



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISSPA)**

**Corso di Laurea Triennale in Scienze Psicologiche sociali e del
lavoro**

Elaborato finale

**Comunità Terapeutiche e Inclusione
Sociale: Oltre lo Stigma nel Disturbo da
Uso di Sostanze**

Therapeutic Communities and Social Inclusion: Beyond
Stigma in Substance Use Disorder

Relatrice:

Prof.ssa Maria Cristina Ginevra

***Laureanda:* Alice Nascimbene**

Matricola: 2074331

Anno accademico 2024/2025

INDICE

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1	5
1.1 REINSERIMENTO SOCIALE.....	5
1.1.2 Il concetto di reinserimento sociale e il suo impatto sulla persona con disturbo da uso di sostanze ..	5
1.2 BARRIERE AL REINSERIMENTO SOCIALE.....	8
1.2.1 Stigma sociale e auto-stigmatizzazione	8
1.2.2 Barriere psicosociali	12
1.3 FATTORI FACILITANTI E STRATEGIE DI SUCCESSO	15
1.3.1 Il ruolo della rete di supporto	15
1.3.2 Promozione di una città inclusiva	17
CAPITOLO DUE	20
2.1 IL RUOLO PSICOEDUCATIVO DELLE COMUNITÁ TERAPEUTICHE	20
2.1.2 Le comunità terapeutiche come spazio di inclusione	20
2.1.3 Obiettivi, modalità di intervento e ruolo dello psicologo nella comunità	23
2.1.4 Recupero della propria identità	25
2.2 INTERVETI PSICOEDUCATIVI PER L’INCLUSIONE SOCIALE.....	28
2.2.1 Educazione emotiva e la prevenzione alle ricadute.....	28
2.2.2 Inclusione lavorativa	31
CONCLUSIONE	35
BIBLIOGRAFIA	37

INTRODUZIONE

Il disturbo da uso di sostanze (DUS) rappresenta una sfida globale in cui non si interpella solo la responsabilità individuale, ma quella sociale, di comunità.

Le persone con DUS continuano ad affrontare pregiudizi e barriere che limitano il loro accesso alla società e alle opportunità di lavoro. Il primo capitolo della tesi discute proprio di questo, di come lo stigma sia amplificatore di isolamento e di emarginazione. Vengono successivamente messe in luce le strategie per superare queste barriere. Tratta, inoltre, dei sentimenti estremamente svalutanti, di vergogna, che le persone con DUS provano, nel momento in cui si relazionano a un mondo che non è pronto ad accoglierli.

In relazione agli argomenti trattati nel primo capitolo, il secondo, analizza il ruolo trasformativo delle Comunità Terapeutiche. Queste ultime sono promotrici della costruzione di una nuova identità sociale, del rafforzamento dell'autostima e della creazione di relazioni sociali positive. Attraverso l'empatia e il dialogo, in questi luoghi, viene trasmessa l'importanza del senso di appartenenza e della responsabilità reciproca.

L'obiettivo finale è quello di creazione di una società che veda l'inclusione come un'opportunità e non come un fallimento, dove il recupero sia visto come traguardo collettivo. È necessario ampliare le politiche inclusive in ogni ambito, dall'istruzione alle occupazioni, garantendo reti di sostegno concrete, in modo da costruire un futuro in cui nessuno si senta lasciato indietro.

CAPITOLO 1

1.1 REINSERIMENTO SOCIALE

Il reinserimento di persone con disturbo da uso di sostanze è rappresentato dall'interazione tra fattori individuali, relazionali e ambientali. Questo processo mira a ridurre gli individui a uno stile di vita autonomo e partecipativo, superando le barriere che ostacolano il loro percorso.

Le principali sfide risiedono proprio nello stigma sociale e nell'auto-stigmatizzazione, che minano autostima e autoefficacia, portando a isolamento. A ciò si aggiunge il rapporto travagliato con la famiglia, le difficoltà economiche e la mancata inclusione sociale.

Esistono però alcuni modelli, come quello della città inclusiva, che promuove il capitale di recupero, integrando formazione e opportunità lavorative.

Il risentimento sociale richiede quindi una volontà collettiva nel cercare di decostruire gli stereotipi radicati nella società, al fine di garantire il diritto fondamentale all'inclusione.

1.1.2 Il concetto di reinserimento sociale e il suo impatto sulla persona con disturbo da uso di sostanze

Il reinserimento sociale di persone con disturbo da uso di sostanze rappresenta una sfida complessa, influenzata da dinamiche individuali, relazionali e ambientali. Questo capitolo, partendo dai dati globali sul DUS, approfondisce il ruolo dell'ambiente e delle relazioni nello sviluppo dei comportamenti additivi. Si evidenzia l'importanza di un approccio integrato che coinvolga istituzioni, aziende e comunità, concentrandosi sull'educazione e sulla responsabilità collettiva.

Dal 1980 gli studi che vengono svolti iniziano a tenere in considerazione l'importanza del ruolo giocato dall'ambiente e dalle relazioni sociali nella messa in atto di comportamenti additivi. L'ambiente in cui gli individui vivono incide sul loro sviluppo e le scelte che prendono possono indurli a seguire percorsi diversi. Alcune di queste decisioni possono portare a circostanze di vita problematiche e a condizioni di grande vulnerabilità. Nel momento in cui si fa uso di sostanze la struttura delle relazioni muta, questo può creare disagio e situazioni di isolamento, in quanto "l'uso di sostanze

compromette l'autonomia decisionale, influenzando la capacità di scelta consapevole" (Volkow et al., 2022).

Secondo il UNODC World Drug Report (2023) circa 39,5 milioni di persone hanno un disturbo da dipendenza e i giovani, tra i 18 e i 24 anni, rappresentano il 18% degli utilizzatori globali. In particolare, tra questi ultimi, i trend in aumento sono: cannabis, alcol, droghe sintetiche e farmaci non prescritti. I fattori che guidano l'aumento sono vari, tra cui l'isolamento dovuto al post-pandemia, la facile accessibilità attraverso il mercato digitale a sostanze a basso costo, la normalizzazione culturale che diminuisce la percezione del rischio e le innovazioni chimiche.

Nasce quindi l'esigenza di strutture sociali capaci di fornire meccanismi di supporto e di reintegrazione sociale. "Questo può essere difficile poiché lo stigma, l'auto-stigma e la discriminazione sono barriere significative per chi è in fase di recupero" (Roche et al., 2019).

Per recupero sociale si intende proprio la "capacità delle persone di condurre una vita piena e contribuyente come cittadini attivi" (Tew et al., 2013).

La letteratura sottolinea la necessità di concentrarsi sulla quotidianità della vita che includa il riprestino della vita sociale, le relazioni di sostegno e la capacità di identificarsi nel ruolo di cittadino produttivo. "Le reti sociali di supporto sono determinanti nel ridurre l'isolamento e promuovere il benessere" (Kelly et al., 2021). Questo fa sì che l'individuo in fase di recupero, sentendosi nuovamente parte della società, riesca a superare la solitudine.

Il Manuale sull'integrazione sociale degli utenti recuperati (Handbook on Social Integration of Recovered Drug Users Tri-pler Project, 2017) fornisce prove delle iniziative di reintegrazione sociale di persone con disturbi da uso di sostanze. Dopo che l'individuo ha accettato di iniziare il trattamento, quest'ultimo si divide in tre fasi:

- 1- Nella prima fase ci si concentra sull'implementazione della motivazione e sulla riduzione dei comportamenti a rischio.
- 2- Nella seconda fase si lavora sullo sviluppo dell'autonomia, sulla capacità di comunicazione e sull'identificazione delle norme e dei valori socialmente condivisi.
- 3- La terza fase si concentra sull'inclusione vera e propria dell'individuo all'interno della società attraverso attività educative e lavorative.

A causa dello stigma e dei preconcetti che influenzano la vita delle persone con disturbo da uso di sostanze, la riabilitazione e la successiva reintegrazione risultano complessi. Sia le aziende che le società svolgono un ruolo importante nel processo di inclusione. La prima è fondamentale per le sue attività socialmente responsabili, mentre la seconda lo è attraverso gli atteggiamenti, l'accettazione e l'empatia. "La responsabilità sociale d'impresa deve includere politiche inclusive per gruppi vulnerabili" (UN Global Compact, 2021).

La Croce Rossa, in particolare, è un'istituzione umanitaria internazionale fondata per proteggere la vita e la salute e per prevenire e alleviare la sofferenza umana. Si basa sui principi di neutralità, imparzialità, unità, indipendenza, volontariato e universalità (Comitato Internazionale della Croce Rossa, 2008, pp. 519–520). Diverse aziende collaborano attivamente con la Croce Rossa e accolgono persone con disturbo da uso di sostanze in riabilitazione.

Per supportare queste iniziative sociali le aziende devono essere consapevoli e per questo sono necessari progetti di formazione specifica. In questo modo le aziende possono aumentare le proprie conoscenze e correggere le idee sbagliate e stigmatizzate esistenti, consentendo di lavorare in modo più efficace con questo gruppo sociale.

L'istituto per l'occupazione e la formazione professionale (IEFP) ha promosso misure specifiche per sostenere il reinserimento socioprofessionale di persone con esperienza di dipendenza, essendo loro percepite come difficili e poco affidabili (Consiglio dei ministri, 1998). Oltre all'implementazione della formazione continua per le aziende, a livello politico la questione chiave è garantire le misure di supporto siano adeguatamente diffuse alle persone interessate.

Il reinserimento sociale richiede un percorso strutturato in fasi, che parta dalla motivazione individuale per arrivare all'inclusione attraverso lavoro e formazione. Nonostante istituzioni come la Croce Rossa e l'IEFP mostrino collaborazione nel processo di superamento dello stigma, la mancata consapevolezza sociale rimane un limite significativo, sottolineando la necessità di campagne di formazione continua. "Le persone all'interno del gruppo verbalizzano la loro esperienza, la loro forza e la loro speranza. Parlano di ciò che stanno attraversando, non solo dei loro problemi ma anche delle loro soluzioni. E questo ti dà speranza e, si spera, innescherà la volontà di prendere a modello loro" (DeLucia et al., 2015).

1.2 BARRIERE AL REINSERIMENTO SOCIALE

Le persone con disturbo da uso di sostanze devono superare numerosi ostacoli nel loro percorso di reinserimento sociale. Stigma e auto-stigmatizzazione fanno sì che questi individui entrino in un circolo negativo che comprende marginalità e vergogna. Attraverso un'analisi teorica questi capitoli esplorano come il pregiudizio, una volta interiorizzato, danneggi gravemente l'autostima, portando all'esclusione sociale.

1.2.1 Stigma sociale e auto-stigmatizzazione

Questo capitolo rende evidente come lo stigma sia moltiplicatore di disuguaglianze, riducendo l'autostima e alimentando comportamenti disfunzionali. L'auto-stigmatizzazione, in particolare, evidenzia l'urgenza di interventi psicologici mirati a rafforzare l'autoefficacia, interrompendo il circolo vizioso tra vergogna e ricaduta.

Le persone con disturbo da uso di sostanze sono considerate oggetto di stigma, in quanto la società vede i loro comportamenti come scelte. In questo scenario il sociologo Erving Goffman definisce lo stigma come screditante verso la persona, riducendola "da una persona intera e abituale a una scontata e segnata" (Goffman, 1963, p. 3). Quest'ultimo individua tre tipi di stigma:

- 1- Lo stigma derivante da caratteristiche fisiche.
- 2- Lo stigma derivante da aspetti del carattere devianti dalla norma sociale.
- 3- Lo stigma derivante da gruppi umani considerati diversi dalla società e quindi non desiderati.

Un altro studioso interessato all'argomento è John Braithwaite, il quale sostiene che la ripetizione dello stigma porta allo sviluppo di un'"identità padrone" e che questo conduca all'esclusione dei soggetti discriminati. Inoltre, sottolinea come uno dei problemi deriva dal fatto che le società praticano maggiormente la vergogna disintegrativa piuttosto che quella reintegrativa. Nel primo caso viene completamente escluso il soggetto screditato, mentre nel secondo vi è la reintegrazione all'interno della società. Questo è il motivo per cui vi è una maggiore diffusione dello stigma e una maggiore probabilità di sviluppare la cosiddetta "identità padrone". Ciò è coerente con la teoria di Goffman secondo cui se "una persona è screditata di fronte a un mondo che non l'accetta" (Goffman, 1963, p.19), è più probabile che fallisca nella riabilitazione.

Lo stigma, avendo un grande impatto sull'autostima, può minacciare l'identità sociale (Major e O'Brien, 2005) portando alla convinzione che tutti gli eventi negativi della vita derivino dall'essere un membro del gruppo stigmatizzato. "La percezione di basso status sociale correlata a esiti di salute negativi è confermata in contesti contemporanei" (Cheetham et al., 2022). L'appartenenza a gruppi di tossicodipendenti può quindi comportare effetti negativi sul benessere, in quanto un'identità sociale svalutata può essere legata alla percezione di minaccia. Questo fa sì che questi individui siano esposti maggiormente a problemi di salute mentale e fisica, portando a reazioni di stress affettivo, fisiologico e comportamentale. "Lo stigma interiorizzato genera auto-sabotaggio e ostacola l'accesso alle cure" (Livingston et al., 2020). Questo genera sentimenti di vergogna e colpa, i quali derivano dal fatto che gli individui hanno bisogno di essere accettati e approvati dai gruppi sociali ai quali vogliono appartenere. Il sostegno sociale percepito può infatti proteggere le persone dalle conseguenze negative, soprattutto per le persone con DUS, in quanto attraverso l'appoggio sociale si migliorano le proprie strategie di adattamento, al fine di tutelarsi dallo stigma e dalle sue conseguenze negative. Per questo è fondamentale lavorare, nel percorso di riabilitazione, sull'autostima e sull'autoefficacia.

Lo stigma non è soltanto sinonimo di cattiveria ma svolge una funzione essenziale. La finalità di quest'ultimo è infatti controllare le devianze all'interno della società. Esistono tre declinazioni dello stigma sia in campo sociale che individuale. Nel primo caso lo stigma si declina in:

- Stigma pubblico, che riguarda atteggiamenti condivisi da tutta la popolazione che portano poi alla discriminazione.
- Stigma istituzionale, che riguarda i regolamenti e le prassi che portano svantaggi in alcune categorie di individui i quali, a causa di ciò, devono seguire determinate regole e obblighi.
- Stigma penale, che in materia di sostanze stupefacenti concerne con la penalizzazione del consumo di droghe.

Nel secondo caso, quello individuale, lo stigma si declina in tre livelli:

- Stigma sperimentato, ossia una discriminazione palese verso la persona stigmatizzata.
- Stigma percepito, ossia come l'individuo crede che il pubblico lo percepisca.
- Stigma interiorizzato, ossia l'auto-applicazione di credenze stigmatizzanti.

Nonostante lo stigma sia identificato talvolta come utile all'interno dalla società, molti pensano che quest'ultimo "dovrebbe essere riconosciuto come ingiustizia sociale" (Grosso et al., 2023).

Patrick W. Corrigan e David L. Penn individuano tre strategie per contrastare lo stigma. La prima è la protesta, la quale coincide con l'attivismo sociale in favore dei diritti umani negati alle persone stigmatizzate. La seconda è l'educazione, ossia mostrare in modo scientifico che i pregiudizi non risolvono i problemi. Attraverso formazione e interventi di sensibilizzazione si cerca di coinvolgere i gruppi emarginati all'interno della società, favorendone l'inclusione. La terza è il contatto, che riguarda l'incontro di membri appartenenti a un gruppo stigmatizzato con i componenti della comunità. Il contatto è infatti la chiave per mediare al conflitto.

Nel momento in cui il processo di stigma è continuo e ripetuto, l'individuo interiorizza gli stereotipi negativi associati alla dipendenza, arrivando all'auto-stigmatizzazione. Owen Flanagan sostiene che questo processo "include una condizione di vergogna all'interno dell'individuo" (Matthews et al., 2017). Le persone dipendenti si interpretano come fallimenti per la società, come individui non capaci di essere efficaci e attivi nel contesto sociale e, da qui, deriva il sentimento di svalutazione nei propri confronti. Il concetto di vergogna deriva dalla non soddisfazione di uno standard normativo personale, standard che deriva dall'apprendimento sociale in cui le persone con disturbo da uso di sostanze imparano a deludere sé stessi e le persone che contano su di loro. L'auto-stigmatizzazione implica due tipi di contenuto cognitivo:

- 1- L'autosvalutazione, ossia la riflessione degli stereotipi e dei giudizi interiorizzati.
- 2- La paura, di essere un bersaglio dei pregiudizi messi in atto.

L'effetto dell'auto-stigma non si basa solo sulla frequenza o sull'intensità con la quale la situazione discriminante viene ripetuta, ma anche nel modo in cui le persone si relazionano al pensiero stigmatizzante. Una delle strategie più comuni con cui questi pensieri vengono affrontati è l'evitamento. Si cerca quindi di ridurre i pensieri negativi, di sopprimere le emozioni dolorose. La ricerca suggerisce però che l'evitamento è particolarmente problematico e contribuisce a problemi comportamentali in chi utilizza sostanze. Questo è dimostrato dal fatto che queste persone tendono ad attuare il ritiro sociale per evitare il rifiuto degli altri e ciò può sfociare in comportamenti psicosociali negativi. "L'evitamento emotivo aggrava la disconnessione e aumenta il rischio di ricaduta" (Karekla et al., 2023).

In sintesi, potremmo dunque dire che in primo luogo le persone con disturbo da uso di sostanze si identificano con il gruppo stigmatizzato, interiorizzando stereotipi negativi, con conseguente svalutazione di sé stessi. Successivamente tendono ad avere timore di imbattersi nello stigma e, in risposta, attuano strategie problematiche e disfunzionali. Questo modello può successivamente infierire sugli obiettivi di vita e sulla riabilitazione.

Secondo Patrick Corrigan lo stigma viene interiorizzato dalla persona che lo subisce attraverso cinque passaggi:

- 1- Ogni persona fa parte dell'ambiente culturale e sociale in cui vive. Proprio per questo è molto probabile che avvenga la condivisione del pregiudizio, portando così le persone con disturbo da uso di sostanze a condividere preconcetti sulle dipendenze.
- 2- Nel momento in cui si applica il pregiudizio su sé stessi vengono sperimentati sentimenti di vergogna e colpa, suscitando così autodisprezzo.
- 3- L'autostima viene ferita e, giudicando negativamente sé stessi, la propria immagine diventa fallimentare. Questo porta alla svalutazione del proprio sé e al pensiero di non essere mai abbastanza, non riuscendo a raggiungere lo standard socialmente condiviso.
- 4- Si mettono in atto strategie di evitamento per cercare di proteggersi dall'angoscia. Tra queste ricordiamo l'ostilità provocatoria e la negazione. Attraverso quest'ultima si cerca di sopprimere il problema minimizzandone la gravità.
- 5- Non riuscendo a percorrere una strada riabilitativa proficua si ricade compulsivamente nell'uso della sostanza. Questo perché la si vede come unica via per tenere a bada il malessere interiore che si prova.

La psicologia evolutiva insegna che attraverso una buona relazionalità con l'adulto di riferimento il bambino impara la responsabilità. In questo modo con il tempo si costruirà un adolescente e successivamente un cittadino consapevole. Creando responsabilità individuale si definisce quella sociale, diventando autonomi con l'aiuto degli altri. Questo vale sia nei processi di costruzione della persona, sia in quelli di ricostruzione. George Armitage Miller ci ricorda infatti che quando si parla di ricostruzione di responsabilità "focalizzarsi solo sull'individuo e non sui fattori contestuali che influenzano la responsabilità, porta a stigmatizzare maggiormente le persone con DUS" (Grosso et al., 2023).

In conclusione, possiamo riconoscere quanto sia cruciale aumentare la consapevolezza al fine di indebolire lo stigma, poiché quest'ultimo è un'etichetta per la persona che lo subisce. Per raggiungere questo obiettivo è necessario implementare a livello individuale, interventi psicologici fondati sull'accettazione in modo da interrompere il ciclo di vergogna e ricaduta mentre, a livello sociale, promuovere politiche inclusive e campagne educative per demolire i pregiudizi.

1.2.2 Barriere psicosociali

Il seguente capitolo si propone di analizzare le barriere psicosociali che ostacolano il reinserimento sociale di individui con disturbo da uso di sostanze (DUS), approfondendo le dinamiche che alimentano l'esclusione e limitano l'inclusione. Il focus è esaminare i principali ambiti in cui si manifestano tali barriere con l'obiettivo di delineare un quadro delle sfide psicosociali che queste persone devono affrontare ogni giorno.

L'esclusione sociale è stata definita come “uno stato in cui gli individui non sono in grado di partecipare pienamente nella vita economica, sociale, politica e culturale, nonché nel processo che conduce a tale stato e lo sostiene” (Nazioni Unite, 2016, p.18).

Si sostiene, al contrario, che la comprensione dell'inclusione sociale sia un processo con un obiettivo ben preciso: “il processo di miglioramento delle condizioni di partecipazione nella società per persone svantaggiate in base all'età, al sesso, alla disabilità, alla razza, all'etnia, all'origine, alla religione, allo stato economico o di altro tipo, attraverso maggiori opportunità, accesso alle risorse, voce e rispetto dei diritti” (Tricco et al., 2018).

Queste definizioni consentono un'ampia comprensione dei concetti, tuttavia la misurazione e la definizione di inclusione ed esclusione sociale dipendono da fattori sociali, culturali, sistematici e ambientali. L'Organizzazione delle Nazioni Unite sostiene che sperimentare l'esclusione sociale può facilitare il recupero e sottolinea “l'importanza di affrontare problemi di abuso di sostanze, nonché le relative disuguaglianze, che possono portare alla violazione dei diritti umani” (Nazioni Unite 2016).

Per molte persone con DUS le relazioni difficili con la famiglia, amici o partner hanno creato un senso duraturo di disconnessione e una barriera all'inclusione sociale. Questo è stato associato alla mancanza di supporto e conoscenza su come procedere alla riabilitazione, portando così all'isolamento. Una delle strategie più funzionali per superare il senso di esclusione viene riscontrata nella partecipazione ad attività

significative, soprattutto quelle con i pari, in quanto, grazie a queste, le persone hanno sperimentato una maggior autostima, abilità sociali, meccanismi di adattamento e motivazione.

Gli ambiti più comuni ai quali sono associate le barriere sociali sono:

- **Relazioni:** per molte persone con DUS avere relazioni difficili con amici, familiari e/o partner crea un senso di disconnessione e una barriera all'inclusione sociale. Ciò è stato associato alla mancanza di supporto, sicurezza e conoscenza su come procedere, portando a un maggiore isolamento ed esclusione. Alcuni, in correlazione con ciò, evitano di iniziare relazioni per paura di ricadute, autoprotezione in ambienti ostili, alienazione o paura del rifiuto. Una delle strategie più funzionali per superare ciò è stabilire relazioni con coetanei attraverso la partecipazione ad attività supportate da collaborazione e accettazione reciproca. “Porre fine a relazioni malsane e superare la mancanza di fiducia negli altri è necessario per facilitare la connessione. Coinvolgere i membri della famiglia e altre persone significative nel trattamento potrebbe supportare ulteriormente l'inclusione sociale” (Nord-Baade et al., 2024).
- **Attività significative:** impegnarsi in attività significative è stato spesso descritto come un inizio per promuovere l'inclusione sociale. Partecipando a diverse attività, in particolare con il supporto dei pari, le persone hanno sperimentato una maggiore autostima, abilità sociali e meccanismi di adattamento. Le barriere alla partecipazione sociale erano associate a insicurezze sulle competenze sociali e bassa autostima. Si nota come ricevere informazioni sulle attività da parte di professionisti facilita la partecipazione e la costruzione di strategie utili all'inclusione.
- **Occupazione:** l'occupazione sostiene il raggiungimento di un traguardo fondamentale per le persone con disturbo da uso di sostanze. Il lavoro, inoltre, correla positivamente con una maggiore autostima, il ripristino delle relazioni con la famiglia e l'essere un cittadino attivo capace di contribuire al miglioramento della società. Le barriere più comuni in questo campo riguardano, oltre quelle menzionate in “attività significative”, lo stigma, il razzismo, il mancato supporto familiare e la mancanza di fiducia in sé stessi. Notiamo però come “trovare il lavoro giusto, ricevere supporto positivo sia in privato che da parte di professionisti e prendere le distanze dall'uso di sostanze, migliora le prestazioni

di persone con disturbo da uso di sostanze sia in ambito lavorativo sia facilitando l'inclusione sociale” (Nord-Baade et al., 2024).

- **Economia:** lo status economico è importante per promuovere l'inclusione sociale e prevenire l'esclusione sociale, intesa come povertà e mancanza di sicurezza finanziaria. Questo fattore peggiora infatti emarginazione ed è una delle cause maggiori di barriere sociali.

Promuovere l'inclusione sociale per le persone disturbo da uso di sostanze è un argomento complesso che richiede diversi approcci. Devono essere potenziate le ricerche, sia pratiche che politiche per affrontare l'inclusione sociale e abbattere le barriere creando facilitatori. Sono necessari anche maggiori sforzi per includere il contesto sociale nel trattamento individuale e nelle cure di follow-up. Bisogna implementare la conoscenza e gestire la questione dell'inclusione sociale tra le persone DUS, poiché non si tratta solo di una preoccupazione sociale ma è anche un diritto umano fondamentale.

1.3 FATTORI FACILITANTI E STRATEGIE DI SUCCESSO

In questi capitoli si analizzano due dimensioni fondamentali per una riabilitazione efficace e duratura. La prima è quella riguardante la sfera relazionale e il potere trasformativo che questa ha il potere di generare, la seconda riguarda una realtà sociale che, anche se difficile da costruire, è capace di trasformare la riabilitazione in un progetto collettivo.

1.3.1 Il ruolo della rete di supporto

Questo capitolo si propone di esaminare come le reti di supporto possano favorire il successo della riabilitazione. Viene in particolare approfondito il ruolo della famiglia e l'impatto che questa ha sulla motivazione intrinseca dell'individuo.

Una parte fondamentale dell'inclusione sociale di persone con disturbo da uso di sostanze è ristabilire il legame e la convivenza tra individuo e famiglia: "Il supporto familiare è un predittore chiave del successo nel recupero a lungo termine" (SAMHSA, 2020). La famiglia svolge un ruolo importante sia nel creare le condizioni che implicano la tossicodipendenza sia nel creare una rete di sicurezza per i suoi membri.

Molti parenti di persone con DUS si sentono corresponsabili sia della situazione, sia della successiva riabilitazione. Essere parente di una persona con DUS implica, per molti, sentire una grande responsabilità e le azioni che vengono messe in atto mirano a fornire supporto e attenzione. Questo può portare a cambiamenti nelle relazioni familiari in quanto si rischia che si instaurino, nelle dinamiche familiari, una serie di problemi derivanti da paura, violenza e sentimenti di rassegnazione e preoccupazione.

Il supporto familiare resta però fondamentale soprattutto durante il trattamento di riabilitazione. Uno studio ha infatti dimostrato che "gli utenti che mantengono legami familiari durante l'ospedalizzazione ottengono risultati migliori rispetto a coloro che non hanno legami con le loro famiglie" (Carvalho et al., 2011). Tuttavia, questo ruolo non è facile da svolgere, poiché le famiglie possono provare sentimenti diversi come senso di colpa e vergogna legata al pregiudizio, emozioni che sono ampliate nel momento in cui si tratta di ricaduta. Si sostiene però che "le ricadute possono essere evitate non solo con i farmaci, ma anche con la forza di volontà degli utenti e con il continuo supporto della famiglia nella ricerca di strategie che aiutino questo processo di riabilitazione" (Siqueira et al., 2012).

Cutrona e Russell (1987) hanno sviluppato una scala di misura per le percezioni di sostegno sociale (Cutrona et al., 1987). Quest'ultima viene utilizzata anche per valutare il supporto all'interno dell'ambiente familiare attraverso sei dimensioni chiave:

- Attaccamento: senso di sicurezza e di protezione.
- Integrazione sociale: appartenenza a un gruppo legato al senso di interesse e svago.
- Riconoscimento: percezione di essere valorizzati, riconoscimento delle proprie competenze e abilità.
- Alleanza affidabile: certezza che ci siano altre persone su cui poter contare per ricevere supporto.
- Guida: presenza di qualcuno che fornisca consigli e supporto.
- Opportunità di accudimento: senso di responsabilità nel supporto degli altri.

Attraverso questi indicatori capiamo che il supporto familiare influenza il desiderio del paziente di guarire.

Un altro indicatore importante per la guarigione, non riportato nella scala di misura sopra citata, è la motivazione. K. Knight, M. Holcom e DD Simpson (Knight et al., 1994) sostengono che la motivazione si articola in tre aspetti. Il primo riguarda il riconoscimento del problema, in questo caso l'utilizzo delle sostanze, e la conseguente voglia di uscirne. Il secondo è rappresentato dal desiderio di aiuto, ottenere sostegno e comprensione dalla famiglia. Il terzo riguarda la prontezza a seguire il trattamento, il desiderio di essere assistito e guidato nel processo di guarigione. L'indicatore dominante che dà effetto alla motivazione è quindi il desiderio di aiuto. Se la persona con DUS sente che la famiglia ha prestato attenzione al suo percorso si sentirà più sicuro, calmo e confortato, aumentando così la sua speranza nella guarigione.

Uno degli approcci più innovativi riguarda la Network Therapy, "un approccio cognitivo-comportamentale al trattamento delle dipendenze in cui i membri selezionati della famiglia e amici vengono arruolati nel processo terapeutico per fornire supporto continuo e aiutare a promuovere il cambiamento di atteggiamento e comportamento" (Galanter et al., 2002). "I fattori che si ritiene siano importanti per il risultato nella Network Therapy includono la coesione della rete nell'aiutare il paziente a sentirsi meno isolato, la forza coercitiva della rete nell'aiutare il cambiamento di comportamento e la capacità della rete di aiutare il paziente nell'identificare segnali condizionati" (Keller et al., 1997).

Questo modello è composto da tre elementi chiave:

- Supporto della rete naturale del paziente, in cui “il coinvolgimento dei coniugi e il supporto tra pari hanno dimostrato di essere efficaci nel migliorare l'esito della terapia professionale” (McCrary et al., 1991).
- Approccio alla prevenzione della ricaduta, con focus sui fattori scatenati e sui fattori comportamentali per prevenirli.
- Insieme delle risorse per fornire supporto alla comunità.

“La rete viene utilizzata dal terapeuta per aiutare a istituire un piano di trattamento pragmatico di fronte alla negazione e per avviare e stabilizzare l'astinenza. Un quadro cognitivo comportamentale viene fornito iniziando ogni sessione di rete con il paziente che racconta gli eventi correlati all'esposizione allo stimolo o all'uso di sostanze dall'ultimo incontro. I membri della rete sono quindi tenuti a commentare questo rapporto per assicurare che tutti siano impegnati in un compito comune con informazioni condivise corrette” (Glazer et al., 2003).

Possiamo concludere evidenziando come il coinvolgimento attivo delle reti sociali riesca a ridurre l'ambivalenza verso il trattamento, potenziando l'autoefficacia nella persona con disturbo da uso di sostanze. La famiglia emerge come uno dei pilastri portanti nel processo di riabilitazione, in quanto fornisce validazione e supporto emotivo, incrementando così la motivazione.

1.3.2 Promozione di una città inclusiva

In questo capitolo viene trattato il concetto di città inclusiva, il quale emerge come modello innovativo volto a migliorare l'inclusione di persone con DUS. La città inclusiva mira a valorizzare sia le risorse individuali che quelle collettive, promuovendo un ambiente sicuro e solidale.

“Il recupero può essere caratterizzato come un'interazione dinamica tra elementi interni ed esterni, costituiti da fattori personali, sociali e comunitari. A questo proposito, un corpo emergente di ricerca è stato dedicato al capitale di recupero” (Granfield et al., 2001; Best et al., 2010). "Il capitale di recupero è amplificato da politiche comunitarie inclusive" (White et al., 2020).

Proprio in questo contesto in cui si cerca di favorire il recupero di gruppi esclusi, nasce l'idea della città inclusiva. L'obiettivo di quest'ultima è minimizzare il capitale di recupero negativo, sia interpersonale che strutturale, in modo da eliminare gli ostacoli alla reintegrazione.

Una delle idee centrali della città inclusiva è che nessuno dovrebbe affrontare il percorso di riabilitazione da solo. Secondo questo modello è quindi necessario rendere visibile il recupero, celebrarlo e creare un ambiente sicuro e favorevole. “Dopotutto, diversi aspetti della nostra vita quotidiana comportano rituali e celebrazioni, come stringere la mano quando incontro con qualcuno o cerimonie nuziali. Il ruolo di tale rituale è quello di promuovere la socializzazione, creare legami, rafforzare la solidarietà e la coesione sociale riunendo le persone” (Maruna, 2011).

Mentre celebriamo diversi traguardi della vita, il recupero è per lo più un percorso taciuto, che talvolta suscita vergogna. Vengono enunciate solo le conseguenze negative delle persone con disturbo da uso di sostanze, sottolineando i fastidi che queste provocano alla società. Tuttavia, seguendo il lavoro di diversi studiosi, (Braithwaite et al., 1989; Walker et al., 2015; Maruna, 2006; 2011) si enfatizza come il perdono e la reintegrazione siano rituali che celebrano il cambiamento e che potrebbero essere utili e vantaggiosi per la persona con DUS.

Uno dei primi passi per celebrare il recupero è renderlo visibile. “Questo è stato uno degli obiettivi palesi del movimento di recupero che difende i diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria, combattendo i pregiudizi, la discriminazione e lo stigma e diffondendo la consapevolezza che il recupero è una realtà” (Beckwith et al., 2016).

Le città inclusive rappresentano il progetto ambizioso di trasformare intere città in paesaggi terapeutici per il recupero. Ciò si basa sul principio dell'”aiutante” (Riesmann, 1965), suggerendo che impegnarsi nel favorire comportamenti positivi nelle persone con DUS, sia un beneficio per entrambe le parti. Questo è quindi proficuo sia per l'aiutante che per l'aiutato, oltre che per il capitale sociale. “Ci sono prove dal Regno Unito, grazie a un sondaggio sulla vita in fase di recupero, in cui per le persone che raggiungono un recupero stabile aumenta il loro livello di contribuire alla salute e al benessere della comunità. L'80% degli individui che erano in ripresa stabile nel sondaggio svolgevano volontariato attivo nelle comunità locali e oltre il 70% aveva un impiego stabile. Questo è un messaggio critico in due sensi: in primo luogo per sfidare l'immutabilità negativa dei disturbi da uso di sostanze, ma anche per promuovere l'idea che le persone in fase di

recupero a lungo termine siano una risorsa preziosa, in grado di offrire legami nella società” (Best et al., 2015).

Il concetto di città inclusiva si fonda su una base di evidenza empirica costituita da modelli come il Recovery Oriented Systems of Care (ROSC). L’obiettivo di quest’ultimo è creare un sistema di cura, con risorse per affrontare problemi di droga. Si tratta di una rete di servizi incentrati sulla persona, tra questi abbiamo per esempio la continuità delle cure, i servizi personalizzati, il coinvolgimento della famiglia, monitoraggio continuo, e vari tipi di formazione. Si basa sui punti forti degli individui e sul riconoscimento del gruppo dei pari, della famiglia e della comunità per fornire supporto.

Diventare una città inclusiva è un processo che richiede tempo in quanto i pregiudizi dell’opinione pubblica sono ancora molto diffusi, abbiamo però degli esempi promettenti di città inclusive. Il Serenity Café di Edimburgo è un luogo sociale dove le persone possono sostenersi a vicenda nel loro percorso di recupero. Si mira a promuovere l’integrazione e per questo il Café è aperto a tutti, sia a persone in via di recupero sia a chi vuole contribuire. Vengono inoltre organizzate regolarmente attività, tra cui programmi di formazione. Jobs, Friends and Houses, a Blackpool, è un modello sociale che coinvolge persone in via di recupero in programmi di costruzione. Questo modello offre occupazione e significato, grazie alle competenze acquisite. In Italia, uno degli esempi più noti, è San Patrignano una comunità di recupero per persone con DUS. Uno dei pilastri del programma è che le persone in via di recupero hanno la possibilità di sviluppare diverse competenze, passioni, sport e talenti. Il programma mira a promuovere il reinserimento sociale aumentando le possibilità di ottenere un recupero a lungo termine, per esempio grazie alla possibilità di trovare un’occupazione lavorativa.

Possiamo quindi dire che il progetto di una città inclusiva rappresenta una sfida ambiziosa ma anche un’ottima opportunità di inserimento e di inclusione di persone con disturbo da uso di sostanze. Una società che favorisce la promozione della riabilitazione dell’individuo porta a effetti positivi su tutta la comunità, arricchendola.

CAPITOLO DUE

2.1 IL RUOLO PSICOEDUCATIVO DELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

Le Comunità Terapeutiche rappresentano un modello nato per contrastare lo stigma che ruota intorno alla persona con disturbo da uso di sostanze. Attraverso questi spazi si favorisce l'inclusione, si analizzano le storie dei singoli, si formano relazioni funzionali e si creano nuove identità sociali. Il processo terapeutico non porta solo a una trasformazione fisica, ma a una vera e propria ristrutturazione del sé. In questo capitolo vengono trattati gli obiettivi e i modelli operativi utilizzati all'interno di questi spazi, trattando, in modo particolare, il ruolo che lo psicologo ricopre nelle fasi di accoglienza e permanenza comunitaria. Si valorizza, inoltre, il processo di trasformazione identitaria, attraverso teorie di riferimento ed esempi pratici. Le CTA emergono come dei ponti tra il disagio individuale e il reinserimento sociale, all'interno delle quali, attraverso comprensione reciproca, creazione di ambienti sicuri e valorizzazione della collettività, si creano percorsi finalizzati all'inclusione sociale.

2.1.2 Le comunità terapeutiche come spazio di inclusione

Le Comunità Terapeutiche Assistite nascono come strumento terapeutico per contrastare l'emarginazione e favorire l'inclusione. Questo capitolo vuole esplorare l'evoluzione della storia comunitaria, soffermandosi sugli elementi necessari per promuovere un cambiamento duraturo e profondo. "Le comunità terapeutiche integrate, che combinano interventi psicoeducativi, formazione professionale e supporto alla salute mentale, mostrano risultati significativi nel trattamento delle dipendenze, riducendo le ricadute e migliorando il funzionamento psicosociale" (Vanderplasschen et al., 2020).

La CTA (Comunità Terapeutica Assistita) si è sviluppata nel corso del tempo, definendosi oggi come un movimento rivolto a combattere la marginalità attraverso la riabilitazione per persone con disturbo da uso di sostanze.

Secondo De Leon "l'idea di comunità terapeutica ricorre nel corso della storia, implementata in diverse incarnazioni. Le comunità che insegnano, guariscono e sostengono compaiono nelle sette religiose e nelle comunità utopiche, così come nei movimenti di riforma spirituale, di temperanza e di salute mentale" (De Leon, 2000). In

corrispondenza a ciò notiamo come le CTA possono essere ritrovate, nel corso della storia, nella religione, nella filosofia e nelle scienze sociali.

I primi prototipi di guarigione comunitari nascono nell'antichità classica e, proprio in questo periodo storico, ritroviamo due elementi che possono essere applicati anche alle Comunità moderne per le dipendenze. Il primo è la “malattia mentale”, che si manifesta come interna all'individuo e caratterizzata da disregolazione emotiva e difficoltà nell'autocontrollo, mentre la seconda è la “guarigione della malattia” che avviene attraverso l'inclusione dell'individuo all'interno di una comunità o di un gruppo.

La prima Comunità Terapeutica, focalizzata sulla riabilitazione delle dipendenze, viene fondata negli Stati Uniti, nel 1958, da Charles Dederich. Quest'ultimo, in quanto persona con disturbo da uso di alcol, decide di fondare un gruppo d'aiuto chiamato “Synanon”. Si svilupparono successivamente le cosiddette “case villaggio”, nelle quali le persone con DUS “rinunciavano al loro vecchio stile di vita concentrandosi invece sul momento presente e sul lavoro comunitario, che si basava su valori come la verità e la sincerità” (Vanderplasschen W. et al., 2014).

In Europa la prima CTA, creata sul modello americano, fu fondata nel 1967, in Inghilterra, da un gruppo di auto-aiuto chiamato “Release”. Conseguentemente a ciò, a partire dagli anni '60/'70, le comunità iniziarono a svilupparsi in modo indipendente in tutta Europa.

De Leon in “The Therapeutic Community Theory”, considera la “comunità come metodo” e sviluppa un paradigma composto da tre visioni interconnesse per favorire il processo di recupero dell'individuo:

- **Visione del Disturbo:** l'abuso di sostanze colpisce la persona in ogni aspetto della sua vita e questo si nota principalmente nelle difficoltà comportamentali e di regolazione emotiva. I pensieri di quest'ultimi possono essere inoltre “classificati come irrealistici o persino disorganizzati, i loro valori sono confusi, antisociali o persino inesistenti” (De Leon et al., 2020). In termini di approccio terapeutico si può dire che la Comunità cerca di rompere il legame con la sostanza, indirizzando il paziente a crearne uno con la comunità. In questo modo la CTA funge da figura di attaccamento, agendo come rifugio sicuro da cui si può partire per ricominciare una nuova vita. Ulteriori supporti a sostegno di questa tesi derivano sia da prove cliniche che “suggeriscono l'importanza del ruolo della comunità per il funzionamento della regolazione degli affetti” (Khantzian EJ, 2013) sia dalla

prospettiva neuro-evolutiva attraverso il modello “social baseline”. Questo modello propone “che le specie sociali sono programmate per assumere una relativa vicinanza ai conspecifici, perché hanno adottato la vicinanza sociale e l'interazione come strategia per ridurre la spesa energetica relativa al consumo energetico" (Coan JA, 2008).

- Visione della persona: nelle Comunità invece di classificare le persone in base ai “modelli di abuso di droga”, vengono delineati altri criteri basati su “disfunzione psicologica” e “deficit sociali”. Inoltre, affinché si verifichi il recupero, è considerato fondamentale un cambiamento di stile di vita e di identità sociale. L'obiettivo psicologico è quindi modificare schemi negativi di pensiero che predispongono l'individuo all'abuso di droghe. Un recupero stabile dipende, tuttavia, da un'integrazione di obiettivi psicologici e sociali. I secondi riguardano principalmente la motivazione e l'apprendimento sociale. “La responsabilità sociale come ruolo si apprende recitando il ruolo all'interno di una comunità di pari” (De Leon et al., 2020).
- Visione del vivere giusto: le CTA aderiscono a determinati valori quali etica del lavoro, senso di responsabilità per gli altri, autosufficienza e verità. Tutti questi valori incarnano il cosiddetto “vivere correttamente” e, nelle Comunità, sono rafforzati in vari modi, formali e informali. “Gli individui ottengono il massimo impatto educativo e terapeutico quando si impegnano e imparano a usare tutti i diversi elementi della comunità come strumenti per il cambiamento di sé” (De Leon et al., 2020).

Possiamo quindi concludere notando come le Comunità siano un ponte fra il disagio individuale e la reintegrazione sociale. Queste strutture vanno oltre gli stereotipi, realizzando spazi in cui le persone possano sentirsi accettate. La Comunità diventa un rifugio sicuro capace di offrire gli strumenti necessari per la reintegrazione sociale dell'individuo, dimostrando che guarire significa prima di tutto trovare il proprio posto nel mondo. “La stabilità fornita da un ambiente strutturato, con routine prevedibili e feedback continui, è cruciale per rompere cicli di comportamento disfunzionali e promuovere l'autoregolazione in individui con disturbi da uso di sostanze” (Smith & Gates, 2020).

2.1.3 Obiettivi, modalità di intervento e ruolo dello psicologo nella comunità

In questo capitolo si analizza la complessità del percorso comunitario e le dinamiche disfunzionali che le persone con DUS si trovano ad affrontare. Viene indagato, inoltre, il ruolo dello psicologo nelle CTA, figura che assume carattere centrale nel percorso riabilitativo. Il terapeuta, in questo tipo di istituzioni, è una figura innovativa che integra teoria e pratica, generando cambiamento.

Gli individui con DUS, all'interno delle istituzioni sociali, incontrano un ambiente ricco di sfide e, in risposta a queste, le comunità terapeutiche offrono un modello di trattamento residenziale a lungo termine, il quale enfatizza la vita comunitaria, le relazioni e gli approcci di riabilitazione olistica. “Attraverso una varietà di attività terapeutiche, sessioni di consulenza, esercizi di sviluppo delle competenze e formazione professionale, le Comunità Terapeutiche mirano a fornire un quadro strutturato e olistico per aiutare gli individui a superare la dipendenza da sostanze, promuovendo al contempo cambiamenti comportamentali duraturi e l'integrazione sociale (National Institute on Drug Abuse, 2019).”

Le CTA coinvolgono aspetti comportamentali, psicologici e sociali al fine di fornire una riabilitazione completa che coinvolga ogni aspetto dell'individuo. “Rappresentano un approccio distintivo e completo nel campo del trattamento dell'abuso di sostanze, offrendo un quadro olistico progettato per affrontare le sfide multiformi che gli individui affrontano nel superare la tossicodipendenza” (Wallance, 2019).

Il programma della CTA è ben strutturato e comprende interventi terapeutici sia individuali che di gruppo. Attraverso queste attività psicoeducative non si affronta solo il problema dell'abuso di sostanze ma anche le difficoltà psicologiche, emotive e comportamentali che, in modo implicito, influiscono sulla patologia. I membri delle strutture sono coinvolti attivamente nelle varie attività proposte e, proprio attraverso questi processi comunitari, imparano a rispettare le norme, gli orari, i confini e a stabilire relazioni sane, apprendendo l'importanza della responsabilità condivisa. Uno dei focus del programma è proprio la relazione con l'altro in quanto, attraverso quest'ultima, si crea nell'individuo senso di appartenenza, alimentando il supporto reciproco. Essendo programmi che operano su base a lungo termine, spesso per uno o più anni, “oltre ad affrontare la dipendenza, i programmi delle Comunità Terapeutiche (CT) integrano componenti dedicate alle competenze di vita, alla formazione professionale, all'istruzione e al supporto per la salute mentale, garantendo un percorso di recupero

multidimensionale” (National Institute on Drug Abuse, 2020). La routine quotidiana aiuta a creare un ambiente strutturato, fondamentale per ricostruire stabilità, e i feedback che vengono costantemente riconsegnati aiutano a identificare modelli funzionali per implementare la crescita personale. “La routine quotidiana aiuta a creare un ambiente strutturato, fondamentale per ricostruire stabilità; i feedback costantemente forniti facilitano l’identificazione di schemi comportamentali funzionali, sostenendo la crescita personale e il mantenimento del recupero” (De Leon, 2020).

Lo psicologo all’interno della comunità non è un operatore distaccato, ma è immerso nella quotidianità comunitaria. Si valorizza quindi un modello diverso dall’approccio clinico, caratterizzato da un certo setting e da una gerarchia ben definita. Nell’ambiente comunitario lo psicologo condivide gli spazi e i momenti informali, partecipa attivamente alle attività e crea una relazione basata su vicinanza fisica ed emotiva. “La partecipazione attiva degli psicologi nelle attività quotidiane delle CT facilita un rapporto terapeutico basato sulla fiducia, riducendo lo stigma e promuovendo un senso di appartenenza attraverso la condivisione di spazi e responsabilità” (Dingle et al., 2022). Questa presenza costante dello psicologo nella vita quotidiana crea maggiore responsabilità ed empatia. “Lo psicologo nelle comunità terapeutiche agisce come catalizzatore del cambiamento attraverso la partecipazione attiva alla vita comunitaria, integrando modelli clinici e approcci socio-educativi” (Pagano et al., 2021).

Il ruolo dello psicologo è fondamentale in due fasi operative in particolare:

- Fase di accoglienza: in questa fase lo psicologo ha il ruolo di analizzare le storie personali, focalizzandosi sul contesto familiare, molte volte disfunzionale. “Le dinamiche familiari disfunzionali, come la codipendenza, richiedono interventi sistemici che coinvolgano sia i pazienti che i loro caregiver, al fine di sostenere il recupero a lungo termine” (Kourgiantakis et al., 2020). Avviene poi la ricerca di tutti i possibili episodi che possono aver favorito la dipendenza, in modo da lavorare su quelli durante la terapia. Attraverso la “decostruzione della narrativa egodistonica del tossicodipendente” (Congia et al., 1985) si analizza la patologia diagnosticata e si inserisce la persona con DUS nel percorso comunitario, iniziando un cammino identitario.
- Fase di permanenza: lo psicologo in questa fase, durante le sedute terapeutiche individuali, ha il compito di evidenziare le dinamiche proiettive messe in atto dalla persona con DUS, ed eventuali discrepanze tra espressioni verbali e

comportamentali. Vengono poi effettuate, durante tutto il percorso, delle riunioni in cui lo psicologo restituisce le informazioni ricavate agli altri operatori comunitari. “La costruzione di relazioni sane all’interno delle CT agisce come fattore protettivo contro le ricadute, rafforzando il senso di identità e responsabilità condivisa” (Edwards et al., 2021).

La figura dello psicologo svolge anche un ruolo sistemico, ossia fa da ponte tra individuo, famiglia e comunità. Il ruolo della famiglia non è sempre semplice, spesso si cade in situazioni di codipendenza, per esempio sul controllo ossessivo verso il figlio.

Un modello concreto è la Comunità S. Mauro (CA) in cui lo psicologo partecipa all’orto comunitario, come lavoratore alla pari di tutti. Questa attività, che apparentemente non sembra avere un fine terapeutico, stimola la collaborazione, la gestione dello stress e il transfert di competenze tra i residenti. “Attività collaborative come la coltivazione di un orto comunitario migliorano le competenze sociali, riducono lo stress e favoriscono il transfert di abilità pratiche, integrandosi efficacemente con gli obiettivi terapeutici” (Clatworthy et al., 2021).

Possiamo quindi dire che il modello utilizzato dalle comunità terapeutiche, fondato su empatia e responsabilità condivisa, sia una testimonianza del potenziale di cura di queste strutture. Ricordiamo infatti che l’accettazione viene costruita attraverso l’inclusione della voce dell’altro.

2.1.4 Recupero della propria identità

Il recupero di persone con DUS non si ferma solo alla riabilitazione fisica ma continua verso una vera e propria trasformazione identitaria. In questo capitolo si riflette su come l’individuo riesca a sostituire un’identità stigmatizzata, che non gli appartiene più, con una valorizzante e positiva.

“Il recupero implica una ristrutturazione dell’identità sociale, in cui le nuove appartenenze di gruppo forniscono modelli alternativi di significato e sostegno, facilitando il distacco da identità legate alla malattia” (Best et., al 2019). La formazione di un’identità positiva riduce, inoltre, il rischio di ricaduta nelle persone con DUS “l’appartenenza a gruppi di recupero e l’interazione con pari promuovono un’identità positiva, riducendo lo stigma e fornendo risorse cognitive e sociali che mitigano il rischio di ricaduta” (Dingle et., al 2020).

Sentirsi parte di un gruppo, a cui appartengono membri socialmente positivi, porta a conseguenze favorevoli sulla salute, sia mentale che fisica. “L’identificazione con gruppi sociali positivi è associata a una migliore salute mentale e fisica, poiché rafforza il senso di appartenenza, riduce la solitudine e promuove comportamenti salutari attraverso il supporto collettivo e le norme di gruppo” (Haslam et al., 2021).

La psicologia sociale riprende il concetto di appartenenza a un gruppo e lo integra con la Teoria dell’identità Sociale (SIT) e con quella dell’Autocategorizzazione (SCT) evidenziando che: “l’appartenenza a gruppi socialmente significativi non solo definisce come gli individui si percepiscono, ma plasma attivamente il loro senso di sé attraverso l’internalizzazione delle norme, valori e comportamenti del gruppo. Questo processo, radicato nella SIT e nella SCT, sottolinea come il sé e il gruppo siano reciprocamente costitutivi, influenzando sia le scelte individuali che le dinamiche collettive” (Haslam et al., 2020).

Il concetto di cambiamento di identità sociale nelle persone con DUS è fortemente collegato al “principio della terapia di aiuto”, di cui parla Reissman nel 1965 e che è stato poi ripreso da autori più recenti. Reissman fa notare come spesso un individuo tenda ad assumere un ruolo incentrato sull’aiutare l’altro, motivandolo a superare eventi che lui stesso ha già vissuto. Questo modello è tipico nelle CTA, in cui l’aiutante diventa modello di recupero, trasformando la sua esperienza in qualcosa di positivo. In questo modo si trasmettono, per osservazione e imitazione, attraverso l’apprendimento sociale, tecniche di recupero e un’identità sociale positiva. Best e colleghi riprendono questo modello nel 2021, aggiornando questo tipo di terapia in un modello chiamato “Social Identity Model of Recovery” (SIMOR). Attraverso quest’ultimo dimostrano come l’aiuto e il supporto reciproco non siano solo atti altruistici, ma tecniche chiave per rafforzare la propria identità sociale, uscendo dalla visione negativa che si aveva di sé stessi a causa dell’abuso di sostanze. In questo modo si facilita il “contagio del recupero”, riducendo lo stigma interno, dimostrando di essere capaci di aiutare il prossimo. “L’atto di aiutare gli altri nel contesto di gruppi di recupero non solo rinforza l’identità sociale di “persona in recupero”, ma agisce come un catalizzatore per il cambiamento identitario, allineandosi al principio di Reissman secondo cui “chi aiuta guarisce due volte” (Best et al., 2021).

Sebbene ci sia una grande difficoltà nell’abbandonare l’identità sociale, l’etichetta, di “tossicodipendente”, quest’ultima può essere utilizzata in modo positivo. Invece di associare a questo stigma caratteristiche negative, che possono portare a bassa

autoefficacia e autostima, associandolo a comportamenti quali l'astinenza, per esempio, la valutazione positiva di sé può aumentare.

Un esempio di modello di recupero lo troviamo a Barnsley, in Inghilterra, e consiste in un progetto di formazione per persone con DUS, in fase di recupero. Questo progetto ha dato vita a una società di volontariato, la Barnsley Recovery Coalition, che, grazie a numerose attività di gruppo, è riuscita a creare un'identità sociale nelle persone che partecipavano a queste iniziative. Aumenta, infatti, il senso di appartenere a un gruppo unito e coerente, sfidando così gli stereotipi.

Il percorso terapeutico di una persona con disturbo da uso di sostanze non è statico, ma si plasma e modifica attraverso le relazioni sociali. Se queste sono positive possono fungere da aiuto nella creazione di una nuova identità sociale. La speranza futura è quella di far riconoscere da tutti, anche attraverso la politica, l'importanza del recupero come dinamica di gruppo, e non individuale, aumentando così l'accettazione, la disponibilità, l'aiuto reciproco e l'inclusione. "Politiche che sostengano lo sviluppo di appartenenze di gruppo socialmente valorizzate sono fondamentali per un recupero sostenibile, poiché forniscono agli individui le risorse e le reti necessarie per sostituire identità stigmatizzate con altre radicate nella resilienza e nell'empowerment collettivo" (Best et al., 2021).

2.2 INTERVENTI PSICOEDUCATIVI PER L'INCLUSIONE SOCIALE

La riabilitazione di persone con DUS rappresenta una sfida costante, in cui l'inclusione sociale è il maggior obiettivo. Sono necessari interventi, dall'educazione emotiva, alla prevenzione delle ricadute, all'inclusione lavorativa, per permettere che quell'obiettivo venga raggiunto. Attraverso progetti finalizzati all'implementazione del problem solving, alla gestione dello stress e alla formazione di caratteristiche positive intrapersonali, si possono portare le persone con DUS a diventare nuovamente membri attivi della società. In questo capitolo viene inoltre evidenziato il ruolo che le comunità hanno nel processo di reinserimento lavorativo. Viene anche evidenziato come l'occupazione sia un punto critico nell'inclusione sociale delle persone con DUS, in quanto le barriere circa questo argomento sono notevoli. Il lavoro funge, però, da vera e propria terapia in quanto il sentimento di appartenenza a un gruppo, è alla base di un corretto e duraturo reinserimento. Necessaria è quindi una formazione specifica all'interno delle Comunità Terapeutiche, al fine di favorire il processo riabilitativo.

2.2.1 Educazione emotiva e la prevenzione alle ricadute

La ricaduta rappresenta una delle sfide più complesse da gestire nella riabilitazione di persone con DUS. Queste persone restano, infatti, molto sensibili all'ambiente che le circonda e questo, unito a variabili intrapersonali, fanno sì che il rischio aumenti. “La ricaduta è un problema comune tra le persone con disturbi da uso di sostanze, anche dopo il completamento di programmi di trattamento e riabilitazione” (McKay et al., 2020).

La trasgressione inizia, solitamente, con un comportamento problema dopo aver iniziato un percorso di riabilitazione, il quale viene definito come “scivolamento” (lapse). Successivamente se questo tipo di trasgressioni continuano e sono ripetute si può parlare di “ricaduta” (relapse). “Uno scivolamento (lapse), definito come la ripresa iniziale del comportamento problematico dopo un periodo di astinenza, si distingue da una ricaduta completa (relapse), che implica un ritorno prolungato ai livelli di consumo pre-trattamento” (Witkiewitz et al., 2020).

La prevenzione delle ricadute ha, come scopo, quello di aiutare gli individui con DUS a mantenere i comportamenti da loro desiderati. Per fare ciò si cerca di prevenire gli

atteggiamenti trasgressivi attraverso la focalizzazione di obiettivi e, in caso di comportamenti problema, si gestisce la ricaduta.

Secondo il modello cognitivo-comportamentale una situazione ad alto rischio è definita “come una circostanza in cui il tentativo di un individuo di astenersi da un comportamento particolare è minacciato” (Menon et al., 2018). I comportamenti che si verificano all’inizio e alla fine del percorso, e che mettono la persona con DUS in queste situazioni di pericolo, vengono chiamate decisioni “apparentemente irrilevanti” (DAI). Si tratta di scelte, superficialmente senza significato, che devono però essere riconosciute, in quanto i pensieri collegati a queste ultime possono portare a decisioni rischiose.

Non necessariamente l’individuo deve trovarsi in una situazione problematica per ricadere nell’uso di sostanze. Esistono infatti i cosiddetti “antecedenti nascosti” che includono fattori legati allo stile di vita, alla personalità, a fattori cognitivi e al temperamento che possono indurre in tentazione. “Il rischio di ricaduta non è legato esclusivamente a situazioni di rischio evidenti. Antecedenti nascosti, tra cui schemi di vita disadattivi, bias cognitivi e tratti di personalità, possono predisporre l’individuo alla ricaduta anche in assenza di trigger espliciti” (Hendershot et al., 2023).

Una parte importante del percorso è l’effetto “violazione dell’astinenza”, ovvero l’attribuzione di significato che la persona con disturbo da uso di sostanze dà al comportamento problema. Spesso la persona con DUS non riesce a concepire pienamente il passaggio intermedio tra caduta e ricaduta, percependo quindi un gran senso di colpa e di fallimento personale. “L’effetto violazione dell’astinenza si verifica quando gli individui attribuiscono uno scivolamento a cause interne e stabili, generando senso di colpa, vergogna e un maggiore rischio di ricaduta completa. Questa risposta cognitivo-emotiva mina l’autoefficacia e perpetua il ciclo dell’uso di sostanze” (Larimer et al., 2022).

Le determinanti della ricaduta, come citato precedentemente, possono essere intrapersonali. Tra queste ritroviamo:

- Autoefficacia: definita come “il grado in cui un individuo si sente sicuro e capace di mettere in atto un certo comportamento in un contesto sono quei comportamenti che si verificano all’inizio del percorso situazionale specifico” (Menon et al., 2018).

- Aspettative di risultato: “possono essere definite come l'anticipazione o la convinzione di un individuo degli effetti di un comportamento sull'esperienza futura” (Menon et al., 2018).
- Stati emotivi: “stati emotivi negativi, come senso di colpa, vergogna e ansia, predicono significativamente la ricaduta in individui con disturbi da uso di sostanze. Queste emozioni spesso emergono dopo uno scivolamento e aumentano il rischio di ricaduta completa, minando l'autoefficacia e intensificando il craving” (Stasiewicz et al., 2021).
- Strategie: uno dei predittori più critici è l'incapacità dell'individuo di utilizzare le strategie di coping efficaci per gestire situazioni di vulnerabilità. “Il coping è definito come i pensieri e i comportamenti utilizzati per gestire le richieste interne ed esterne di situazioni che sono valutate come stressanti” (Menon et al., 2018).
- Craving: “Il craving è stato descritto come un'esperienza cognitiva focalizzata sul desiderio di usare una sostanza ed è spesso correlato alle aspettative dell'effetto desiderato della droga, mentre l'impulso è stato definito come l'intenzione comportamentale di usare una sostanza” (Menon et al., 2018).
- Motivazione: la motivazione è una variabile intrapersonale fondamentale per la riuscita positiva di un percorso, in quanto, grazie a questa, la messa in atto di comportamenti problema diminuisce. “La motivazione intrinseca attenua l'impatto degli stati emotivi negativi sul rischio di ricaduta, mentre la motivazione estrinseca si associa a maggiore disagio emotivo e vulnerabilità alla ricaduta” (Kelly et al., 2023).

Vengono utilizzate varie tecniche per cercare di gestire gli impulsi. Tra queste ritroviamo quella di Alan Marlatt, chiamata “L'urge surfing”, che consiste in una pratica immaginativa per aiutare le persone con DUS ad acquisire controllo. Viene insegnato loro a etichettare le sensazioni interne come impulsi e, conseguentemente, a reagire a questi nel tentativo di combatterli. Un'altra strategia è quella della Mindfulness-Based Relapse Prevention, che si sofferma sul prestare attenzione al momento presente, in modo non giudicante.

Uno degli interventi che si dimostra più funzionale, nella prevenzione della ricaduta, è l'aumento dell'autoefficacia. “Interventi mirati a potenziare il senso di autoefficacia hanno dimostrato di ridurre significativamente il rischio di ricaduta in pazienti con disturbi da uso di sostanze, agendo come meccanismo protettivo attraverso una maggiore fiducia nella capacità di gestire situazioni ad alto rischio” (Witkiewitz et al., 2020). Oltre

a ciò, anche lavorare sull'intelligenza emotiva, può aiutare a ridurre i rischi, in quanto quest'ultima correla con una mente sana. “Recenti evidenze empiriche indicano che un maggiore livello di intelligenza emotiva è associato a una riduzione dei sintomi di ansia e depressione, nonché a una migliore regolazione emotiva, fungendo da fattore protettivo per il benessere mentale” (Fernández-Berrocal & Extremera, 2020).

Uno studio recente (2020), pubblicato sul “International Journal of Innovation, Creativity and Change”, afferma che esiste una correlazione tra un'elevata autoefficacia, con cui si intende la fiducia nelle capacità di resistere all'uso delle sostanze, e la riduzione della propensione alla ricaduta. Inoltre, si mostra come una maggiore influenza emotiva, ovvero la capacità di riconoscimento e di gestione delle emozioni, è associata a una minor adozione di comportamenti trasgressivi. Questo studio riprende due delle teorie cardine che trattano questo argomento, quella di Bandura (1997) e quella di Goleman (1995). Il primo sottolinea come l'autoefficacia riesca a rafforzare la motivazione al cambiamento, aiutando le persone con DUS a gestire situazioni stressanti, come le pressioni sociali. Il secondo afferma che l'intelligenza emotiva riesce a favorire una regolazione emotiva funzionale e che questo porti a ridurre l'impulsività e i comportamenti autodistruttivi, riducendo il rischio. Un'educazione basata sull'integrazione di entrambe le caratteristiche può portare allo sviluppo di fattori protettivi. Utilizzare durante il processo di riabilitazione tecniche come quella del role-playing per gestire situazioni di difficoltà o servirsi della pratica della Mindfulness, per acquisire tecniche di consapevolezza emotiva, può essere funzionale. “Rafforzare questi fattori durante la riabilitazione può migliorare l'outcome a lungo termine” (Suhail Ahmad et al., 2021).

La prevenzione delle ricadute richiede quindi un approccio olistico, che riconosca diversi fattori intrapersonali e interpersonali. Per affrontare le vulnerabilità delle persone con DUS è fondamentale la personalizzazione degli eventi, unita alle innovazioni terapeutiche. Grazie a questo, e al sostegno comunitario, è possibile ridurre le probabilità di ricaduta, trasmettendo fiducia nel cambiamento.

2.2.2 Inclusione lavorativa

In questo paragrafo viene evidenziato come trovare un lavoro, per una persona con disturbo da uso di sostanze, non sia così immediato. L'occupazione, in questo tipo di contesto, diviene però uno dei fattori protettivi maggiori, in quanto è capace di far uscire gli individui dal circolo di emarginazione in cui si trovano. Il lavoro diviene quindi, un

vero e proprio strumento terapeutico. Si sottolinea, inoltre, l'importanza della formazione all'interno dell'ambito comunitario, al fine di preparare le persone che ne risiedono alle competenze necessarie per affrontare il mondo del lavoro.

I disturbi da uso di sostanze compromettono la partecipazione occupazionale, inclusa la capacità di mantenere un lavoro a lungo termine, come sottolinea l'American Psychiatric Association (2013).

Le occupazioni sono intese come delle vere e proprie terapie che fanno sentire l'essere umano parte di un contesto, dando senso alla sua vita. "L'impegno professionale è fondamentale per la salute e il benessere, poiché consente agli individui di entrare in contatto con le loro comunità, affermare la propria identità e dare un senso alla vita" (Hammell, 2020).

Nella terapia occupazionale sono state definite sette aree di occupazione: riposo, istruzione, lavoro, tempo libero, partecipazione sociale, attività della vita quotidiana (ADL) e attività strumentali della vita quotidiana (IADL). Queste ultime due sono quelle maggiormente utilizzate dai diversi terapisti occupazionali. Questo tipo di figura è fondamentale nel contesto di riabilitazione di persone con DUS, in quanto la mancata partecipazione e occupazione lavorativa correla con ricadute e bassa autoefficacia. "L'occupazione lavorativa funge da fattore protettivo contro le ricadute, con individui impegnati in un lavoro costante che dimostrano livelli più elevati di autoefficacia e tassi più bassi di recidiva nell'uso di sostanze" (Kelsey et al., 2020). Questo avviene in quanto vengono notevolmente limitate le interazioni sociali e le esperienze che, come citato nei paragrafi precedenti, aiutano la persona a percepirsi come cittadino attivo.

Un esempio che dimostra questa tesi è lo studio "Employment as a predictor of sustained recovery among substance-dependent adults" (Henkel et al., 2019), il quale ha esaminato il ruolo dell'occupazione lavorativa nelle persone con DUS in fase di riabilitazione. I risultati hanno evidenziato che:

- Gli individui che avevano un lavoro stabile mostravano tassi significativamente più bassi di ricadute, rispetto alle persone disoccupate.
- Il lavoro era associato a una migliore integrazione sociale, che correlava con una maggiore autostima, autoefficacia e riduzione dello stigma.

- La partecipazione a programmi di inserimento lavorativo, svolti per esempio all'interno delle Comunità Terapeutiche, correlava con una maggiore aderenza al trattamento, fungendo da motivatore.

Questi risultati confermano quanto la partecipazione attiva alla vita comunitaria, attraverso un'occupazione, sia un vero e proprio meccanismo terapeutico. Grazie a ciò si promuove una nuova identità sociale positiva, si costruisce una routine e ci si responsabilizza.

Lo stigma è una barriera notevole per le persone con DUS che cercano occupazione e “nonostante i progressi nelle politiche di inclusione, lo stigma legato alla tossicodipendenza rimane una barriera critica nell'accesso al lavoro. I datori di lavoro spesso percepiscono i candidati con una storia di DUS come inaffidabili, moralmente carenti o a rischio di ricaduta, indipendentemente dalla loro effettiva condizione di recupero. Questi pregiudizi si traducono in minori opportunità di assunzione, stipendi più bassi e una ridotta disponibilità a offrire accomodamenti ragionevoli. Tale dinamica non solo limita l'autonomia economica degli individui, ma mina anche il loro senso di autostima e l'adesione al percorso riabilitativo” (Adams et al., 2021).

Bisogna comunque tenere in considerazione che la dipendenza ha un impatto sulla vita lavorativa. Le persone con DUS hanno maggiori difficoltà nella pianificazione, nella risoluzione di problemi e nel mantenimento di relazioni. “Le persone con disturbi da uso di sostanze (DUS) mostrano spesso deficit nel funzionamento esecutivo, tra cui compromissione della pianificazione, della risoluzione di problemi e della regolazione emotiva. Queste difficoltà cognitive interferiscono direttamente con le prestazioni lavorative, contribuendo a problemi nel mantenimento dell'occupazione e nella costruzione di relazioni collaborative” (Smith et al., 2021).

Sorge l'importanza di una formazione professionale e di tirocini esperienziali, anche all'interno dell'ambito comunitario, al fine di colmare le mancanze occupazionali e accompagnare le persone in riabilitazione verso il mondo del lavoro. Molte comunità terapeutiche svolgono già questo tipo di lavoro. “La formazione professionale e i tirocini guidati sono componenti fondamentali della riabilitazione per persone con disturbi da uso di sostanze (DUS). Questi interventi non solo colmano le lacune nelle competenze, ma ricostruiscono l'autostima e l'identità sociale, fungendo da ponte verso un'occupazione sostenibile e riducendo il rischio di ricaduta” (Magor-Blatch et al., 2019).

Esempi di Comunità Terapeutiche Italiane che offrono già questo tipo di percorsi sono, per esempio, la Comunità di San Patrignano, dove si svolgono percorsi di formazione in agricoltura e artigianato attraverso tirocini interni ed esterni alla struttura e il CEIS (Centro di Solidarietà di Reggio Emilia) il quale attiva corsi di formazione in collaborazione con aziende locali, per esempio di meccanica e logistica.

Attraverso la sensibilizzazione verso questo tema non viene garantito non solo il diritto al lavoro, ma il diritto a una vita gratificante.

CONCLUSIONE

Ho scelto di concludere il percorso triennale approfondendo il tema dell'inclusione di persone con DUS, grazie al tirocinio pratico valutativo che ho svolto in una Comunità Terapeutica.

L'esperienza di tirocinio in comunità non è stata soltanto un'esperienza formativa ma ha ridefinito il mio modo di intendere la psicologia. Ogni persona, con cui ho avuto il piacere di parlare, ha una storia segnata da dolore, fragilità e speranza.

In questo contesto ho capito come il coraggio debba essere inteso come atto di responsabilità e non di crudeltà. Più volte ho assistito a persone che denunciavano comportamenti non etici messi in atto da compagni, sentendosi poi in colpa. In questo caso non si tratta di tradire la fiducia verso l'altro, cosa che veniva pensata, ma di aiutarlo a diventare più consapevole, in quanto, uno dei punti saldi comunitari, è proprio l'aiuto reciproco.

Il dubbio "non so cosa fare oggi, perché sono qui dentro?" era presente in ogni momento morto, portandosi con sé senso di inquietudine. Ho imparato, però, che proprio in quei momenti, nella vita comunitaria, si rivelano le vere trasformazioni. I silenzi portano con loro un grande senso di introspezione, necessario per acquisire consapevolezza e per comprendere che la noia non per forza è sinonimo di una vita poco soddisfacente.

Uno degli ostacoli più insidiosi è la sfiducia in sé stessi. Molti residenti erano convinti di non meritare un'altra possibilità, autosabotandosi. In questo scenario la capacità degli operatori comunitari di accogliere le fragilità è stata sorprendente. Attraverso l'empatia e l'ascolto continuo, senza nessun pregiudizio, ho visto le barriere di queste persone crollare, lasciando spazio a ogni tipo di emozione: rabbia, dolore, paura, rassegnazione.

La lezione più difficile, per me, è stata scoprire quanto le dinamiche familiari pesassero, più della stessa dipendenza, influenzando la vita di queste persone. Dietro ad ogni individuo c'era una storia familiare fatta di violenza, assenze, dipendenze affettive. Alcuni dei familiari avevano un passato di dipendenza e problemi con la legge, creando un circolo di dolore, sfociato poi in comportamenti problema.

In tutto questo il "concetto del momento giusto" era presente in ogni mia giornata.

Kairos: l'importanza del giusto tempo delle cose. Il tempo, in questi luoghi, funge da bussola. In comunità non basta sapere cosa dire, ma è fondamentale dirlo nel momento giusto. Bisogna avere la delicatezza di rispettare i silenzi, le difese e le difficoltà.

Questa esperienza mi ha insegnato l'importanza di tradurre il dolore. Il ruolo degli psicologici non è quello di guarire, ma è quello di decifrare la sofferenza, rinnovando il senso dell'esistenza di queste persone. La vera battaglia, per le persone con disturbo da uso di sostanze, non è la dipendenza in sé, ma la ricerca disperata di dare significato alla propria vita.

Grazie alla mia esperienza ho imparato che la psicologia non è solo una scienza, ma è l'arte della vicinanza.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, Z. W., Lister, J. J., & Ledgerwood, D. M. (2021). Stigma as a barrier to employment: A systematic review of experimental studies on hiring discrimination toward individuals with substance use disorders. *Stigma and Health, 6*(2), 142–150.
- Ahmad, N. S. S., Shah, K. M., Sakari, N. S. M., Yusoff, S., & Suhaimi, I. C. (2020). The relationship between self efficacy, emotional intelligence, and social support of drug addict on relapse. *Solid State Technology, 63*(5), 1688–1697.
- Best, D. (2016). An unlikely hero? Challenging stigma through community engagement. *Drugs and Alcohol Today, 16*(1), 106–116.
- Best, D., & Colman, C. (2019). Let's celebrate recovery: Inclusive cities working together to support social cohesion. *Addiction Research & Theory, 27*(1), 55–64.
- Best, D., Beckwith, M., Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J., Mawson, E., & Lubman, D. I. (2019). Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: The social identity model of recovery (SIMOR). *Psychology of Addictive Behaviors, 33*(4), 417–428.
- Best, D., Beckwith, M., Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J., Mawson, E., & Lubman, D. I. (2021). Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: The Social Identity Model of Recovery (SIMOR). *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(14), 7590.
- Best, D., Bird, K., & Hunton, L. (2015). Recovery as a social phenomenon: What is the role of the community in supporting and enabling recovery? In *Positive criminology* (pp. 194–207). Routledge.
- Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research, 252*, 1–8.
- Buckingham, S. A., Frings, D., & Albery, I. P. (2013). Group membership and social identity in addiction recovery. *Psychology of Addictive Behaviors, 27*(4), 1132–1140.
- Cezarino, L. O., Liboni, L. B., Hunter, T., Pacheco, L. M., & Martins, F. P. (2022). Corporate social responsibility in emerging markets: Opportunities and challenges for sustainability integration. *Journal of Cleaner Production, 362*, 132224.
- Clatworthy, J., Huckvale, K., & Birch, J. (2021). Therapeutic horticulture in addiction recovery: A qualitative study. *Health & Place, 70*, 102598.
- Congia, P. (1985). Il ruolo dello psicologo all'interno di una comunità per tossicodipendenti [The role of the psychologist in a community for drug addicts]. *Atti del Convegno La Psicologia in Sardegna – Nuoro 25–27 Gennaio 1985*.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. Springer.

- De Leon, G., & Unterrainer, H. F. (2020). The therapeutic community: A unique social psychological approach to the treatment of addictions and related disorders. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 786.
- Dingle, G. A., Cruwys, T., & Frings, D. (2020). Social identities as pathways into and out of addiction. *Frontiers in Psychology, 11*, Article 579588.
- Dingle, G. A., Stark, C., & Cruwys, T. (2022). Therapist integration in therapeutic communities: Bridging clinical and social models of care. *Psychology of Addictive Behaviors, 36*(2), 156–165.
- Eddie, D., Greene, M. C., White, W. L., & Kelly, J. F. (2019). Medical burden of disease among individuals in recovery from alcohol and other drug problems in the United States: Findings from the National Recovery Survey. *Journal of Addiction Medicine, 13*(5), 385–395.
- Edwards, M., Adams, E. M., & Walrath, C. (2021). Relational recovery in addiction: The role of peer support and community bonding. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 16*(3), 185–203.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2020). Advances in the science of emotional intelligence: Twenty years of progress. *Annual Review of Psychology, 71*(1), 433–458.
- Glazer, S. S., Galanter, M., Megwinoff, O., Dermatis, H., & Keller, D. S. (2003). The role of therapeutic alliance in network therapy: A family and peer support-based treatment for cocaine abuse. *Substance Abuse, 24*(2), 93–100.
- Grosso, L. (2023). Lo stigma delle persone con disturbo d'uso di sostanze [The stigma of people with substance use disorders]. *MISSION, 59*(2022), 1–15.
- Hammell, K. W. (2020). Engaging in living: Critical perspectives on occupation, rights, and wellbeing. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 87*(1), 14–23.
- Haslam, C., Haslam, S. A., Cruwys, T., Bentley, S. V., Fong, P., & Steffens, N. K. (2021). Social identity makes group-based social connection possible: Implications for loneliness and mental health. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 31*(3), 264–280.
- Haslam, S. A., Jetten, J., Cruwys, T., Dingle, G. A., & Haslam, C. (2020). *The new psychology of health: Unlocking the social cure*. Routledge.
- Henkel, D., Zemlin, U., & Hayer, T. (2019). Employment as a predictor of sustained recovery among substance-dependent adults. *Addictive Behaviors Reports, 10*, 100205.
- Hendershot, C. S., Wardell, J. D., Strang, N. M., & Claus, E. D. (2023). Cognitive and personality-based risk factors for substance use relapse: The role of covert antecedents. *Addictive Behaviors, 137*, 107532.
- Howard, K. A., Rennert, L., Pericot-Valverde, I., Heo, M., Norton, B. L., Akiyama, M. J., Agyemang, L., & Litwin, A. H. (2021). Utilizing patient perception of group treatment in exploring medication adherence, social support, and quality of life

- outcomes in people who inject drugs with hepatitis C. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 126, 108459
- Kelly, J. F., Greene, M. C., Bergman, B. G., Hoepfner, B. B., & Slaymaker, V. (2023). Motivation and emotional pathways to sustained substance use recovery: A prospective mixed-methods analysis. *Addiction*, 118(6), 1123–1134.
- Kourgiantakis, T., Ashcroft, R., & Sanders, J. E. (2020). Family-focused practices in addictions: A scoping review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 20(3), 220–246.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (2022). The abstinence violation effect: Cognitive and affective responses to lapse in recovery from alcohol use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 36(4), 443–455.
- Magor-Blatch, L., Bhullar, N., & Thomson, B. (2019). Vocational rehabilitation in substance use disorders: A systematic review of outcomes and mechanisms. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 51(2), 109–120.
- Matthews, S., Dwyer, R., & Snoek, A. (2017). Stigma and self-stigma in addiction. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14, 275–286.
- McKay, J. R., Fitzmaurice, G. M., & Hiller-Sturmhöfel, S. (2020). Relapse prevention in the treatment of substance use disorders: A cognitive-behavioral approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 113, 108003.
- Menon, J., & Kandasamy, A. (2018). Relapse prevention. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(Suppl 4), S473–S478.
- National Institute on Drug Abuse. (2018, January 17). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (Third Edition). Retrieved March 26, 2025
- National Institute on Drug Abuse. (2020, July 6). *Preface*. Retrieved March 18, 2025
- National Institute on Drug Abuse. (2023, January 15). *Treatment*. Retrieved March 20, 2025
- Nord-Baade, S., Ness, O., Jensen, C. B., Rowe, M., Opheim, E., & Landheim, A. (2024). Barriers and facilitators for social inclusion among people with concurrent mental health and substance use problems: A qualitative scoping review. *PLOS ONE*, 19(12), e0315758.
- Pagano, A., Helfrich, C., Saavedra, L., & Pro, G. (2021). The evolving role of psychologists in addiction therapeutic communities: From clinicians to community integrators. *Addiction Research & Theory*, 29(3), 202–215.
- Pacic-Turk, L., & Boskovic, G. (2011). The role of psychologists and the psychological profession in health promotion and addiction prevention. *Journal of Public Health*, 19, 47–55.

- Purcell-Khodr, G. C., Lee, K. S. K., Conigrave, J. H., Wilson, S., Perry, J., Zheng, C., & Conigrave, K. M. (2020). What can primary care services do to help First Nations people with unhealthy alcohol use? A systematic review: Australia, New Zealand, USA and Canada. *Addiction Science & Clinical Practice, 15*(1), 31.
- Shaver, S. R., Forsyth, O., & Meritus, D. (2023). Effectiveness of therapeutic community rehabilitation program for drug abuse in social institutions. *Law and Economics, 17*(3), 203–217.
- Siqueira, D. F. D., Backes, D. S., Moreschi, C., Terra, M. G., Soccol, K. L. S., & Souto, V. T. (2015). Social reintegration of crack addicts: Actions taken by the family. *Texto & Contexto Enfermagem, 24*(2), 548–553.
- Smith, J. R., Davis, M. T., & Potenza, M. N. (2021). Cognitive and social functioning in substance use disorders: Implications for occupational rehabilitation. *Journal of Addiction Medicine, 15*(1), 30–40.
- Smith, L. A., & Gates, P. J. (2020). The role of structured environments in addiction recovery: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 117*, 108098.
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Schlauch, R. C., Coffey, S. F., & Gulliver, S. B. (2021). Emotional distress and craving as predictors of substance use relapse: A prospective analysis. *Psychology of Addictive Behaviors, 35*(2), 213–222.
- Sukanto, E., Rasmun, R., Andi, P., & Sutrisno, S. (2019). The effect of family support toward motivation in following the drugs rehabilitation program. *Journal of Global Research in Public Health, 4*(1), 7–14.
- Szczygiel, N., Au-Yong-Oliveira, M., Coutinho, A., Rodrigues, A., & Lopes, R. (2018). Substance use disorders and reintegration—a novel perspective on empathy for those in need. *Journal of Corporate Responsibility and Leadership, 5*(4), 67–80.
- Vanderplasschen, W., Vandevelde, S., & Broekaert, E. (2020). Therapeutic communities for addictions: A review of their effectiveness and implementation challenges. *Current Addiction Reports, 7*(3), 271–279.
- Vigdal, M. I., Moltu, C., Bjornestad, J., & Selseng, L. B. (2022). Social recovery in substance use disorder: A metasynthesis of qualitative studies. *Drug and Alcohol Review, 41*(4), 974–987.
- Wasmuth, S., Pritchard, K., & Kaneshiro, K. (2016). Occupation-based intervention for addictive disorders: A systematic review. *Journal of Occupational Science, 23*(2), 243–257.
- Witkiewitz, K., Montes, K. S., Schwebel, F. J., & Tucker, J. A. (2020). Advances in the science and practice of relapse prevention for addictive behaviors. *Annual Review of Clinical Psychology, 16*, 155–180.

Witkiewitz, K., Roos, C. R., Tofighi, D., & Bowen, S. (2020). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(11), 997–1014.

Zaidi, U. (2020). Role of social support in relapse prevention for drug addicts. *International Journal of Innovation, Creativity and Change, 13*(1), 915–924.