

La famiglia nel percorso della Riabilitazione Alcolologica: l'esperienza di Palazzolo sull'Oglio-Fondazione Richiedei

L. Scaglia[^], A. Medioli^{^^}, M. Renaldini[°], S. Ferrari^{*}, A. Pizzocolo^{*}, L. Mihaila^{°°}

Premessa

Partecipare ad una "riunione multifamiliare" o ad un incontro con una famiglia di un paziente è come assistere al materializzarsi di un caso clinico tratto da un testo di terapia sistemica.

Mille situazioni diverse con identiche densità di sofferenza, di malessere, di incapacità di comunicare, di atmosfera opprimente, malata, avvelenata.

Sarebbe illusorio e delirante ritenere di poter mutare le modalità comunicative di una famiglia con gli 8 incontri di gruppo ed un alcune riunioni con la singola famiglia e cioè con le occasioni offerte nei 28 giorni di degenza in riabilitazione.

È però necessario porre anche nell'ambito relazionale una sorta di "sospensione" della abituale modalità.

Interrompere i circuiti conosciuti e ambivalenti per creare uno spazio "altro", un vuoto dove, oltre a non dare accesso alla sostanza, ci si può detossicare anche dal veleno delle relazioni è uno degli obiettivi del percorso riabilitativo.

Restare, permanere nell'assenza relazionale, permette di ritrovare alcuni pensieri relativi alla propria ricerca di senso. Forse l'intossicazione alcolica è solo il simbolo di una intossicazione più ampia: quella relativa a se stessi e ai propri rapporti interpersonali.

È possibile essere intossicati da un disturbo di personalità, da un disagio psicologico, da una situazione a cui ci si continua a ribellare senza la concreta volontà o possibilità di uscirne, da una incapacità di tracciare il senso profondo dell'esistenza, da una ricerca di senso lanciata verso una direzione mortifera...

Non ha senso togliere il simbolo del disagio senza affrontare i suoi motivi profondi.

L'alcol è **sintomo** di un altro tipo di intossicazione e la detossicazione-riabilitazione alcolologica divengono **simbolo**¹ di un percorso di guarigione profondo.

In questo senso la Riabilitazione può costituire un precedente, un'esperienza nuova in cui si impara a dare ascolto alle proprie emozioni, rassicurati dalla certezza di non dover compiere da soli questa dolorosa esperienza ma con la sicurezza dell'aiuto di "forti braccia": quelle degli operatori.

Vivere per la prima volta o rivivere dopo tanto tempo la condizione del perdono, della dignità, dell'accoglienza del proprio limite, dell'autenticità di relazione interpersonale è ciò che la nostra Riabilitazione si propone di offrire ed evidente-

mente questa possibilità non può escludere la rete relazionale del paziente.

Questo lavoro vuole esprimere le modalità con cui avviene la presa in carico della famiglia nella Riabilitazione Alcolologica della Fondazione Richiedei di Palazzolo sull'Oglio (Bs).

Metodo

Le riunioni multifamiliari

Il Reparto di Riabilitazione Alcolologica della Fondazione Richiedei di Palazzolo S/O nasce il 12 ottobre del 2010, ed è del 15 ottobre 2010 la data del primo gruppo multi familiare. I ricoveri ospedalieri sono quindi sempre stati supportati da questo tipo di attività.

Durante gli incontri aperti ai famigliari dei pazienti degenti, sono sempre presenti anche i pazienti stessi ed una parte dell'equipe (medico, psicologo, infermiere professionale ed educatore professionale).

Fin dal loro nascere queste riunioni si sono tenute 2 volte alla settimana (il lunedì ed il giovedì) dalle 19,15 alle 21.15 circa (spesso finiscono anche più tardi).

La scelta di tale orario è stata fatta per venire incontro alle esigenze lavorative dei famigliari dei pazienti.

Le riunioni con i famigliari sono strutturate in modo da poter essere un punto di confronto per le tematiche riguardanti la dipendenza da alcol.

Durante tali sedute vigono delle regole, ripetute ad ogni seduta dagli operatori che coordinano l'incontro, che servono a definire i limiti per proteggere i partecipanti: si parla uno per volta (educare all'ascolto e all'espressione di sé), tutto quello che viene detto durante la riunione non può essere riferito all'esterno della riunione (rispetto, contenimento e riservatezza), sono in discussione i temi e ciascuno può avere le proprie opinioni e teorie di riferimento, ma non si giudicano o si offendono le persone (rispetto e accettazione dell'alterità).

La riunione del lunedì è dedicata alla lettura di una lettera (o comunque intervista/racconto se la persona è analfabeta) scritta da ciascun paziente che poi verrà dimesso dal Reparto il mercoledì.

Il paziente ha a disposizione un suo spazio narrativo e assertivo: può parlare di sé, dei propri bisogni, dei propri vissuti e della sua storia, di come vede ora i suoi problemi, delle sue prospettive, obiettivi e progetti in uscita.

Il familiare dopo aver ascoltato ha la precedenza sul gruppo e può dire la sua a partire da quanto ascoltato (spesso anche i familiari scrivono una loro lettera).

Infine il gruppo può trarre spunto da questi materiali di riflessione per lavorare su tematiche alcolologiche.

[^] Responsabile geriatra-psicoterapeuta.

^{^^} Medico di reparto.

[°] Psicologo.

^{*} Educatrici.

^{°°} Infermiera professionale.

L'esperienza soggettiva e familiare è messa a disposizione e viene utilizzata per il lavoro di tutto il gruppo.

Le riflessioni partono dall'esperienza e si concentrano sui temi, non si danno consigli o valutazioni sulle situazioni.

Le sedute del giovedì propongono invece spunti esperienziali/esercitativi per poter trattare di tematiche inerenti i problemi alcol correlati, individuali, sociali e familiari.

Sono più attive, coinvolgenti e progettuali e aiutano a ricostruire vissuti di immaginazione, possibilità e competenza.

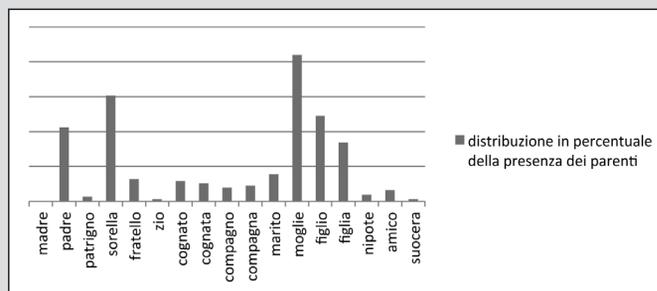
Dal 15/10/10 al 31/11/16 sono state fatte 595 multi famigliari.

Durante questi incontri le percentuali di parenti presenti all'incontro erano così distribuite:

- madre 11, 93% padre 10,64%;
- patrigno 0,64%;
- sorella 15,16% fratello 3,22%;
- zio 0,32%;
- cognato 2,90%, cognata 2,58%;
- compagna 2,58%, compagno 2,25%;
- marito 3,87% moglie 20,26%;
- figlio 12,25% figlia 8,38%;
- nipote 0,96%;
- amico 1,61%;
- suocera 0,31%.

È da tenere in considerazione il fatto che in un numero esiguo di casi non si è presentato nessun parente alla multi famigliare (per ragioni diverse: presenza di homeless, parenti troppo anziani, problematiche lavorative o di salute, distanza geografica, mancato coinvolgimento del parente da parte del paziente). Appare evidente come sia la moglie la figura familiare che più accompagna l'alcolista ricoverato assieme ai figli (con una preponderanza del figlio maschio).

Distribuzione in percentuale della presenza dei parenti



L'osservazione e l'intervento psicologico

Dal punto di vista del trattamento del famigliare l'intervento in alcolologia è cosa complessa.

Il primo punto fondamentale è l'instaurarsi di una *regua*, una sospensione temporanea delle ostilità, una cessazione temporanea dei contrasti.

Dato il limite temporale di 4 settimane non ci resta che creare delle condizioni che permettano, attraverso un intervento soprattutto fondato su interpretazioni deboli (sul tema e non sulle persone), la possibilità di giocare una funzione orientativa e formativa.

Cruciale anche la produzione di dati per capire se esiste la possibilità di una riflessione sullo stato del legame, sulle sue condizioni e sulla possibilità o meno del rilancio.

Il tema è complesso perché l'alcolismo è spesso una costruzione familiare (non di rado l'alcolismo è presente nella famiglia del coniuge non bevitore che sceglie un oggetto d'amore intossicato in maniera inconsapevole ed infallibile).

La nostra preoccupazione nell'intervento va soprattutto sui minori e sulla possibilità di apprendere un legame d'amore tossico (dove una persona cerca di "salvare" l'altro).

L'**adultizzazione precoce dei figli**² è un tratto riscontrato spesso nelle famiglie dei ricoverati, il coniuge non bevitore chiama il minore a un'alleanza di responsabilità sostitutiva i cui danni si ritrovano nella rimessa in gioco nella generazione successiva della ricerca di un partner da salvare (e da dannare contemporaneamente).

"Ho cominciato a bere subito dopo sposato/a" o "da quando sono con lei/lui" è un'affermazione che ritroviamo nei colloqui d'ingresso.

La persona che sceglie (consapevolmente, inconsapevolmente, inconsciamente) la mania alcolica ha spesso collegamenti, nel racconto della persona che beve, con esordi relazionali difficili e mostra i problemi di identità che il soggetto vive, porta nella relazione (l'identità solo imbastita nella relazione si scuce) e tenta miseramente di trattare con l'alcol.

La frequentazione alcolica spesso parte in età adolescenziale e indica una precisa difficoltà della persona in quella fase specifica.

Oppure ci indica, nei casi più evoluti, difficoltà con vissuti ed emozioni specifici.

La scelta del partner potrebbe essere collegata a queste difficoltà.

Ci sembra che nel gioco dell'amore e del caso, come suggerisce Marivaux non siano presenti né amore né casualità.

L'incastro di coppia è fatale.

Riscontriamo a livello individuale alcune variabili/trauma ricorrenti che danno spazio a varie ipotesi di correlazione relazionale tra esperienze esistenziali irrisolte/inelaborate e alcolismi:

- familiarità: presenza di alcolisti nelle generazioni precedenti, sia di chi beve sia del coniuge;
- figli non voluti e mai accettati³;
- persone maltrattate⁴ o abusate in età infantile o adolescenziale;
- utilizzo di sostanze illegali in età adolescenziale/giovanile.

Una sottocategoria del terzo caso è il tossicomane da eroina che arriva all'alcol e porta elementi depressivi come risultato nel tempo dell'inibizione della generatività e di una tragica remise en scene del legame disperante⁵.

Qui siamo ancora fermi a questioni legate alla corporeità, l'identità non ci sembra strutturata e la relazione appare impossibile (e insopportabile).

Spesso la prospettiva è infausta: la persona ha solo due stati esistenziali, rancore e vuoto.

I periodi depressivi, se trattati farmacologicamente con antidepressivi, danno luogo spesso a ricadute per contenere la furia.

L'alcolista fa comodo perché lascia uno spazio relazionale tragicamente bloccato, ma dove le parti scisse si stagliano in maniera definita e per i figli è facile schierarsi dalla parte del "buono e giusto", senza poter distaccarsi dagli elementi di vicinanza al genitore e senza poter elaborare la pesante eredità che spesso viene rigiocata nelle generazioni successive

giocando a testa o croce: su base imitativa o identificatoria: bevendo oppure scegliendo una relazione con persone che hanno problemi di dipendenza.

Se volete una parte da primattore in famiglia puntate sul legame con un alcolista, non vi deluderà e avrete tutto lo spazio della scena genitoriale per voi.

Nell'ipotesi dell'inseminazione artificiale non ci sarebbe un cattivo per far risaltare l'eroe e la scissione non troverebbe un capro corrispondente.

Nella nostra esperienza le famiglie alcoliste rendono difficile/ostacolano/impediscono l'apprendimento dall'esperienza tipico dell'età adolescenziale.

La poderosa distrazione operata dall'urgenza (più presunta spesso che reale) del sintomo distoglie dalla possibilità di riflettere sulla co-costruzione del legame alcolizzato in famiglia.

La sostanza concentra prepotentemente l'attenzione su di sé (alcol-mania sarebbe un termine più adeguato forse) portando a una semplificazione per cui tolti tutto si ricomporrà magicamente.

Una regressione del gruppo familiare a cui è difficile sottrarsi. L'intervento di separazione abitativa dei coniugi (o conviventi) permette un periodo di sperimentazione della permanenza della relazione nella lontananza che aiuta a ritrovare un sé individuato dall'altro.

La preparazione e un periodo di deserto sono essenziali per la ripresa delle relazioni e il cambiamento, così come la presa di coscienza della possibilità della morte⁶.

La fase di detossicazione col suo profondo malessere e la paura ad essa collegata fanno da elemento emotivo che consente di lavorare con la persona che si sente sopravvissuta.

Il sopravvissuto si può finalmente permettere un'altra prospettiva sull'esistenza.

L'elemento emotivo e immaginativo erano imprigionati dall'alcol anche nei familiari.

Si vive imprigionati in un eterno presente privo di prospettiva e significato, un'emergenza estesa senza che nulla emerga, un'urgenza cronica senza la possibilità di definire l'importante (un'interessante specchio dei tempi).

Il recupero della vitalità permette di ritornare a muovere corpo e psiche.

La componente gruppale dell'esperienza del ricovero (certamente regressiva, ma controllata e finalizzata) permette di ripassare esperienze adolescenziali in maniera differente (proprio quelle esperienze i cui naufragi sono stati così importanti per gli esordi del bere).

Le emozioni si riattivano (anche con importanti sensi di colpa che vanno contenuti e orientati, non minimizzati o annullati) e l'immaginazione può tornare a funzionare.

Le modalità esperienziali ed esercitative previste durante il ricovero permettono un apprendimento dall'esperienza in soggetti che hanno spesso un disastroso ricordo dei contenitori di apprendimento (scuola).

Che imparare possa essere piacevole oltre che faticoso è per molti una faccenda completamente nuova.

Anche la presenza di tempi vuoti permette momenti di introspezione, confronto e contatto col proprio essere.

Si sperimenta il sentimento della gratitudine e la sensazione di tornare alla vita.

Siamo grati di aver ricevuto senza merito o contropartita.

La gratitudine rappresenta un elemento importante per lo sviluppo del lavoro successivo. Gratitudine per le regole che proteggono, per l'esperienza che permette di farcela, per il riconoscimento (negli aspetti del bene e del male che tutti abbiamo), per l'aiuto ricevuto dagli altri quando ero in difficoltà. Provare gratitudine permette lo sviluppo della fiducia e dell'impegno alla cura che fa da base all'alleanza terapeutica con i servizi in cui prosegue l'intervento.

Gli incontri di gruppo coi familiari permettono un raccordo ed una significazione tra gli interventi medici, psicologici, educativi e infermieristici, tutta la quotidianità orientata a un'esperienza che ha un significato e un'unità (in termini sufficientemente adeguati e non assoluti).

Perfino le sanzioni che spesso assegnamo hanno una funzione importante nello sviluppo dell'intervento, molti pazienti ne riconoscono il valore formativo.

Le sanzioni non sono punizioni, ma elementi riparatori con elevato significato simbolico.

Fatte queste premesse dal punto di vista del familiare l'intervento psicologico in reparto ha come obiettivo quello di fare chiarezza, di aiutare ognuno a poter pensare a sé, a capire lo stato del legame e a pensare come vogliono trattarlo e cosa vogliono farne.

È importante anche capire se vengono portate questioni individuali nella coppia o vi son problemi di coppia o famigliari poiché i trattamenti prefigurati nella prosecuzione saranno differenti.

Dal punto di vista alcolologico lavora sullo sviluppo di competenze e consapevolezza rispetto all'uso di alcol e al costruire elementi che prevengano la ricaduta.

Gli strumenti utilizzati sono il colloquio (individuale e familiare) e il Gruppo Multifamigliare.

I gruppi multifamigliari sono gruppi formativi che favoriscono l'apprendimento dall'esperienza e lavorano sui due temi (alcolologico e familiare) attraverso una metodologia attiva.

In particolare sono più sbilanciati su elementi tematici riguardanti l'alcolologia (es. la ricaduta) con un lavoro di prefigurazione su:

- identificare ed anticipare le situazioni che hanno possibilità di rischio;
- identificare aspetti del pensiero collegati al craving;
- identificare stimoli e situazioni in grado di attivare il craving;
- sviluppare strategie alternative per affrontare queste situazioni: progettare e realizzare modificazioni dello stile di vita;
- stabilire un sistema di alleanze e sostegni, una strutturazione del quotidiano e definire rituali alternativi come sostituti (es. avversivanti) all'uso di sostanze ed alle attività correlate;
- costruire e praticare strategie che servano a prevenire la ricaduta.

I colloqui (individuali e famigliari) consentono invece di entrare maggiormente in una condizione di accoglienza ed empatia col vissuto dei partecipanti e di mettere a fuoco dolori, temi e problemi individuali e familiari, cercando di costruire significati, prospettive e percorsi da portare avanti dopo la dimissione (psicoterapia, consulenze genitoriali, supporto ai figli, ecc) anche a protezione delle generazioni future.

Il tempo del ricovero in alcologia permette di capire le risorse e i progetti a disposizione e orientare l'intervento degli ambulatori.

Senza la tregua il conflitto sfianca la coppia e la famiglia ed i servizi non hanno lo spunto iniziale per poter agire gli interventi specialistici fruttuosi di cui sono depositari.

Gli operatori (in accordo coi servizi) possono lavorare sulla raccolta di dati esperienziali di relazione col soggetto per elaborare un intervento diagnostico, orientativo e formativo molto più complesso che nell'esperienza ambulatoriale.

Comprendere se c'è la possibilità di una individuazione che permetta la ricostruzione provvisoria di una soggettività minima che possa sviluppare poi il lavoro nel contesto ambulatoriale, oppure capire che ci sono poche risorse e che in prospettiva si lavorerà solo di consolazione e contenimento/supporto.

È essenziale che tutto il familiare compia un'operazione di accompagnamento e riconoscimento di tutto questo come altrui, ma anche come proprio e dell'umanità.

Tutta la famiglia deve cominciare a rinunciare ai vantaggi secondari che la fase precedente forniva per poter aderire e co-costruire il cambiamento.

Anche per le famiglie l'Alcologia non ha il minimo senso senza un prima e un dopo, la rete è componente essenziale dell'intervento.

L'intervento educativo

L'intervento, ad opera degli educatori professionali del Reparto, rivolto alle famiglie dei pazienti alcolisti, viene svolto prevalentemente durante il fine settimana e nei giorni festivi. L'organizzazione del Reparto prevede, infatti, la presenza dell'educatore professionale anche il sabato e la domenica, quando cioè risulta più elevato l'afflusso dei familiari in visita per consentire e facilitare l'effettuazione di consulenze e colloqui familiari.

Il primo approccio alla famiglia, da parte dell'educatore, mira all'accoglienza e alla conoscenza dei componenti del nucleo familiare.

In seguito si procede alla spiegazione delle norme comportamentali da rispettare durante le uscite previste.

In questo primo colloquio, e in quelli successivi, si indagano il grado di consapevolezza del problema alcologico e dei problemi alcol-correlati, come vengono vissute le problematiche in famiglia e quale siano tipologia e intensità dei conflitti in atto. È inoltre possibile informare e rinforzare i familiari circa le corrette abitudini sull'utilizzo degli alcolici (per es. non tenere alcolici in casa, non utilizzarli per cucinare...), e sostenere la collaborazione e l'adesione col progetto riabilitativo del Reparto (per es. come comportarsi in caso di ricaduta, come somministrare le terapie...).

Spesso i pazienti ricevono la visita di figli minori e la presenza dell'educatore può essere un aiuto per sostenere questi incontri che, spesso, i pazienti vivono con preoccupazione.

Nelle settimane successive, in base alle singole situazioni, si possono programmare incontri e colloqui mirati alle singole situazioni.

Spesso i colloqui sono occasione per indirizzare e orientare i familiari ai servizi di cura e sostegno offerti dal territorio di appartenenza (es. il consultorio familiare).

Durante il percorso i colloqui educativi diventano occasione di verifica della corretta acquisizione delle informazioni passate dal Reparto e delle norme da mantenere una volta dimessi.

Inoltre, data l'attenzione del reparto alla tutela dei figli dei pazienti, soprattutto quando minorenni o in situazioni difficili, la presenza dell'educatore è un valido aiuto per preparare le persone a incontrarsi in un ambiente protetto, ripristinare il canale comunicativo, fare opera di mediazione nei conflitti, orientare e sostenere nella spiegazione dell'alcolismo.

Verso la fine del percorso, l'intervento educativo coadiuva il nucleo familiare nell'individuazione di strategie atte a ripristinare un clima di fiducia e alleanza che, nel corso della sua storia, il paziente ha più o meno compromesso.

Infine, in base alle singole situazioni, si programmano incontri e colloqui per aiutare paziente e familiari a strutturare dei progetti mirati al mantenimento dell'astinenza in vista della dimissione (stipulare degli accordi e decidere delle regole da rispettare una volta tornati a casa).

L'intervento infermieristico

- Educazione igienico-sanitaria continua anche con i familiari.
- Accoglienza ed empatia, offerta di assistenza alla persona senza giudizio (valido per alcolisti e familiari).
- Favorire la ripresa dell'autonomia (di solito i familiari tendono a sostituirsi all'alcolista con l'intento di aiutarlo).
- Lavoro di educazione affinché i familiari si abituino a leggere le etichette degli alimenti per evitare l'utilizzo di prodotti che contengono alcol.
- Aiutare a accettare l'idea di cucinare senza utilizzare alcolici.
- Valorizzare le capacità di ripresa della persona.
- Parlare con i familiari per far sì che vengano rispettate le regole del reparto anche quando escono in permesso.

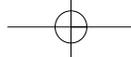
Conclusioni

La nostra esperienza dimostra come la presa in carico della famiglia nel percorso riabilitativo possa determinare un inizio di cambiamento: infatti riaffidare il paziente al Servizio territoriale inviante con l'inquadramento delle relazioni familiari, determina scelte diversificate, personalizzate e mirate al fine di mantenere l'astensione non solo dalla sostanza ma anche da dinamiche relazionali "tossiche".

Può essere infatti che, nell'after care sia necessario attivare un percorso a livello di consultorio familiare, di terapia di coppia, di presa in carico psicologica dei figli, di inserimento nei gruppi dei Servizi... fondamentale è restituire al territorio il risultato di una osservazione che solo la residenzialità permette.

Diviene importante anche l'osservazione delle dinamiche familiari nei momenti "informali" quali le visite riservate alle uscite pomeridiane del sabato e della domenica: una scelta organizzativa è perciò quella di avere in turno la figura dell'educatore anche nel fine settimana.

Può apparire superficiale ma rilevare (da vari punti di vista professionali ma anche dalle diverse sensibilità degli operatori)



anche piccoli dettagli, può comporre un mosaico che al termine svela la priorità con cui affrontare i problemi alla dimissione.

Note

1. Jung (1977), "Tipi Psicologici", *Opere*, vol. VI, Bollati Boringhieri, Torino.

2. Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza (1996), *La famiglia del tossico-dipendente*, Raffaello Cortina, Milano.

3. Ringraziamo la dott.ssa Rossin per la bella discussione in proposito.

4. MillerA. (2007), *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero sé - riscrittura e continuazione*, Bollati Boringhieri, Torino.

5. Faccio riferimento ai testi di Vittorio Cigoli e al costrutto dell'inibizione della generatività.

6. JodorowskyA. (2013), *I vangeli per guarire*, Mondadori, Milano.

