bertalanffy L., von, *General System Theory*, New York, Braziller, 1968 (trad. it. *Teoria generale dei sistemi*, Milano, Mondadori, 1971).
- Bertrando P. e Toffanetti D., *Storia della terapia familiare. Le persone, le idee*, Milano, Raffaello Cortina, 2000.
- Bickel W.K. & Kelly T.H., *The Relationship of Stimulus Control to the Treatment of Substance Abuse*, in Ray B.A. (editor), *Learning Factors in Substance Abuse*, NIDA Research Monograph 84, 1988, pp. 122-140.
- Blane H. T., *Environmental Basis for Alcoholic Disorders: Future Prospects*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. 39-47. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Borsellino P., Verso una epidemiologia complessa dei problemi alcol-correlati, in I programmi di formazione permanente in alcolologia, *I quaderni di Alcolismi & Comunità*, 0, 1998, pp. 115-120.
- Bronfenbrenner U., *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*, Cambridge Mass., Harvard University Press, 1979, (trad. it. *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino, 1986).
- Cahalan D. & Room R., *Problem drinking among American men*, New Brunswick, NJ, Rutgers Center of Alcohol Studies, 1974.
- Capra F., *The hidden connections*, 2002, (trad. it. *La scienza della vita*, Milano, Rizzoli, 2002).
- Cecchi S., *Gli aspetti pratici del lavoro di Hudolin nei problemi sociali*, in Corlito G., Santioli L. (a cura di), *Vladimir Hudolin. Psichiatria sociale ed alcolologia: un pensiero vivo per il nuovo millennio*, Erikson, 2000, pp. 123-136.

- Ceccutti L., *L'operatore del Club nel programma complesso di trattamento ai problemi alcolcorrelati del Prof. Vi. Hudolin*, in Hudolin Vi., Accettulli A., Brentel E., Ticali S., *Verso un nuovo stile di vita con i Club degli Alcolisti in Trattamento*, Trieste, Editre, 1990, pp. 367-399.
- Cloninger C.R., Bohman M., Sigvarsson S., Inheritance of Alcohol Abuse: Cross-Fostering analysis of adopted men, *Archives of General Psychiatry*, 38, 1981, pp.861-868.
- Crowley T.J., *Learning and Unlearning Drug Abuse in the Real World: Clinical Treatment and Public Policy*, in Ray B.A. (editor), *Learning Factors in Substance Abuse*, NIDA Research Monograph 84, 1988, pp. 100-121.
- De Leo G. e Patrizi P., *La spiegazione del crimine*, Bologna, Il Mulino, 1992.
- Devoto A., *Lo Yoghurt nel Lago*, Firenze, Interistituzione, 1986.
- Donald W. G., *Evidence for a Genetic Factor in Alcoholism*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Engs R. C., *Introduction*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. vi-viii. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Fingarette H., *Why We Should Reject the Disease Concept of Alcoholism*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. 48-54. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Folgheraiter F., *Il contributo di Hudolin allo sviluppo del lavoro di rete*, in Corlito G., Santioli L. (a cura di), *Vladimir Hudolin. Psichiatria sociale ed alcolologia: un pensiero vivo per il nuovo millennio*, Erikson, 2000, pp. 117-121.
- Francescato D. e Ghirelli G., *Fondamenti di psicologia di comunità*, Roma, La NuovaItalia Scientifica, 1988.
- Francescato D., *Approccio di comunità e gruppo di auto aiuto*, in Cecchi M. (a cura di), *La metodica dell'auto-aiuto nelle dipendenze e nella multidimensionalità del disagio*, Firenze, 2005, p: 135-142.
- Freud S., *Tre saggi sulla teoria sessuale*, 1905 (trad it. Torino, Bollati Boringhieri, 1975).
- Freud S., *Il disagio della civiltà*, 1929, (trad it. in Freud S., *Opere vol.10 Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti. 1924-1929*, Torino, Bollati Boringhieri, 1978)
- Gemma S., Vichi S. & Testai E., Individual susceptibility and alcohol effects: biochemical and genetic aspects, *Annali Istituto Superiore di Sanità*, 42(1), 2006, pp. 8-16.
- Girosi S., *Cenni sull'abuso di sostanze*, in Lingiardi V. (a cura di), *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*, Milano, Il Saggiatore, 2004, pp. 296-300.
- Goodwin D.W., *Evidence for a Genetic Factor in Alcoholism*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. 10-16. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Granati O., *Aspetti medici e psicosociali del trattamento dell'alcolismo cronico. Considerazioni su un'esperienza nell'area fiorentina*, Tesi di Laurea, Università degli Studi di Firenze, Facoltà di Medicina e Chirurgia, 1985.
- Guidoni G., *L'approccio ecologico-sociale e la psichiatria*, in Atti IV Congresso Nazionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento, *La gioia di vivere*, Trento, Centro Studi e Documentazioni sui Problemi Alcolcorrelati, 1996, pp.105-107.
- Guidoni G. e Vaggelli M.G., *Il servitore-insegnante nel sistema ecologico-sociale*, in Hudolin Vi., Gosparini P., Guidoni G., Kohl N., Kolstad H., Marcomini F., Piani F., Pitacco G., Sforzina M. (a cura di), *Club degli Alcolisti in Trattamento. Manuale per il lavoro nei Club degli Alcolisti in Trattamento (approccio ecologico-sociale)*, 2001, pp. 153-154.
- Guidoni G. e Tilli A., *L'approccio ecologico-sociale di Vladimir Hudolin: una nuova epistemologia per i problemi alcolcorrelati*, in *Alcolologia*, 15(1-2-3), 2003, pp. 37-46.
- Hathaway S.R., McKinley J.C., *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Manuale*, 1989 (Adattamento italiano di P.Pancheri e S.Sirigatti), Firenze, Organizzazioni Speciali, 1995
- Heather N., Oltre l'alcolismo: recenti prospettive sulla dipendenza e sulle problematiche da alcolismo, *Personalità/Dipendenze*, 5(3), 1999, pp. 5-19. < <http://www.pol-it.org/ital/riviste/personalità/heat.htm>> (13/07/2006)

- Hester R. K. e Sheeby N., *The Grand Unification Theory of Alcohol Abuse: It's Time to Stop Fighting Each Other and Start Working Together*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. 2-9. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Hudolin V., *Aspetti contemporanei dell'alcolologia e dieci anni di attività alcolologica a Trieste*, in Hudolin V., Accettulli A., Brentel E., Ticali S., *Verso un nuovo stile di vita con i Club degli Alcolisti in Trattamento*, Trieste, Editre, 1990, pp. 39-106.
- Hudolin V., *Manuale di alcolologia*, seconda edizione, Trento, Erickson, 1991.
- Hudolin V., Geppini G., Zenon L., *Verso un concetto ecologico di salute*, Trento, Erickson, 1992.
- Hudolin V., *Introduzione*, in Antonini G., Fedele F., Filippin N., Manera R., Milani L., Novello L., Rampin N., *L'attività alcolologica territoriale*, Castelfranco Veneto (TV), Noumen, 1993, pp. 7-84.
- Hudolin V., *La riabilitazione delle famiglie con problemi alcolcorrelati e complessi*, in Hudolin V. e Corlito G. (a cura di), *Psichiatria, Alcolologia, Riabilitazione*, Trento, Erickson, 1997, pp. 13-26.
- Hudolin V., *Atti Corso di aggiornamento dei servitori-insegnanti nel sistema ecologico-sociale*, Trieste 31 maggio- 1 e 2 giugno 1996, ACAT Trieste 1998.
- Hudolin V., *Terzo millennio, millennio di pace. Relazione al IV Congresso dei Club degli Alcolisti in Trattamento Salerno 1995*, in Sforzina M. (a cura di), *Camminando Insieme... a Vladimir Hudolin. La raccolta degli scritti di Vladimir Hudolin in Camminando Insieme fra il 1986 e il 1996*, Udine, Associazione per lo studio e la prevenzione delle dipendenze, 2002.
- Hudolin V., *La riabilitazione delle famiglie con problemi alcolcorrelati e complessi*, in Hudolin V. e Corlito G. (a cura di), *Psichiatria, Alcolologia, Riabilitazione*, Trento, Erickson, 1997, pp. 13-26.
- Huss M., *Alcoholismus Chronicus*, Stockholm, J.Beckmann, 1849.
- Kanthzian E.J., Treece C.J., *Psychodynamics of Drug Dependence: an Overview*, in Blaine J.D.; Julius D.A. (editors), *Psychodynamics of Drug Dependence*, NIDA Research Monograph n.12; May 1977, pp. 11-25.
- Kanthzian E.J., Halliday K.S., McAuliffe W.E., *Addiction and The Vulnerable Self: Modified Dynamic Group Therapy for Substancer Abusers*, New York, The Guilford Press, 1990, (trad. it. *La dipendenza e il Sé vulnerabile. La Terapia Dinamica di Gruppo Modificata per i Dipendenti da Sostanze*, Padova, Piccin, 1997).
- Kelly J., *Ecological Constraints on Mental Health Services*, in "American Psychologist", 21, pp. 535-539.
- Kohut H., *Preface*, in Blaine J.D. & Julius D.A. (editors), *Psychodinamics of Drug Abuse*, NIDA Research Monograph 12, May 1977, pp. vii-ix.
- Kranzler H.R., Anton R.F., *Implications of Recent Neuropsychopharmacologic Research for Understanding the Etiology and Development of Alcoholism*, in Marlatt G.A., VandenBos G.R. (editors), *Addictive Behaviors*, American Psychological Association, 1997, pp. 68-94.
- Kumpfer K. L., Trunnell E. P., Whiteside H. O., *The Biopsychological Model: Application to the Addiction Field*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. 55-67. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Jackson D.D. & Weakland J., *Conjoint family therapy: Some considerations on theory, techniques, and result*, *Psychiatry*, 24, 1961, pp.30-45, (trad. it. *Terapia della famiglia congiunte: alcune considerazioni di teoria tecnica e risultati*, in Haley J. (a cura di), *Fondamenti di terapia della famiglia*, Milano, Feltrinelli, 1980.
- Jellinek E., *The Disease Concept of Alcoholism*, New Haven, Hillhouse, 1960.
- Jung C.G., *Il divenire della personalità*, 1934 (trad. it. Torino, Bollati Boringhieri 1991 e 1998, Opere vol 17, cap.7 pg. 167)
- Jung J.C. e Namkoong K., *Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: Anticraving Medication for Relapse Prevention*, *Yonsei Medical Journal*, 47, 2, 2006, pp. 167-178.
- Lazic N., *L'opera di Vladimir Hudolin nella teoria dei sistemi*, in Corlito G., Santioli L. (a cura di), *Vladimir Hudolin. Psichiatria sociale ed alcolologia: un pensiero vivo per il nuovo millennio*, Erikson, 2000, pp. 81-86.
- Ledermann S., *Alcool, Alcoolism, Alcolisation (moralité, morbidité, accidents du travail)*, Presses Universitaire de France, 1964.
- Lejoyeux M., *Alcohol dependance, temper and personalità*, *Medicine Science (Paris), Dec; 20(12)*, 2004, pp. 1140-1144.

- Lerner W.D. & Raczynski J.M., *The Economic Shaping of Substance Abuse*, in Ray B.A. (editor), *Learning Factors in Substance Abuse*, NIDA Research Monograph 84, 1988, pp. 62-73.
- Levine H. G., The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America, in *Journal of Studies on Alcohol*, 15, 1979, pp. 493-506.
- Lewin K., *Field Theory in Social Science*, New York, Harper & Row, 1951 (trad. it. *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Bologna Il Mulino, 1972).
- Li T.L., Neurobiological and Genetic Basis for Alcoholism Based Upon Research in Animal Model, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. 17-24.
<<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Malka R., Fouquet P., Vachonfrance G., *Abrégé de alcoologie*, Paris, Masson, 1983, (trad. it. *Alcologia*, Milano, Masson, 1986).
- Mallach H. G., Hartmann H., Schmidt V., *Alkoholwirkung beim Menschen*, 1987, (trad. it. *Alcolismo e Alcologia*, Firenze, USES, 1988).
- Maturana H., Varela F., *El árbol del conocimiento*, 1994, (trad. it. *L'albero della conoscenza*, Milano, Garzanti, 1987).
- McClelland D.C., Davis W.N., Kalin R. & Wanner E., *The Drinking Man*, New York, Free Press, 1972.
- McCrary B.S., Zucker R.A., Molina B.S.G., Ammon L., Ames G.M., Longabaugh R., Social Environmental Influences on the Development and Resolution of Alcohol Problems, *Alcohol Clinical Experiment Research*, 30(4), April 2006, pp. 688-699.
- Minuchin S., *Families and Family Therapy*, Cambridge Mass., Harvard University Press, 1974, (trad. it. *Famiglie e terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio, 1981).
- Monti P.M., Rohsenow D.J., Abrams D.B., & Binkoff J.A., *Social Learning Approaches to Alcohol Relapse: Selected Illustrations and Implications*, in Ray B.A. (editor), *Learning Factors in Substance Abuse*, NIDA Research Monograph 84, 1988, pp. 141-160.
- Murrell S., *Community psychology and social systems: a conceptual framework and intervention guide*, Behavioral Publications, New York, 1973.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, The Genetics of Alcoholism, in *Alcohol Alert*, 60, July 2003.
<<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa60.htm>> (19/07/2006)
- Noventa A., *L'Operatore del Club degli Alcolisti in Trattamento e il processo di cambiamento*, in *Atti del Convegno, La famiglia, l'operatore, il club*, Trento, Erickson, 1993, pp. 36-39.
- Pavlov, I.P., in Anrep, G., (editor), *Conditioned reflexes*. London, Oxford University Press, 1927. pp. 34-35.
- Peele S., The Cultural Context of Psychological Approaches to Alcoholism. Can We Control the Effects of Alcohol? in *American psychologist*, 39, 1984, pp. 1337-1351. <<http://www.peele.net/lib/approach.html>> (22/06/2006)
- Peele S., *Personality and Alcoholism: Establishing the Link*, in Ward D.A. (Editor), *Alcoholism: Introduction to Theory and Treatment*, Dubuque IA, Kendall Hunt, 1990, pp. 147-156 <<http://www.peele.net/lib/personality.html>> (02/06/2006)
- Rado S., The psychoanalysis of pharmacothymia, *Psychoanalytic Quarterly*, 2:1-23, 1933.
- Ray B.A., *Preface*, in Ray B.A. (editor), *Learning Factors in Substance Abuse*, NIDA Research Monograph 84, 1988, pp. vii-ix.
- Rigliano P., *La doppia diagnosi*, Milano, Raffaello Cortina, 2004.
- Rohsenow D.J. & O'Leary M.R., Locus of control research on alcoholic populations: a review. I. Development, scales, and treatment, *International Journal of Addiction*, Jan;13(1), 1978, pp. 55-78.
- Rohsenow D.J. & O'Leary M.R., Locus of control research on alcoholic populations: a review. II. Relationship to other measures, *International Journal of Addiction*, Feb;13(2), 1978b, pp. 231-326.
- Room R., *Thinking About Alcohol Control*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. 68-75. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Room R., Babor T. & Rehm J., Alcohol and Public Health, *Lancet*, 5; 365(9458), Feb. 2005, pp. 519-530.

- Room R. & Makela K., Typologies of the cultural position of drinking, *Journal of Studies on Alcoholism*, 61(3), May 2000, pp. 475-83.
- Rosenfeld H.A., *The psychopathology of drug addiction and alcoholism: A critical review of the psychoanalytic literature*, in Rosenfeld H.A., *Psychotic States*, London, Hogarth Press, 1965 (trad.it. *La psicopatologia della tossicomania e dell'alcolismo: esame critico della letteratura psicoanalitica in Stati psicotici*, Roma, Armando, 1973, pp. 299-335.)
- Rush B., *An Inquiry into the Effects of Spiritous Liquors on the Human Body*, Boston, Thomas Andrews, 1970.
- Servizi Generali Alcolisti Anonimi in Italia, *Gli Alcolisti Anonimi (AA)*, in Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A. (a cura di), *Il libro italiano di alcologia, Vol. II Alcol e Società*, SEE Società Editrice Europea, 2004, pp. 271-276.
- Schuckit M.A., *A Theory of Alcohol and Drug Abuse. A Genetic Approach*, in Lettieri D.J., Sayers M., Wallenstein Pearson E. (editors), *Theories on Drug Abuse. Selected Contemporary Perspective*, NIDA Research Monograph n.30; March 1980, pp. 297-302.
- Sforzina M., *L'approccio familiare nel Club degli alcolisti in Trattamento*, in Hudolin V., Accettulli A., Brentel E., Ticali S., *Verso un nuovo stile di vita con i Club degli Alcolisti in Trattamento*, Trieste, Editre, 1990, pp. 411-429.
- Siegel S., *Drug Anticipation and the Treatment of Dependence*, in Ray B.A. (editor), *Learning Factors in Substance Abuse*, NIDA Research Monograph 84, 1988, pp. 1-24.
- Svanum S. & Ehrmann L.C., Alcoholic subtypes and the MacAndrew Alcoholism Scale, *Journal of Personality Assessment*, Apr;58(2), 1992, pp.411-422.
- Treno A.J. & Lee J.P., Approaching Alcohol Problems Through Local Environmental Interventions, *Alcohol Research & Health*, 26(1), 2002, pp. 35-40.
- Vaillant G.E., *The natural history of alcoholism*, Cambridge Mass., Harvard University Press, 1093.
- Wallace J., *Abstinence and Non abstinence Goals in Treatment: A Case Study in the Sociology of Knowledge*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, 192-202.
<<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Ward L.C. & Jackson D.B., A comparison of primary alcoholics, secondary alcoholics, and non-alcoholics psychiatric patients on the MacAndrew Alcoholism Scale, *Journal of Personality Assessment*, 54(3-4), 1990, pp. 729-735.
- Watzlavick P., Jackson D.D. & Beavin J., *Pragmatics of Human Communication*, New York, Norton, 1967, (trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma, Astrolabio, 1974.
- World Health Organization, *Lexicon of alcohol and drug terms*, WHO
<http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/> (10/06/2006)
- World Health Organization, *Neuroscience of psychoactive substance use e dependence*, WHO 2004.
<http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf> (01/07/2006)
- Zani B., *Modelli teorici in psicologia di comunità*, in Zani B. e Palmonari A. (a cura di), *Manuale di psicologia di comunità*, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 41-64.
- Zani B. e Palmonari A. (a cura di), *Manuale di psicologia di comunità*, Bologna, Il Mulino, 1996.
- Zimberg S., *The Clinical Management of Alcoholism*, 1982 (trad.it. *La cura clinica dell'alcolismo*, Milano, Ferro, 1984).