

L'approccio ecologico-sociale di Vladimir Hudolin: una nuova epistemologia per i problemi alcolcorrelati

Guido Guidoni e Angela Tilli

INTRODUZIONE

L'uomo fa uso di alcol da circa diecimila anni.

Il termine "alcol" deriva dalla parola araba "al-kuhl", originariamente usata per indicare il solfuro di antimonio, impiegato come prodotto di bellezza per annerire le palpebre e usata poi, in senso più esteso, per indicare qualsiasi sostanza ridotta in polvere finissima. La parola venne successivamente utilizzata per indicare l'essenza, la parte più sottile di ogni cosa e la ritroviamo nei testi di alchimia del 1600 con il significato di "alcohol vini", essenza del vino.

Popoli antichi come i babilonesi, i sumeri, gli egiziani e più tardi i greci e i romani, conoscevano gli effetti di questa sostanza il cui uso era spesso associato a cerimonie e riti sacri che costituivano anche una forma di controllo sociale rispetto al consumo di bevande alcoliche^{1,2,3,4,5}.

Fino al XVIII secolo tra le conseguenze dell'uso di alcol veniva citata quasi esclusivamente l'ubriachezza (intossicazione alcolica acuta), che del resto non era considerata particolarmente problematica, né un comportamento da stigmatizzare, ma era vista come l'innocua conseguenza del bere, come una scelta fatta per piacere.

Questa visione limitata degli effetti dell'alcol può essere attribuita al fatto che a quell'epoca la durata media della vita era inferiore a quell'attuale e quindi molte delle conseguenze dannose derivanti dall'uso di questa sostanza non avevano il tempo di manifestarsi durante la vita di un individuo, inoltre prima della Rivoluzione Industriale non erano molte le occasioni in cui l'uso di alcol poteva diventare socialmente pericoloso, come invece avvenne successivamente quando si diffusero l'uso di macchinari, la guida di autoveicoli, ecc. Anche l'emarginazione sociale, in tempi più recenti subita da molte persone che fanno uso di bevande alcoliche, non si è manifestata prima dell'avvento dell'urbanizzazione.

Solo verso la metà del 1700 si è iniziato a parlare delle conseguenze dannose dell'abitudine di bere alcolici arrivando a considerare gli ubriachi abituali come persone che hanno perso il controllo del bere^{1,6}.

Negli ultimi due secoli si sono alternati molti modelli che tentano di dare una spiegazione e cercano una soluzione per mitigare le conseguenze che, in tutte le culture, sono associate all'uso di sostanze alcoliche. 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 teorici⁷.

I molti modelli proposti si possono suddividere in tre grandi gruppi: biologico, psicologico e sociale.

Tra le teorie biologiche ricordiamo: *l'approccio genetico*, che si basa sull'osservazione che l'alcolismo è più ricorrente in alcune famiglie e nei gemelli monozigoti per dimostrare che esiste una predisposizione genetica ai disturbi alcolcorrelati, e la *teoria neurobiologica*, basata su studi condotti soprattutto su animali e sui concetti di stimolo rinforzante positivo, tolleranza e dipendenza.

Tra le teorie psicologiche troviamo: la *teoria psicotrasmissiva*, che vede l'alcolismo come una manifestazione psicopatologica individuale, dovuta a conflitti inconsci; le *teorie della personalità*, che ricercano una struttura specifica di personalità comune alle persone con problemi alcolcorrelati; la *teoria del condizionamento classico*, secondo la quale il comportamento umano è determinato da numerosi riflessi condizionati che, nel caso dell'alcol, possono essere dovuti a stimoli piacevoli legati alla bevanda (odore, sapore) o alla sua modalità di consumo (stati psicologici o ambienti sociali specifici); la *teoria sistemica*, che considera il sistema familiare come luogo di insorgenza del problema alcolcorrelato.

Tra le teorie sociali possiamo citare: la *teoria dell'apprendimento sociale*, che vede, per esempio, nell'azione negativa della pubblicità una causa dell'alcolismo e le *teorie antropologiche*, che pongono l'attenzione sugli atteggiamenti delle diverse culture nei confronti delle bevande alcoliche.

Sono inoltre da citare: la *teoria epidemiologico-statistica*, che ha dimostrato che il consumo medio pro capite di alcol è proporzionale alla prevalenza dei problemi alcolcorrelati e che quindi propone come unico modo per ridurre il numero di persone con problemi dovuti al bere è quello di diminuire il consumo medio delle bevande alcoliche nella popolazione generale (su tale teoria si basano anche le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di ridurre il consumo di alcol nei diversi Paesi), e la *teoria dell'accessibilità della bevanda alcolica*, per la quale più l'alcol è accessibile in una comunità, più alta sarà la frequenza e la gravità dei problemi alcolcorrelati^{3,8,4,9}. Tuttavia i modelli che più di altri hanno influito sul modo di approcciare i problemi correlati all'uso di alcol, sui trattamenti per le persone con problemi alcolcorrelati e anche sul pensiero condiviso dalla popolazione generale sono stati fino a pochi anni fa il *modello morale* e il *modello medico*, mentre oggi sta assumendo sempre maggiore importanza il *modello ecologico-sociale*¹⁰.

MODELLO MORALE

Il primo a considerare l'ubriachezza come una "malattia della volontà", fu il Dott. Benjamin Rush nel 1785. Egli prescriveva come cura l'astensione immediata e totale dalle bevande alcoliche. Il Dott. Rush portò avanti anche l'idea che l'alcolista fosse una vittima della diffusa e approvata usanza sociale di bere sostanze che provocano dipendenza¹¹.

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'Organizzazione Internazionale dei Buoni Templari, che si battevano contro la produzione, la diffusione e il consumo di bevande alcoliche. Queste associazioni tentarono anche di fondare degli asili dove gli alcolisti potevano ricevere trattamenti speciali.

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, sfociando nella legge che, in USA, vietò la produzione, la vendita ed il consumo di alcolici dal 1919 al 1933, quando fu poi abolita perché non aveva portato gli esiti auspicati.

Comunque 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. Similmente all'interno del modello morale si possono riconoscere 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 invece socialmente accettabile.

Il modello morale ha dominato nel 1800 ma non ha cessato del tutto di influenzare il pensiero ancora oggi. Ha enfatizzato una carenza nella responsabilità individuale e nella forza spirituale come causa di un bere eccessivo e smodato¹².

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^{10,6}.

MODELLO MEDICO

Nonostante che l'idea dell'ubriachezza abituale come malattia fosse già presente in Rush nel 1700 e che all'inizio del 1800 fosse stato descritto il quadro clinico del delirium tremens, la prima descrizione dell'"alcoholismus chronicus", come specifica sindrome, risale al 1849 ad opera del medico svedese Magnus Huss¹³. 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.

Fu però solo dopo la Seconda Guerra Mondiale che si affermò il concetto dell'alcolismo come malattia.

All'affermarsi di tale modello contribuì in maniera decisiva il movimento degli Alcolisti Anonimi (AA) il quale, nato nel 1935 negli USA, sostiene che l'alcolismo è una malattia né più né meno di come lo è, per esempio, il diabete, prescrivendo agli alcolisti la completa astinenza dall'alcol e definendo nel contempo l'alcolismo come una malattia cronica contro la quale bisogna lottare per tutta la vita: non esiste una dose sicura, che non rappresenti un rischio per la salute di un alcolista e che non lo porti in seguito alla compulsione a bere. Tuttavia, per i non alcolisti bere non rappresenta un rischio poiché la causa del problema è nella "malattia" dell'individuo e non nella sostanza in sé¹⁴.

Successivamente il modello medico trovò il suo suggello nell'opera di Jellinek che nel 1960 pubblicò il libro *Disease concept of alcoholism*. Nella sua opera Jellinek definisce l'alcolismo come "qualunque uso di bevande alcoliche che provochi un qualsiasi danno all'individuo o alla società, o a entrambi" e classifica diverse forme di alcolismo: alfa, beta, gamma, delta e epsilon. Il tipo *alfa* è caratterizzato da dipendenza dagli effetti dell'alcol per mitigare delle 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 riscontrava 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, che si trova nei 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 dedizione all'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 periodiche⁷.

Negli anni successivi, dopo che anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva da tempo incluso l'alcol tra le varie droghe, le varie classificazioni mediche compreso il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM III-R, DSM IV, DSM IV-TR) inclusero l'alcol tra le sostanze psicoattive che possono generare modificazioni comportamentali e sintomi fisici, psicologici e sociali associati al loro uso adottando una distinzione tra un consumo di alcol moderato da un uso patologico

senza per altro definire una dose soglia che segni il confine tra le due modalità di consumo. I Disturbi da Uso di Sostanze Psicoattive riguardano un uso patologico che viene classificato come Dipendenza oppure con la categoria residua di Abuso, a seconda dei criteri diagnostici soddisfatti che si riferiscono ai sintomi presenti nell'individuo e mai alla quantità di alcol ingerita. Queste condizioni sono distinte da un uso non patologico di sostanze psicoattive, come appunto un consumo di alcol moderato.

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 non alcolisti e a causa di questa differenza individuale, per l'alcolista è impossibile bere in modo moderato. La causa della malattia viene ricercata più nell'individuo che non nella sostanza in sé. D'altro canto non sono mai stati individuati assetti di personalità, tratti psicologici o costituzionali specificamente correlati con l'alcolismo. Il trattamento basato su tale modello è focalizzato sull'interazione tra l'individuo e la sostanza e sull'aiuto dato all'individuo nel suo sforzo di controllare il proprio comportamento compulsivo⁶. Il modello medico è stato spesso appoggiato anche dai produttori di bevande alcoliche poiché implica che la maggioranza delle persone possa bere moderatamente senza il rischio di diventare alcolista.

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 culturali¹⁵. Purtroppo, nonostante l'esistenza di un'ampia letteratura medica ed epidemiologica che si è preoccupata di definire la quantità massima di alcol che un soggetto adulto può assumere senza rischi per la salute, si è riscontrato notevole disaccordo su tale definizione a causa dell'eterogeneità dei criteri che si riferiscono, al peso individuale, al tipo di lavoro svolto e alla sua responsabilità sociale, al sesso, all'età o altro. Di fatto si assiste regolarmente ad un continuo abbassamento dei limiti di volta in volta proposti¹².

Il XX secolo vede anche l'emergere di un nuovo modello dei problemi alcolcorrelati che, in parte basato sulle critiche rivolte al modello medico della devianza, non guarda solo all'interazione tra l'individuo e la droga quanto all'interazione tra l'individuo e l'ambiente sociale: secondo il modello socio-psichiatrico la devianza non è più semplicemente definibile come dovuta a carenze nel controllo e nella responsabilità individuale ma viene vista come un processo sociale.

Sebbene questo tipo di approccio abbia allargato l'orizzonte di ricerca e trattamento dai singoli ai gruppi e abbia determinato un progresso nelle attività di prevenzione non si affranca da una logica di causalità lineare e non incide in maniera sensibile sulla prevalenza e sull'incidenza dei problemi alcolcorrelati che in tutto il mondo occidentale sono continuati ad aumentare.

Alla fine degli anni Quaranta L. von Bertalanffy propose la *teoria generale dei sistemi* che segnò l'inizio del diffondersi, nell'ambito di tutte le scienze, di una nuova visione epistemologica che rifiuta il concetto di causalità lineare ed è caratterizzata da concetti come circolarità e complessità¹⁶.

L'APPROCCIO ECOLOGICO-SOCIALE DI VLADIMIR HUDOLIN

Negli anni Sessanta a Zagabria iniziano i primi passi di una sintesi che sfocerà in una nuova metodologia per la prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei problemi alcolcorrelati basata su una originale e innovativa concettualizzazione del problema "alcolismo": *l'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi* di Vladimir Hudolin (finestra 1).

Già tale denominazione indica un cambiamento di prospettiva piuttosto radicale: non si parla più di "alcolisti" ma di persone con problemi alcolcorrelati; si parla inoltre di "problemi complessi" quando

all'uso di alcol si associano difficoltà dovute sia all'uso di altre sostanze psicoattive sia a problematiche di altra natura, come disturbi psichici, problemi con la giustizia, assenza di dimora, ecc.

UN MODELLO EPISTEMOLOGICO

Con Hudolin si ha una rivoluzione epistemologica nell'approccio all'alcolismo: l'alcolismo e gli altri problemi alcolcorrelati non sono più considerati come una malattia o un vizio ma come un comportamento, uno stile di vita e come tale determinato da molteplici fattori interni ed esterni alla persona di natura biologica, psicologica e sociale. Invece di alcolismo viene usato 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 comunità¹⁹. Recentemente 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"²⁰.

La teoria ecologico-sociale rappresenta un approccio epistemologico in linea con la prospettiva che De Leo e Patrizi (1992) hanno definito in termini di "costruzionismo complesso", rappresentata, seppur da angolazioni diverse, da autori come Kelly, von Bertalanffy, Bateson, Popper, Prigogine, Maturana e Varela, Morin, Luhman. Una prospettiva in cui in primo luogo si ha la rinuncia ad ogni spiegazione di tipo lineare e la valorizzazione di un pensiero circolare che proceda dal tutto alle parti e dalle parti al tutto^{21,22}.

La teoria ecologico-sociale aderisce all'approccio sistemico^{15,3}, 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"²¹. Quindi abbiamo una valorizzazione del contesto come sottosistema ecologico di cui ogni comportamento è parte ed è da esso definito^{23,24}.

Per Hudolin è la "comunità", cioè l'ambiente dove l'uomo vive e lavora, il sistema di cui l'alcolismo e gli altri problemi alcolcorrelati è espressione sotto forma di stile di vita a cui la comunità stessa dà significato^{3,19}. La famiglia rappresenta un sottosistema fondamentale del sistema comunità. La comunità è di fatto una comunità di famiglie. L'approccio familiare è quindi ritenuto essere l'"approccio minimo" indispensabile per affrontare il problema.

L'attenzione al contesto si esprime anche nei confronti della teoria stessa che prevede continue revisioni in base alle nuove conoscenze emergenti dall'ambiente scientifico e dall'esperienza che della teoria viene fatta nella pratica quotidiana. In base a tali emergenze si è avuto un ulteriore sviluppo del concetto ecologico-sociale con l'introduzione della "multidimensionalità", cioè il lavoro con famiglie che presentano i problemi alcolcorrelati in combinazione con altri disagi come l'uso di sostanze psicoattive, i disturbi psichici, esistenziali, ecc¹⁹ (finestra 3).

LO SVILUPPO DELL'APPROCCIO ECOLOGICO-SOCIALE AI PROBLEMI ALCOCORRELATI E COMPLESSI

L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, nelle prime fasi della sua evoluzione era chiamato approccio psico-medico-sociale e lo sforzo era concentrato soprattutto sulla preparazione e sull'attuazione dei programmi di lavoro, sulla prima valutazione dei risultati nonché sulla formazione di base degli operatori, allora chiamati terapeuti perché era ancora adottato il concetto dell'alcolismo come malattia.

Nel 1975 è stato adottato l'approccio familiare.

Una tappa importante dello sviluppo di tale metodologia è stata la sua introduzione in Italia, nel 1979. Nel nostro Paese, infatti, l'approccio del Prof. Hudolin ha avuto uno sviluppo particolarmente rigoglioso al punto che oggi sono presenti oltre 2200 Club degli Alcolisti in Trattamento diffusi su tutto il territorio nazionale.

Nel 1985 l'approccio ha iniziato a svilupparsi verso la sua forma attuale: ha abbandonato il concetto di malattia e ha definito i problemi alcolcorrelati come comportamento, stile di vita. Con una sempre più precisa elaborazione anche dal punto di vista teorico, si è sviluppato poi verso quello che avrebbe cominciato a chiamarsi approccio ecologico-sociale¹⁹.

Dalla metà degli anni '90 questo approccio è stato esportato dall'Italia in numerosi Paesi sia europei che extraeuropei. Oggi i Club degli Alcolisti in Trattamento sono presenti in 28 paesi oltre l'Italia: Albania, Bielorussia, Bosnia, Brasile, Bulgaria, Cile, Croazia, Danimarca, Ecuador, Francia, Grecia, India, Macedonia, Montenegro, Nicaragua, Norvegia, Nuova Zelanda, Perù, Polonia, Portogallo, Russia, Romania, Serbia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia e Svizzera²⁵.

UNA 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 e si considerano parte della più vasta azione di promozione e protezione della salute³.

La tecnica di trattamento dei problemi alcolcorrelati e complessi sviluppata sull'approccio ecologico-sociale è basata sui Club degli Alcolisti in Trattamento (finestra 4).

Questi vengono definiti come comunità multifamiliari (e non gruppi di autoaiuto) composti da un minimo di due a un massimo di dodici famiglie con problemi alcolcorrelati ed un servitore-insegnante. 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 e regolarmente si aggiorna su argomenti legati all'alcol e al lavoro dei Club. Il Club degli Alcolisti in Trattamento è inserito nella comunità locale, i membri non adottano l'anonimato e danno continua testimonianza della loro esperienza e del loro cambiamento all'interno della comunità locale.

Insieme, le famiglie comunicano, lavorano per raggiungere l'astinenza dall'alcol e dalle altre droghe e per migliorare il proprio stile di vita, si impegnano a mantenere il Club sempre aperto verso l'esterno per garantire lo scambio e la crescita e per favorire la collaborazione con tutte le istituzioni pubbliche e private interessate ai problemi alcolcorrelati^{26,27}.

Infatti il Club degli Alcolisti in Trattamento rappresenta un nodo della rete territoriale per la protezione e promozione della salute.

UNA FILOSOFIA DI VITA

Agli inizi degli anni Novanta il Prof. Hudolin ha introdotto il concetto di "spiritualità antropologica", definito come "la cultura sociale umana basata sui valori che l'uomo ha da sempre posseduto come un codice interno di regole di comportamento"²⁷. 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 umana²⁷.

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"²⁸.

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"¹⁸. Questo vuol dire che, operare secondo l'approccio ecologico-sociale non significa soltanto prendersi cura delle persone con problemi alcolcorrelati e le loro famiglie, ma implica una profonda esperienza personale, che implica a sua volta l'adozione di una nuova filosofia di vita.

Ogni teoria è determinata dalla personalità del suo fondatore e dai pazienti con i quali questi si è trovato a lavorare²⁹. La teoria ecologico-sociale è nata nell'ambito dei problemi alcolcorrelati e in questi ha trovato la sua più importante applicazione ma è una teoria adattabile a qualsiasi disagio provocato da alterazioni dell'ecosistema umano. Il Prof. Hudolin stesso era il primo a mettere la teoria continuamente in discussione per adattarla alle nuove esperienze. Attualmente siamo davanti ad una teoria aperta a nuovi sviluppi e a nuovi campi di applicazione.

CONCLUSIONE

I modelli che più di altri hanno influito sul modo di approcciare i problemi correlati all'uso di alcol, sui trattamenti per le persone con problemi alcolcorrelati e anche sul pensiero condiviso dalla popolazione generale riguardo al significato del bere alcolici, sono quindi rappresentati da: il *modello morale*, il *modello medico* ed il *modello ecologico-sociale*.

Di fatto i modelli morale e medico rimandano ad un difetto dell'individuo, malattia della volontà o predisposizione somatica, il modello ecologico sociale pone invece l'accento sull'ecosistema ovvero sulla cultura generale e sanitaria. L'oggetto dell'intervento è completamente diverso: non è più l'individuo vizioso o malato ma è la comunità.

I diversi modi di concettualizzare i problemi alcolcorrelati determinano anche il tipo di persone coinvolte nei sistemi di trattamento utilizzati.

L'approccio morale, che prevale nel XIX secolo, vede l'intervento di "persone di buona volontà", spesso legate anche a movimenti religiosi.

L'approccio medico vede l'intervento di specialisti che si occupano soprattutto delle conseguenze somatiche e psichiatriche dell'uso di alcol.

L'approccio ecologico-sociale, che considera il bere alcolici come uno stile di vita che fa parte di una cultura, prevede la partecipazione di TUTTI i membri della comunità, compresi gli "alcolisti" e i loro familiari.

Tuttavia, come per tutte le teorie, non esiste nella realtà una separazione netta di tali modelli nel tempo e questi spesso convivono per molti anni.

Potremmo quindi concludere affermando che, mentre il modello morale ha dominato nel XIX secolo ed il modello medico è stato importante nel XX secolo, l'approccio ecologico-sociale si propone oggi come il modello che potrà maggiormente svilupparsi nel XXI secolo.

BIBLIOGRAFIA

1. 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., Barcucci P., (a cura di) *Alcol e problemi correlati*, Genova, Medical Systems, 1997, (http://medicalsistemas.editoria.com/caleidoscopio/114_ruggenini/114_ruggenini.epistemol.html).
2. 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.
3. Hudolin V., *Manuale di alcologia*, seconda edizione, Trento, Erickson, 1991.
4. Malka R., Fouquet P., Vachonfrance G., *Abrégé de alcologie*, Paris, Masson, 1983, (trad. it. *Alcologia*, Milano, Masson, 1986).
5. Mallach H. G., Hartmann H., Schmidt V., *Alkoholwirkung beim Menschen*, 1987, (trad. it. *Alcolismo e Alcologia*, Firenze, USES, 1988).
6. 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.
7. Jellinek E., *The Disease Concept of Alcoholism*, New Haven, Hillhouse, 1960.
8. Ledermann S., *Alcool, Alcoolism, Alcolisation (moralité, morbidité, accidents du travail)*, Presses Universitaire de France, 1964.
9. Zimberg S., *The Clinical Management of Alcoholism*, 1982 (trad.it. *La cura clinica dell'alcolismo*, Milano, Ferro, 1984).
10. Guidoni G., Tilli A., *Modelli teorici e di trattamento dei problemi connessi all'uso di alcol*, in "Stella Polare", 2-3, 2000.
11. Rush B., *An Inquiry into the Effects of Spiritous Liquors on the Human Body*, Boston, Thomas Andrews, 1970.
12. Guidoni G., Tilli A., Cipriani A., *I concetti di uso e abuso di bevande alcoliche: una riflessione alla luce dei modelli teorici di riferimento*. In "Il Reo e il Folle", 14, 2000.
13. Huss M., *Alcoholismus Chronicus*, Stockholm, J. Beckmann, 1849.
14. *Alcoholics Anonymous*, New York, AA World Service, 1939.

15. Hudolin V.L., *Aspetti contemporanei dell'alcolologia e dieci anni di attività alcolologica a Trieste*, in Hudolin V.L., 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.
16. Bertalanffy L., von, *Teoria generale dei sistemi*, 1968 (trad. it. Milano, Isedi, 1971).
17. Hudolin V.L., *comunicazione personale*.
18. 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.
19. Hudolin V.L., *La riabilitazione delle famiglie con problemi alcolcorrelati e complessi*, in Hudolin V.L. e Corlito G. (a cura di), *Psichiatria, Alcolologia, Riabilitazione*, Trento, Erickson, 1997, pp. 13-26.
20. Capra F., *The hidden connections*, 2002, (trad. it. *La scienza della vita*, Milano, Rizzoli, 2002).
21. De Leo G., Patrizi P., *La spiegazione del crimine*, Bologna, Il Mulino, 1992.
22. Piani F., *Riabilitazione e alcolologia*, in Hudolin V.L. e Corlito G. (a cura di), *Psichiatria, Alcolologia, Riabilitazione*, Trento, Erickson, 1997, pp. 55-64.
23. Bateson G., *Steps to an Ecology of Mind*, San Francisco, Chandler, 1972, (trad. it. *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi, 1976).
24. Bateson G., *Mind and Nature*, 1979, (trad.it. *Mente e natura*, Milano, Adelphi, 1984).
25. Guidoni G. e Cipriani A., *Introduzione*, in "Il reo e il folle. Alcol dietro le sbarre", Firenze, Es. Ip. So., I, 2000.
26. Hudolin V.L., *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.
27. Hudolin V.L., *Introduzione*, in Hudolin V.L., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Dimauro P.E., Guidoni G., Scali L. (a cura di), *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*, Trento, Erickson, 1994, pp. 15- 113.
28. Maturana H., Varela F., *El árbol del conocimiento*, 1994, (trad. it. *L'albero della conoscenza*, Milano, Garzanti, 1987).
29. Ellenberger H. F., *The Discovery of Unconscious*, New York, Basic Book, 1970, (trad. it. *La scoperta dell'inconscio*, Torino, Bollati Boringhieri, 1976).

Alcolologia, 14 (2-3), 95-109, anno 2002.

http://www.alcoholnet.net/Approccio%20ecologico%20sociale/l'approccio_ecologico_sociale_di_vla_dimir_hudolin.htm