

**A cura di Roberto Camarlinghi e
Francesco d'Angella**

Chi va oggi in comunità

Un mix di storie e percorsi

Negli ultimi anni – sulla scia dei mutamenti del fenomeno dipendenze, e incalzati dall'urgenza di custodire vite fragili e anche garantire sicurezza sociale – si sono aperte le porte delle comunità a persone con biografie e potenzialità molto differenti. Oggi vi affluiscono non più solo i soggetti che intendono affrancarsi, ma persone invecchiate con la propria dipendenza, segnate da rabbie e aggressività, traumi e disturbi psichici. Non mancano persone in misura alternativa e altre con lavoro e famiglia che chiedono un aiuto a tenerli. Un mix di esigenze che, se non assunto, rischia di rendere le comunità grandi contenitori indifferenziati.

Un tempo le comunità terapeutiche costituivano – nell'opinione comune – la tappa di un duro percorso volto all'emancipazione dalla dipendenza: vi approdavano le persone che mostravano di avere più risorse, quelle considerate a «prognosi più favorevole».

Da qualche tempo – e da più parti – si segnala un cambiamento negli ospiti delle strutture residenziali: sempre più vi affluiscono persone con storie, attese e possibilità evolutive molto diverse. Un mix di fronte al quale rischia di non essere più chiara la funzione delle comunità: a chi servono? A cosa servono? Per questo – per evitare che risultino contenitori indifferenziati – diventa importante soffermarsi a capire chi oggi va in comunità e quale utilizzo si sta facendo di questo dispositivo di cura ⁽¹⁾.

Gli stati d'animo di chi oggi entra in comunità

C'è stata un'epoca – scrive Leopoldo Grosso – in cui la comunità terapeutica era «l'università», il servizio

1 | Nel percorso a cui queste pagine si riferiscono la ricognizione di «chi oggi va in comunità» è avvenuta in un duplice modo: 1) andando a riaprire le cartelle cliniche delle persone e riconsiderando le loro storie: da quanto tempo sono dipendenti, cosa si è offerto loro negli anni, in che condizioni di salute si trovano oggi, quali possibilità evolutive ancora si intravedono; 2) andando a riconsiderare i profili delle persone oggi ospitate nelle strutture residenziali: quali volti, attese e potenzialità emergono? Quali elementi di novità e di criticità si evidenziano? Che tipo di utilizzo si sta facendo delle strutture?

territoriale per le dipendenze (SERD) la «scuola dell'obbligo». Le comunità terapeutiche operavano cioè con «i primi della classe», ossia con chi veniva selezionato in base alle sue motivazioni e capacità a intraprendere un percorso *drug free*. Il servizio pubblico – da parte sua – tratteneva e gestiva l'utenza più difficile e di ritorno, spesso in ricaduta ⁽²⁾.

Oggi la situazione pare essersi rovesciata: chi ha maggiori risorse (ha un lavoro o è nelle condizioni di procurarselo, ha legami familiari...) tende a privilegiare un trattamento ambulatoriale, magari con i farmaci sostitutivi (metadone e buprenorfina), trovando poco attraente l'ipotesi di «autosospendersi» per due anni in comunità. Nelle comunità arrivano invece persone con attese, stati d'animo e motivazioni anche molto contrastanti tra loro.

La richiesta di accudimento

Nei racconti degli operatori emerge come una quota consistente di ospiti abbia alle spalle anni di dipendenza. Sono persone invecchiate con la propria patologia e compromesse nel corpo e nella mente. Persone che hanno perso quasi definitivamente la capacità di prendersi cura di sé, di riuscire a immaginare una esistenza diversa da quella in cui sono ormai incastrate.

Lo stato d'animo in loro prevalente è il desiderio che qualcuno le accudisca, senza porre più troppe richieste di cambiamento. Uno stato d'animo che spesso pervade il clima in comunità perché l'età media degli ospiti si è alzata. E con l'età le problematiche di salute: neuropatie, epatiti, demenze...

« Se devo pensare agli ospiti che abbiamo accolto nell'ultimo periodo, sono quasi tutte persone che non raggiungeranno mai l'autonomia, per le quali non intravedo grandi margini evolutivi. ⁽³⁾ »

Queste persone non hanno più l'attesa che la comunità le aiuti a cambiare la propria condizione esistenziale. Piuttosto chiedono di ricevere assistenza sociale (essere aiutate a ottenere la pensione di invalidità e l'accesso a una casa...) e sanitaria (essere messe in contatto con un medico di medicina generale, fare il monitoraggio delle malattie cronico-degenerative...). Un'attesa quindi più sociale che terapeutica.

« Ho in mente un alcolista molto compromesso dal punto di vista della salute. Aveva avuto un congelamento agli arti per le notti passate al freddo. In comunità lo si è molto protetto. Per fortuna aveva una pensione e si è trovata una casa famiglia dove collocarlo. »

2 | «Il duro percorso pre-selettivo all'accesso richiedeva di superare la prova della dissuefazione, il cui successo testimoniava la motivazione al trattamento e in un certo qual modo anche le capacità richieste per far fronte al programma interamente drug free, senza il supporto della farmacopea sostitutiva o psicofarmacologica» (Coletti M., Grosso L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipenden-*

ti, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2011, pp. 117-118). Si veda anche l'articolo di Leopoldo Grosso nelle «Soste di discussione» di questo numero.

3 | Tutte le citazioni contenute nell'articolo sono tratte dai verbali degli incontri con gli operatori e i responsabili delle comunità terapeutiche e del SERD.

Queste persone – appartenenti a una fascia di età medio-alta (40-50-60enni) – sono spesso senza più legami familiari o affettivi. Prive di altri appigli, identificano nella comunità un punto di riferimento. Molte dalla comunità non se ne andrebbero mai, per loro è come una casa.

La casa famiglia sarebbe la soluzione ottimale, solo che ce ne sono poche, la lista di attesa è infinita ed entra chi può contribuire. Allora cerchi di tenere la persona al riparo, in modo che non peggiori la sua situazione sanitaria e legale. Ma in termini di percorso queste persone sono ferme.

Sentimenti di resa al presente

Vi sono persone che sembrano essersi un po' arrese. Non intravedendo un futuro possibile, tendono a deprimersi. Del resto, se anni fa era possibile «vivacchiare» in una società che qualche risorsa di inclusione pur la offriva, oggi *la crisi delle persone* si colloca *dentro la crisi della società*⁽⁴⁾, il che rende il lavoro clinico-riabilitativo più complicato. Fatalmente, se le chance di inserimento sociale e lavorativo si riducono, anche le motivazioni al cambiamento si attenuano. Oggi la crisi toglie il fiato alle vite fragili, rendendole ancora più avvitate in un tempo senza prospettiva.

Anni fa c'era un accesso al lavoro che permetteva ad alcune traiettorie di evolvere. Oggi molte situazioni ricadono di fronte alla frustrazione del non lavoro o alla prospettiva di dover tornare in famiglia.

Se non si vede il dopo diventa anche più difficile togliersi dalle droghe. Perché quando smetti con le sostanze non hai più il problema della dipendenza, ma hai quello di affrontare la vita. E se la vita non ti offre nulla, una casa, un lavoro...

Rabbie e aggressività

Quando le porte del futuro si chiudono, affiorano rabbie e aggressività (accanto ai vissuti depressivi). La difficoltà di contenere impulsività e aggressività è una caratteristica oggi diffusa.

Ci sono pazienti che hanno una tendenza all'agito molto forte. E quando non gli va bene una cosa alzano la voce, tirano un calcio alla porta... Una modalità per gestirli sarebbe lavorare in rete con gli altri servizi del territorio: SERD, psichiatria, medicina. È capitato che pazienti aggressivi venissero inviati alla psichiatria, che però ha tempi lunghi per la consulenza. Allora sta a noi gestirli, il problema è che siamo in pochi e non è facile.

La crisi porta sempre più persone che prima riuscivano a vivacchiare a esplodere. Prima erano più contenute dai contesti sociali o lavorativi, oggi i servizi chiedono a noi di contenerle.

L'intolleranza delle frustrazioni

L'utenza oggi appare meno disposta di un tempo ad affiliarsi, a tollerare la frustrazione di limiti e norme, a stare dentro temporalità terapeutiche lunghe. Come scrivono Leopoldo Grosso e Maurizio Coletti:

4 | L'espressione è di Miguel Benasayag e *tristi* (Feltrinelli, Milano 2013). Gérard Schmit nel libro *L'epoca delle passioni*

È ampiamente diffusa tra gli operatori la percezione della grande difficoltà di molti nuovi ospiti delle comunità terapeutiche a stabilire relazioni significative, ad adattarsi al contesto di accoglienza, a rinunciare alle sostanze psicoattive e ai «sostitutivi», a tollerare le frustrazioni, a dare continuità alle prestazioni richieste, a definire e rimanere coerenti a una progettualità che pur procede per piccoli passi e micro-obiettivi, a gestire l'ambivalenza dei sentimenti e disattivare i meccanismi proiettivi più primitivi.⁽⁵⁾

Per molti la permanenza in comunità si fa intermittente; frequenti sono gli ospiti che entrano ed escono dalle strutture residenziali.

Molti pazienti sono *revolving doors*, usano la comunità come sosta. Stanno qualche mese, tirano il fiato, fanno qualche analisi medica, poi tornano fuori. Quando sono fuori vanno al SERD a prendere il metadone. Hanno frequenti ricadute, abusano di alcol ed eroina. Sono persone che non riescono a lavorare, che stanno sempre in giro. In struttura non fanno chissà quali percorsi, alcune acquisiscono qualche competenza.

L'incapacità di reggere i legami

Si tratta di persone con biografie segnate da traumi e abbandoni. Si dimostrano incapaci di reggere la relazione, forse perché nella loro vita non hanno mai sperimentato una relazione buona.

Ci sono persone che provengono da famiglie disastrose, che hanno storie terribili fin dalla prima infanzia. Sono spaccati dentro, nessun lavoro li restaurerà più interiormente.

Penso ad Angelo, che sta 8 mesi in comunità, esce, rientra. Nel tempo lungo crea legami, nel legame ci sta bene, poi però va in tilt. Comincia a innamorarsi dell'operatrice, si sente tradito nei legami di amicizia, insomma non regge la vicinanza. La cerca, ma poi la distrugge. Questo perché non ha mai avuto esperienza di un legame buono. C'è un problema di attaccamento in fondo. E come Angelo altri.

Molte di queste persone «intermittenti» provengono da famiglie attraversate da disagio psichico, che si sono rivelate incapaci di offrire ai figli quel rifornimento affettivo che è la base per crescere.

All'inizio non lo capivamo questo, lo abbiamo capito col tempo. Abbiamo visto arrivare sempre più persone con problematiche psicotiche, oppure persone provenienti da famiglie psicotiche. Figuriamoci che accudimento può aver avuto un figlio di mamma psicotica! Ci sono figli di prostitute, ma anche figli di famiglie «normali», che però non hanno avuto relazioni evolutive con il bambino.

Ho in mente un bellissimo ragazzo, che quando si innamora diventa gelosissimo, comincia a distruggere tutto, anche la relazione. Ripercorrendo la sua biografia, scopri che la madre ha avuto diversi uomini, li portava in casa, lui era geloso. I primi anni aveva il cognome della mamma perché il padre era assente. Poi un giorno il padre ricompare, lo riconosce e lui prende il suo cognome. Ma poco dopo sparisce di nuovo e la madre torna a frequentare altri uomini. E lui a un certo punto non riesce più ad avere rapporti sessuali perché tutte le donne gli sembrano sua madre. Sono esperienze traumatiche e con queste persone la comunità vecchio stampo non funziona.

5 | Coletti M., Grosso L., *op. cit.*, p. 123.

Lo smarrimento del sé

Aumenta la presenza in comunità di persone con stati d'animo segnati dalla sofferenza psichica, che assume spesso connotazioni psichiatriche. Forse l'aumento delle componenti psichiatriche è anche legato al cambiamento delle sostanze e del loro modo di utilizzo.

La categoria delle persone con potenzialità si sta riducendo, anche tra quelle giovani. Perché? Perché un ventiquattrenne di oggi, a differenza di un ventiquattrenne di anni fa, usa più sostanze: cannabis, cocaina, ecstasy, per non dire della ketamina. Sul piano emotivo e cognitivo è più deteriorato, i livelli di ansia e di paranoia sono più alti di un tempo.

In alcuni il deterioramento cognitivo non è temporaneo, ma stabile. Non si capisce se la tossicodipendenza abbia generato oligofrenia o viceversa. Difficilmente si riesce a ottenere per loro un riconoscimento di invalidità perché non ce l'hanno piena. Sono persone che richiedono una lunga assistenza, che in alcuni periodi si fa più intensiva. Ma sono persone che non guariscono.

L'affacciarsi di questa utenza borderline, che fatica a tenere il percorso, incide profondamente nel modo di lavorare delle comunità. E comporta costi emotivi per gli operatori, spesso sottovalutati.

Mentre prima il lavoro educativo che si faceva in comunità era dare regole, aiutare a elaborarle, oggi tanta parte è nel costruire la relazione con noi, che diventiamo una stampella per una mancata esperienza di relazione sana. È tutto un litigio con queste persone.

Spesso non si considera a sufficienza il carico emotivo e pratico che comporta per gli operatori avere a che fare con questi pazienti che entrano feriti, denutriti, distrutti, devastati. E sempre peggiorati dal punto di vista emotivo e fisico.

La voglia di tenere lavoro e famiglia

Tra le persone non disponibili a percorsi lunghi, ci sono anche quanti cercano di tenere una faticosa compatibilità con una vita normale. Hanno lavoro e famiglia, equilibri fragili ma tutto sommato funzionanti. Non sono disposti a mollare tutto per fare un percorso lungo in comunità, ma chiedono comunque aiuto.

Da 6-7 mesi abbiamo una tipologia nuova che è legata al mantenimento del lavoro. Ci sono arrivate richieste da alcuni SERD per persone che non vogliono una interruzione lunga della propria vita in comunità e non sarebbero disponibili a una soluzione di questo tipo. Ma chiedono aiuto. Sono persone – attualmente ne abbiamo 6-7 – che pur facendo uso di sostanze hanno una certa autonomia. Hanno figli, moglie e un lavoro.

Con loro abbiamo introdotto il sistema di una aspettativa breve dal lavoro, di una mutua o di ferie, per poter fare il punto. Stanno qui 15-20 giorni. Con alcuni siamo in sgancio: tornano in famiglia ma continuano a venire a dormire qui. Chi torna a casa a dormire viene comunque qui per i farmaci, per i colloqui. Cerchiamo di tenere un filo dopo lo sgancio.

Per loro la comunità è una risorsa che nel breve offre supporto intensivo e successivamente costituisce un punto di riferimento. Quando arrivano in comunità si sentono liberati come da un peso.

Arrivano in comunità che hanno un sovraccarico emotivo. Qui possono sciogliere i lacci che fuori impedivano di esternare il problema. Qui si liberano dalla solitudine angosciata e si sentono in una condizione di libertà. I rapporti a casa migliorano: i genitori, le mogli capiscono che stanno prendendo in mano il problema. Si rinsalda anche il lavoro, dove cominciavano ad avere problemi, ad arrivare in ritardo, ad avere comportamenti non adeguati.

Per noi era un tabù tenere una persona in comunità per 15-20 giorni e poi dimetterla. Da qualche mese lo stiamo facendo. Nel tempo che stanno in comunità c'è la retta residenziale. Quando non dormono qua gli si deve costruire una camicia apposta, perché non esiste una normativa che regoli queste situazioni. La persona viene qua, fa le urine, fa i colloqui, prende i farmaci, partecipa a qualche gruppo. Ad esempio c'è il gruppo dei padri: un gruppo importante per lavorare sulla genitorialità.

L'attesa di emancipazione

In comunità terapeutica non mancano neanche oggi persone che fanno un percorso terapeutico e lo portano a termine. Persone con buone possibilità di autonomia, perlopiù giovani e con risorse psichiche, cognitive e familiari non compromesse. Nella comunità vedono il viatico per un reinserimento.

Nella nostra comunità la maggioranza degli ospiti fa un percorso terapeutico finalizzato alla remissione completa. Sono persone mediamente giovani, 26 anni, con buone risorse cognitive, buone capacità di collaborazione, buone risorse familiari, basso livello di problematiche legali. Abbiamo un programma di un anno, un anno e mezzo, molto pressante, in cui chiediamo il cambiamento dei vecchi schemi tossicomani.

La comunità come contenitore eterogeneo

Nelle comunità terapeutiche convivono dunque oggi persone con sentimenti, attese, motivazioni molto eterogenee. Una utenza variegata, non riconducibile a un profilo omogeneo, che introduce nelle strutture richieste spesso contrastanti. Questa varietà testimonia il fatto che si stanno facendo utilizzi diversi della comunità, spesso più agiti che pensati, con il rischio di renderla un contenitore indifferenziato.

L'eccesso di varietà rende infatti difficile perseguire in comunità una coerente progettualità terapeutico-educativa. Non solo, ma finisce per alimentare l'idea che la comunità sia una soluzione buona per ogni problema e dunque non ci si debba soffermare più di tanto – tra operatori del SERD e operatori delle comunità – a precisare cosa ci si aspetta inserendo un paziente in comunità.

Diventa dunque importante sforzarsi di rendere più visibile l'intenzionalità di cura sottesa ai diversi percorsi: quando si invia una persona perché la si invia? Per quali problemi e quali obiettivi? Sulla base di una rilettura dei diversi profili di chi oggi è ospite nelle comunità, si sono identificate *quattro tipologie di percorsi*.

Le «porte girevoli»

Una prima tipologia, come si è visto, è composta da persone con scarsa aderenza al trattamento. Entrano ed escono dalle strutture residenziali, come se ci fossero le cosiddette porte girevoli (*revolving doors*). Presentano una consistente difficoltà a rimanere all'interno di un programma lungo residenziale, che offra loro la possibilità di rielaborare la propria tossicodipendenza.

Sono persone segnate da ciclicità, impulsività e aggressività, con una elevata instabilità dell'identità. Hanno per la maggior parte disturbi borderline o antisociali. Se non adeguatamente monitorate da una équipe mettono in difficoltà il servizio. Richiedono molte energie ed è fondamentale che gli operatori non si trovino da soli a gestire queste situazioni. Costituiscono circa il 25% delle persone inviate dal SERD nelle strutture residenziali.

Quando gli operatori del SERD inviano in comunità questa tipologia di pazienti hanno in mente di proporre loro una sosta. Il percorso in comunità vuol essere una forma di contenimento psicosociale nella logica di ridurre i rischi e i danni della dipendenza. Per alcuni, quelli più motivati e dotati di maggiori risorse personali e ambientali, si auspica possa essere l'occasione per provare a riformulare il progetto terapeutico possibile.

L'inserimento in comunità è per una temporalità ridotta (2-4 mesi). Al termine spesso si è presi dall'impulso di ricercare una nuova comunità o un nuovo percorso. Sarebbe invece importante fare il punto, riformulare gli obiettivi possibili.

I «lungodegenti»

Nelle comunità risiede una quota significativa (circa il 30%) di persone che vi rimangono per tempi lunghi. Potremmo definirle *lungodegenti*. In comunità stanno bene, non se ne andrebbero mai. Spesso sono persone prive di altre appartenenze o, se le hanno, sono molto deboli. Per loro la comunità diventa come una famiglia. Presentano difficoltà di tipo abitativo, sono senza lavoro e spesso anche inoccupabili (prive cioè dei requisiti per ottenerlo). La famiglia, quando c'è, è a sua volta attraversata da fragilità, non in grado di ri-accogliere la persona.

Sono soggetti con poche risorse dal punto di vista psichico e cognitivo, a volte sul crinale della psicosi. Il dubbio è che l'inserimento in comunità possa essere improprio rispetto ai loro bisogni, che non sono tanto terapeutico-riabilitativi, quanto di accudimento.

L'obiettivo del servizio inviante in questi casi è principalmente offrire non tanto un percorso elaborativo della dipendenza quanto un luogo affettivo/relazionale, una sorta di accudimento temporaneo in vista di soluzioni più appropriate. A volte un antidoto alla solitudine.

Non sempre questa consapevolezza è presente negli operatori. A volte c'è l'illusione che un percorso terapeutico sia ancora possibile. Un'illusione che maschera il dolore di constatare che mancano nei territori alternative (case famiglia, forme di *co-housing*) rispetto alle problematiche abitative. La comunità diventa così un riparo, più che un trampolino.

I «prescritti»

In comunità vengono inviate persone (circa il 30% dell'utenza ospite) per le quali la motivazione alla cura è spesso estrinseca. Li si può definire «prescritti». È il caso di chi accede alla comunità in misura alternativa al carcere, dato che spesso ha commesso reati legati alla propria condizione tossicomana (ossia per procurarsi i soldi per le sostanze stupefacenti). L'obiettivo del servizio inviante in questi casi

è vigilare sul rispetto degli obiettivi prescritti e della tempistica concordata. Ci sono poi persone in doppia diagnosi con trattamento psicofarmacologico intensivo o provenienti dagli ex ospedali psichiatrici giudiziari. Per quanti soffrono di patologie psichiatriche insieme a problematiche di dipendenza, si tratta di monitorare l'assunzione della prescrizione farmacologica, sostenendo laddove possibile le possibilità evolutive che il percorso comunitario può ancora attivare nel soggetto (anche se spesso il trattamento psicofarmacologico rischia di attenuare, insieme ai sintomi, anche le risorse residue dei soggetti). In entrambi i casi il mandato è più di vigilanza che di sostegno all'evoluzione.

Gli «appropriati»

L'ultima tipologia è costituita dagli invii più appropriati. Sono persone con buone capacità elaborative e sufficienti risorse psicosociali e affettive. L'obiettivo del servizio inviante, per questa tipologia che ha le migliori chance evolutive, è la remissione protratta completa dall'uso di sostanze.

Il percorso di uscita dalla dipendenza è sostenuto dal menu di offerta delle comunità: colloqui psicoterapeutici, sostegno del gruppo, attività concrete che rinforzano la stima di sé e il senso di autoefficacia. L'obiettivo della remissione va di pari passo con il raggiungimento di un buon equilibrio personale e di un soddisfacente funzionamento familiare e sociale.

Si tratta di inserimenti che vanno comunque monitorati in itinere, perché altrimenti difficilmente i 18 mesi, comprensivi anche dei sei mesi della fase di reinserimento, vengono rispettati. Darsi una tempistica rappresenta un fattore responsabilizzante e migliorativo dell'efficacia terapeutica. Quando ciò non avviene, i tempi si allungano, gli obiettivi rischiano di smarrirsi.

In questa tipologia considerata appropriata per la comunità, rientrano i programmi madre/bambino. Anche in questi casi è importante assicurare il monitoraggio del percorso per non dilatare troppo il tempo in comunità e porre attenzione al dopo. Per irrobustire le capacità genitoriali, è utile costruire connessioni con i servizi del territorio, in particolare con la tutela minori e il consultorio.

Per queste persone il grande problema è, al termine del percorso in comunità, il reinserimento sociale e lavorativo.