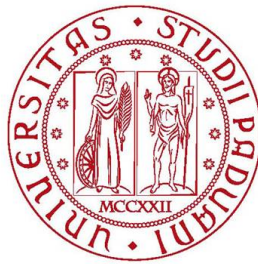


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA  
Dipartimento di Neuroscienze (DNS)  
Direttore Prof. Edoardo Stellini

Corso di Laurea in  
EDUCAZIONE PROFESSIONALE  
PRESIDENTE PROF.SSA ELENA TENCONI



Tesi di Laurea  
**Comunità Educativa e riabilitazione.**  
**La dipendenza affettiva e da uso di sostanze.**

*Relatore:* Prof.ssa Elena Tenconi

*Correlatore:* Dott.ssa Tiziana Manna

*Laureanda:* Giada Garbin

*Matricola:* 1130348

Anno accademico 2022/2023



*“L’adrenalina è un ormone che serve a migliorare la reattività dell’organismo, preparandolo a reagire in situazioni di pericolo...sempre che tu sia in grado di percepirlo il pericolo...altrimenti, l’adrenalina diventa un vizio e tu finisci per schiantarti, come è capitato a me.*

*Quando decidi di vivere una vita col piede sempre schiacciato sull’acceleratore, i rischi li devi mettere in conto e se non hai paura della velocità, dell’azzardo, dei tuoi demoni allora il conto può essere molto salato.*

*Vizio, dipendenza, patologia...c’è stato un periodo della mia vita in cui in quel gioco ho perso tutto quello che avevo, tutto.*

*Quando ho capito che il vero rischio non era quello di perdere ma di perdermi, era già troppo tardi...*

*Se solo avessi avuto un po’ di paura...un po’ di sano spirito di sopravvivenza...*

*Ma per me, sopravvivere è l’antitesi di vivere...*

*Ho sempre cercato il senso delle cose non nel risultato in sé ma nel brivido che lo precede, nell’attimo prima che vengano girate le carte, nel secondo che separa il paracadutista dal lancio nel vuoto...*

*Si, forse è per questo che la sola cosa che mi fa davvero paura è la normalità...*

*E nel mio bisogno di andare sempre più veloce c’è la necessità di scappare dalle cose normali...*

*In questa corsa più di una volta mi sono schiantato...è vero, mi sono sempre rialzato, ma è stato ogni volta più difficile.*

*Oggi forse, sono più consapevole, più lucido...sono ancora schiavo dell’adrenalina ma padrone della mia vita e sono tornato a scommettere solo su me stesso.”*

*Monologo di Fred De Palma, Le Iene, puntata del 28/03/2023*



## **Riassunto**

Oggigiorno, quando una persona presenta problemi di dipendenza da sostanze viene invitata ad affrontare un percorso presso una Comunità Terapeutica: un contesto protetto in cui la persona ha la possibilità di affrontare le sue difficoltà, supportata da un'equipe multidisciplinare. All'interno dell'equipe di professionisti è presente la figura dell'educatore professionale, una figura professionale che in un ambiente come quello della Comunità ha maggiore possibilità di osservare la persona durante la quotidianità. Spesso quindi, l'uso delle sostanze si rivela essere la punta dell'iceberg della sofferenza delle persone emergendo così vissuti, emozioni e personalità riscontrando una maggiore comorbidità tra la dipendenza da sostanze e la dipendenza affettiva.

L'obiettivo di questa tesi è quello di individuare una metodologia e degli strumenti utili all'educatore professionale a supporto della persona che affronta un percorso terapeutico-riabilitativo. Nel processo di selezione del materiale da consultare per la stesura dell'elaborato, sono state utilizzate le seguenti parole chiave: dipendenza, tossicodipendenza, dipendenza affettiva, Comunità Terapeutica, intervento educativo e stile di vita. Il materiale è stato raccolto da diverse fonti bibliografiche, articoli scientifici e siti web.

Da una profonda analisi del materiale consultato si è creato un bagaglio di strumenti a supporto del lavoro quotidiano dell'educatore professionale, dove un approccio volto alla proposta di un cambiamento dello stile di vita si è mostrato essere il più diffuso.

L'educatore professionale risulta essere una figura centrale all'interno delle Comunità Terapeutiche in cui, insieme all'equipe multidisciplinare svolge un ruolo chiave nella riabilitazione, nel sostegno e nell'empowerment della persona.

## **Abstract**

Nowadays, when a person has substance addiction problems this is invited to undergo a course in a Therapeutic Community: a protected context in which the person has the opportunity to face their difficulties, supported by a multidisciplinary team. Within the team of professionals there is the figure of the professional educator, a professional figure who in an environment such as that of the Community has a greater possibility of observing the person during everyday life. Often therefore, the use of substances turns out to be the tip of the iceberg of people's suffering, thus emerging experiences, emotions and personalities, finding a greater comorbidity between substance addiction and love addiction.

The objective of this thesis is to identify a methodology and tools useful to the professional educator to support the person facing a therapeutic-rehabilitative path. In the process of selecting the material to consult for the drafting of the thesis, the following key words were used: addiction, drug addiction, love addiction, Therapeutic Community, educational intervention and lifestyle. The material was collected from various bibliographical sources, scientific articles and websites.

From a profound analysis of the material consulted, a set of tools was created to support the daily work of the professional educator, where an approach aimed at proposing a change in lifestyle has proven to be the most widespread.

The professional educator appears to be a central figure within the Therapeutic Communities in which, together with the multidisciplinary team, he plays a key role in the rehabilitation, support and empowerment of the people.

## Indice

<b>Introduzione</b> .....	2
<b>Capitolo 1: Dalla tossicodipendenza alle New Addiction</b>	
1.1 La nascita delle tossicodipendenze.....	5
1.2 Le New Addiction.....	6
1.3 I determinanti per lo sviluppo della dipendenza.....	7
1.4 Il circuito della gratificazione.....	9
<b>Capitolo 2: L’attaccamento come precursore della dipendenza affettiva</b>	
2.1 La teoria dell’attaccamento di Bowlby.....	11
2.2 La dipendenza affettiva.....	13
2.3 La tossicodipendenza e l’amore patologico: le analogie.....	15
<b>Capitolo 3: La Comunità Terapeutica</b>	
3.1 Cenni storici.....	17
3.2 L’ambiente della Comunità Terapeutica.....	19
<b>Capitolo 4: L’educatore professionale</b>	
4.1 La figura dell’educatore professionale.....	23
4.2 Il codice Deontologico e la core competence dell’educatore professionale.....	25
<b>Capitolo 5: Strumenti e ruolo dell’educatore professionale nella Comunità Terapeutica</b>	
5.1 Metodologia e modello come riferimenti teorici.....	29
5.2 La Comunità Terapeutica come “palestra” per il cambiamento.....	33
5.3 Il ruolo e gli strumenti dell’educatore professionale.....	35
5.4 Nello specifico per la dipendenza affettiva.....	44
<b>Conclusioni</b> .....	47
<b>Bibliografia</b> .....	49
<b>Ringraziamenti</b> .....	56

## Introduzione

La dipendenza affettiva e la dipendenza da sostanze rappresentano due problematiche complesse che affliggono numerosi individui in tutto il mondo.

La dipendenza affettiva si riferisce ad un pattern di comportamenti che indicano una dipendenza emotiva e psicologica da una relazione o da un partner. D'altra parte, la dipendenza da sostanze coinvolge la necessità compulsiva di assumere sostanze psicoattive, come droghe o alcol, al fine di provare piacere, evitare sensazioni negative o soddisfare un bisogno fisico.

Entrambe queste forme di dipendenza possono avere gravi conseguenze per la salute mentale, fisica e relazionale degli individui coinvolti. Tuttavia, è emerso che esiste una correlazione significativa tra la dipendenza affettiva e la dipendenza da sostanze, con un notevole sovrapporsi di sintomi e fattori di rischio.

L'attaccamento sviluppato nell'infanzia sembra essere un fattore di predisposizione per lo sviluppo di una dipendenza: la qualità delle relazioni che si creano nell'arco della vita di ciascuno è lo specchio dell'attaccamento avuto nell'infanzia.

Ad oggi, nelle Comunità Terapeutiche l'educatore lavora principalmente sulla dipendenza da sostanze ma, inevitabilmente, si ritrova ad affrontare insieme alla persona in difficoltà molte altre problematiche, in particolare la dipendenza affettiva. Questa tesi si propone di esplorare in modo approfondito la relazione tra la dipendenza affettiva e la dipendenza da sostanze, analizzandone le possibili cause e i meccanismi sottostanti, facendo riferimento all'attaccamento dell'infanzia come fattore predisponente. Viene data un'informazione globale sulle Comunità Terapeutiche, sul loro funzionamento e su qual è il ruolo dell'educatore professionale al loro interno.

Attraverso una revisione critica della letteratura si cercherà di comprendere meglio i fattori che collegano queste due forme di dipendenza e di identificare strategie terapeutiche efficaci utili all'educatore professionale per il trattamento delle persone affette da entrambe le condizioni.



Si mira quindi a fornire una base teorica e pratica solida per gli educatori di Comunità che si occupano di individui affetti da dipendenza affettiva e di sostanze. Si spera che le considerazioni di questa tesi possano contribuire a un miglioramento delle strategie di trattamento, offrendo sostegno e speranza a coloro che lottano con queste complesse sfide nella loro vita.



## Capitolo 1

### Dalla tossicodipendenza alle New Addiction

#### 1.1 La nascita delle tossicodipendenze

Per comprendere il fenomeno delle dipendenze in Italia è necessario tornare agli anni Sessanta, periodo in cui si cominciarono a conoscere le prime sostanze d'abuso.

L'ingresso in Italia delle sostanze, che ad oggi possiamo inserire nelle sostanze d'abuso, avvenne per vie legali: in quegli anni ci fu l'esordio, grazie all'avanzare del sapere della Medicina Legale, di tranquillanti, anfetamine, farmaci ipnoinducenti e di analgesici, dotati di componenti chimiche che necessitavano di prescrizione medica.

I fattori che influirono sulla libera distribuzione di questi farmaci furono:

- il richiamo straordinario delle nuove medicine;
- la pressione delle industrie farmaceutiche coniugata ad una debolezza delle istituzioni politiche e amministrative.

Luigi Cancrini, un noto Psichiatra italiano che ancora oggi s'impegna nelle battaglie culturali nell'ambito delle dipendenze, spiega che questo fenomeno nel nostro Paese venne riconosciuto tardi e, insieme a questo, i prodotti anfetaminici, un tempo regolarmente acquistati in farmacia, venivano spesso iniettati in vena e l'abitudine a l'uso per endovena ha probabilmente contribuito a formare il primo strato di persone "dipendenti" che, una volta chiusa la strada delle anfetamine, hanno imboccato con più facilità quella del consumo per via endovenosa delle sostanze pesanti (Cancrini, 2002).

Successivamente, tra gli anni Settanta e Ottanta, in Italia, l'uso delle droghe pesanti, in particolare dell'eroina, cominciò a diffondersi nelle contestazioni giovanili e all'interno del movimento hippy; in questo caso l'uso delle sostanze stupefacenti assunse una connotazione contro-culturale (Meazzini, 2020).

Sempre Luigi Cancrini fissa i punti di partenza storici e teorici essenziali per la spiegazione del fenomeno della tossicodipendenza:

- la disponibilità pura e semplice delle sostanze, cioè l'offerta di droga sul mercato nero;

- l'inclinazione dei singoli e dei gruppi, per motivi diversificati ad assumerle o abusarne.

(Piccone Stella, 2002)

Nel 2017 l'*Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs* ha condotto, su un campione di circa 60000 persone di età compresa tra i 15 e i 74 anni, un'indagine per monitorare l'utilizzo delle sostanze d'abuso. I risultati mostrano che in quell'anno il 33,5% degli italiani ha utilizzato, durante la loro vita, almeno una sostanza e che il 10,3% l'ha assunta negli ultimi 12 mesi (Governo Italiano, 2017).

## 1.2 Le New Addiction

Ancora oggi la parola "tossicodipendente" ci rimanda all'immagine stereotipata del tossico degli anni Settanta, ovvero di una persona che vive per strada, trascurata e che segue uno stile di vita delinquenziale. Con gli anni, non solo si è mutata l'immagine della persona dipendente ma, insieme ad essa, anche il concetto di dipendenza.

La propensione a dipendere è multiforme e variata: si può dipendere dal lavoro, dalla televisione, dal cibo, dall'amore, tanto quanto dalla cocaina, dall'eroina e dall'alcol. All'interno del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V*, s'introduce il concetto di New Addiction, anche chiamate "le dipendenze senza sostanza", che possiamo definire come un gruppo eterogeneo di disturbi che condividono caratteristiche psicopatologiche comuni (APA, 2015).

Se nelle tossicodipendenze è centrale l'uso della sostanza, nelle New Addiction i comportamenti additivi riguardano, ad esempio, il cibo, l'uso di internet, il sesso, il gioco d'azzardo, lo shopping e l'amore patologico.

Le condotte quotidiane, per alcuni individui, assumono caratteristiche patologiche; come nei comportamenti definiti "tossicomani", il disagio clinicamente significativo si manifesta con specifiche entità sindromiche come *compulsività*<sup>1</sup>,

---

<sup>1</sup>Con il termine *compulsività* s'intende un atto che viene eseguito dal soggetto in modo ripetitivo e infrenabile come sintomo di una varietà di disturbi del comportamento. Nella Psicologia e Psichiatria viene associato alle problematiche di dipendenza. In questa situazione, il soggetto non è in grado di resistere ad un impulso e cede alla tentazione di mettere in atto il comportamento fonte di gratificazione.

*abuso*<sup>2</sup>, *tolleranza*<sup>3</sup>, *craving*<sup>4</sup>, *astinenza*<sup>5</sup>. Nel caso delle New Addiction il comportamento “tossico” può riguardare qualsiasi esperienza capace di alleviare il dolore, l’ansia o altri stati emotivi negativi (Caretti e La Barbera, 2014).

### **1.3 I determinanti per lo sviluppo della dipendenza**

*“Il comportamento delle persone conta tanto quanto la disponibilità delle sostanze. Il consumatore non è un soggetto passivo, si muove, chiede, sceglie e decide”.* (Hudolin, 2015)

Questo è un punto di partenza fondamentale per approfondire la costruzione dell’immagine della persona dipendente.

Per anni si attribuì “la colpa” del fenomeno della dipendenza alla sostanza, in quanto, causa di tolleranza ed astinenza fisica, era considerata il motivo che spinge la persona alla ricerca continua dell’oggetto del piacere.

Con il DSM-III s’introduce il concetto di dipendenza, dove il focus è sul valore che la sostanza assume nella vita della persona: centralità e invadenza possiamo considerarle come le caratteristiche principi che assume l’oggetto fonte di dipendenza. Ecco, quindi, che criteri come l’interruzione di attività sociali, lavorative e ricreative, la continua ricerca dell’oggetto e l’impegno nel controllare l’uso, sono sufficienti a determinare il fenomeno della dipendenza (APA, 1980; Amato e Pani, 2013).

Ma se questa è la condizione della persona dipendente che cos’è che influisce nel percorso di vita nella costruzione di essa?

La costruzione della dipendenza è conseguenza di un insieme di cause che influiscono durante il percorso di vita della persona. Le diverse cause le possiamo definire fattori di rischio e ora ne vedremo uno ad uno.

---

<sup>2</sup>Con il termine *abuso* s’intende l’uso eccessivo di una sostanza collegato alla necessità di doverne ricorrere.

<sup>3</sup>La *tolleranza* nella dipendenza è la diminuzione dell’effetto della sostanza dovuto alla somministrazione ripetuta ad una data dose. Questo fenomeno comporta ad un bisogno di assumere dosi della sostanza più elevate per raggiungere l’effetto ricercato.

<sup>4</sup>Il *craving* è il desiderio impulsivo di assumere la sostanza o di ripetere un comportamento.

<sup>5</sup>La sindrome d’*astinenza* è composta da una serie di gravi disturbi che si ripercuotono sulla sfera psico-fisica della persona. In assenza della sostanza o dell’attuazione di comportamento, la persona dipendente può manifestare sintomi come: nausea, tremori, contrazioni muscolari, tachicardia, ipertensione, febbre, brividi ed inappetenza.

Partiamo dall'ipotesi dell'**ereditarietà genetica**. Studi hanno rilevato che lo sviluppo di una dipendenza è rappresentato per il 40-60% da fattori genetici. Analizzando 22 studi realizzati tra il 2013 e il 2018 si evidenzia l'esistenza di modificazioni del DNA e di determinate sequenze di geni correlate alla suscettibilità a sviluppare una dipendenza (Rodriguez, 2020).

Infine, gli studi di genetica molecolare hanno identificato geni che contengono varianti responsabili delle componenti ereditarie della vulnerabilità umana alla dipendenza.

Per parlare delle **alterazioni genetiche** ci soffermiamo sull'adolescenza, dove lo sviluppo del cervello non è completo e in questa fase è attiva la plasticità neuronale. Quest'ultimo è un fenomeno caratterizzato dalla produzione ed eliminazione delle sinapsi e dalla variazione di concentrazione di neurotrasmettitori. Responsabili del controllo del comportamento impulsivo e della valutazione delle scelte (cioè, delle azioni in termini di rischio/beneficio) sono le aree corticali prefrontali, che in questa fase evolutiva sono ancora in via di sviluppo. Questi fenomeni neurobiologici spiegano la poca resistenza in questa età nello sperimentare le sostanze e l'esposizione a conseguenze psichiche che interferiscono nello sviluppo delle funzioni cerebrali dell'adulto (Chambers et al., 2003).

Ora, è necessario soffermarsi in quella fase della vita vulnerabile dove la **personalità** si modella: nell'adolescenza i cambiamenti neurobiologici rendono le persone più sensibili. Fattori quali il mal adattamento allo stress e l'eccessiva timidezza associata alla frustrazione spesso non espressa, sembrano costituire quei tratti della personalità che espongono al rischio per lo sviluppo della dipendenza. Questa difficoltà di coping, la percezione di inadeguatezza ai contatti sociali e le condizioni di isolamento, fa sì che l'esposizione alle sostanze si possa tradurre in un legame persistente: sembra che le sostanze facilitino la socievolezza e il contatto interpersonale, riducano lo stress e la frustrazione (Gerra e Zaimovic, 2002).

La **modulazione ambientale** è una componente importante. Questo riguarda non solo l'ambiente familiare in cui si vive, ma anche i diversi contesti in cui si cresce e si forma la personalità. Il gruppo dei pari, ad esempio, rappresenta un'influenza particolarmente forte soprattutto in adolescenza: è il luogo di iniziazione alle

sostanze. La famiglia, la natura delle relazioni al suo interno, le tecniche di gestione comportamentale scarse o inesistenti dei genitori e l'atteggiamento di quest'ultimi verso le sostanze, sembrano essere predittivi nello sviluppo della dipendenza. Anche il substrato sociale influenza l'avvicinamento alle sostanze, infatti la probabilità di avvicinarsi ad esse è maggiore, vivendo e crescendo in una zona con molta criminalità (Teesson et al., 2002).

Di primaria importanza, a cui dedicheremo il capitolo successivo sarà il ruolo della **prima infanzia** nello sviluppo della dipendenza.

#### **1.4 Il circuito della gratificazione**

Se i fattori di rischio sopra elencati predispongono le basi per lo sviluppo di una dipendenza, non meno importante e indispensabile è il circuito della gratificazione che si avvia per il mantenimento di essa.

L'oggetto della dipendenza induce intensi effetti gratificanti che l'uomo fissa rapidamente nella memoria.

La *gratificazione* possiamo definirla come un incentivo ambientale che viene apprezzato e rivisitato dopo essere stato sperimentato. Questo processo è collegato a sensazioni soggettive di piacere e desiderio: si desidera ripetere un'azione perché ha prodotto un risultato positivo. Questo ultimo punto spiega perché la gratificazione promuove il mantenimento di un comportamento, oppure, ne aumenta l'intensità e la frequenza. Occorre specificare però, che la gratificazione non è un concetto unitario: comprende molteplici componenti psicologiche e fisiologiche (Schultz, 2000).

Studi hanno dimostrato che i roditori si attivano per ottenere la stimolazione elettrica di specifiche regioni cerebrali, mentre studi successivi hanno evidenziato che la stimolazione di queste specifiche regioni porta alla liberazione del neurotrasmettitore dopamina. Possiamo, inoltre, distinguere due regioni coinvolte nel circuito della gratificazione: la regione sottocorticale e la sottoregione frontale. La prima svolge un ruolo primario negli aspetti motivazionali inconsci dell'esperienza, la seconda permette la scelta dei comportamenti volti ad ottenere le gratificazioni.

Nel caso delle sostanze d'abuso, l'addiction si manifesta in quanto le sostanze si legano a specifici recettori, la cui attivazione induce in maniera più o meno diretta il

rilascio di dopamina. Con le sostanze, il rilascio di dopamina è più rapido e di conseguenza si attivano fenomeni compensatori nel circuito; questi fenomeni si evidenziano a livello molecolare, cellulare e neurale.

L'alterazione continua determina una riduzione dell'efficacia della gratificazione data dalla sostanza e di conseguenza anche di altre gratificazioni. Questo spiega l'instaurarsi della tolleranza e della dipendenza: per ottenere lo stesso livello di gratificazione è necessario assumere dosi sempre più elevate della sostanza.

La ripetizione continua di un'attività altamente gratificante sembra essere il nucleo dell'addiction: questo spiega le analogie presenti tra le tossicodipendenze e le New Addiction (Valtorta e Passerini, 2009).



## Capitolo 2

### L'attaccamento come precursore della dipendenza affettiva

#### 2.1 La teoria dell'attaccamento di Bowlby

Un aspetto sopra citato e a cui viene dedicato questo paragrafo, è il ruolo della prima infanzia e per spiegarlo bisogna fare riferimento alla teoria dell'attaccamento di John Bowlby.

Secondo alcuni studi, la qualità dell'attaccamento madre-figlio nella prima infanzia è la base per la costruzione di meccanismi psicologici per lo sviluppo di una dipendenza futura.

John Bowlby fu un noto Psicologo, Medico e Psicoanalista inglese, che nel 1969 elaborò la teoria dell'attaccamento. Egli, riteneva necessario porre l'attenzione sulla qualità del legame madre-bambino, considerandolo il preludio per lo sviluppo psico-fisico del medesimo.

Gli studi cominciarono nel '51, e lo studioso pose l'attenzione alla teoria evuzionistica di Charles Darwin, che gli offrì la giusta base scientifica per comprendere al meglio le basi biologiche e istintuali dei comportamenti nel legame madre-bambino (Bowlby, 1999).

Nell'analisi del legame madre-bambino, Bowlby utilizzò un approccio di tipo etologico, dove l'attaccamento è considerato un sistema pre-programmato che si sviluppa nei primi mesi di vita.

Un punto fondamentale da cui partire per la spiegazione della teoria è il riconoscimento della componente biologica del legame, vale a dire che l'allattamento (ad esempio) non è una risposta al bisogno di nutrizione, ma bensì un bisogno primario geneticamente determinato per lo sviluppo psico-fisico del bambino. Quest'ultimo esempio conferma la teoria di Bowlby, per cui ciascun essere umano ha un bisogno "innato" verso l'attaccamento, bisogno che va ben oltre quelli fisiologici e dove, i legami svolgono una funzione fondamentale per la sopravvivenza.

L'attaccamento iniziale è quello che si viene a formare nella relazione materna, dove la madre è il *caregiver*<sup>6</sup> di riferimento; questo comporterà la formazione di modelli operativi interni che andranno a definire i comportamenti relazionali futuri. Se è vero che s'impara dall'esperienza e che quindi l'acquisizione di alcuni modelli può anche supportare delle modifiche, è vero anche che i primi modelli che apprendiamo siano i più persistenti.

La qualità delle cure ricevute dai caregivers promuove lo sviluppo di modelli distinti che poi ciascun individuo utilizzerà per entrare in relazione con gli altri nella vita. Secondo Bowlby, questo accade perché i caregivers guidano la costruzione dell'immagine del sé interiorizzata nel bambino secondo una serie di aspettative di ciò che è possibile fare nel momento del bisogno (Mareschi e Talia, 2019).

Con lo strumento della *Strange Situation*<sup>7</sup> si è dimostrato che le risposte individuali del bambino alla separazione e riunione con il caregiver sono correlate alle risposte sensibili o meno di quest'ultimo. Si riconobbero quindi quattro stili di attaccamento:

- sicuro;
- insicuro-evitante;
- insicuro ansioso ambivalente;
- disorientato-disorganizzato.

Nell'**attaccamento sicuro**, il bambino gioca ed esplora l'ambiente liberamente con la presenza della madre ma, protesta nel momento della separazione e si conforta al ricongiungimento.

Nell'**attaccamento insicuro-evitante**, al momento della separazione il bambino non piange e al ricongiungimento evita la madre. Questi bambini imparano a non esprimere i propri bisogni e a manifestare la rabbia in modo inadeguato, questo perché temono risposte negative da parte del caregiver.

---

<sup>6</sup>Con il termine *caregiver* s'intende una persona che si prende cura, che dà assistenza ad una persona/familiare non autosufficiente o con patologie croniche. *Giver* (chi dà) e *care* (cura). Il termine si è esteso nell'uso e sta ad indicare, anche nel caso dell'accudimento nella prima infanzia, la figura di riferimento.

<sup>7</sup>Tecnica di osservazione della relazione madre-bambino ideata da Mary Ainsworth. È una procedura sperimentale composta da otto fasi dove si alternano le fasi di separazione, solitudine e ricongiungimento tra la madre e il bambino. Lo scopo era quello di analizzare il comportamento del bambino quando esce dalla sua zona confort, vale a dire, in che modo il bambino passa dall'ambiente sicuro di casa all'esplorazione del mondo. Di primaria importanza per l'osservazione era la reazione del bambino al momento dell'allontanamento e al ricongiungimento con la madre.

L'**attaccamento insicuro ansioso ambivalente** si definisce quando il bambino, al momento della separazione, manifesta una forte angoscia che però placa al ricongiungimento. L'ambivalenza si manifesta nel gioco perché la madre è percepita come imprevedibile.

Infine, l'**attaccamento disorientato-disorganizzato** si definisce tale proprio perché il bambino mostra difficoltà nell'esibire qualunque tipo di comportamento; perciò, il bambino manifesta vigilanza e iperallerta, come se la madre suscitasse paura (Guerreschi, 2022).

L'amore materno ideale è un amore non possessivo, che permette la crescita nel bambino del suo Io. Se il bambino non si separa dalla figura materna, nella crescita ricercherà un amore in cui si è posseduti o si possiede, un amore in cui si accudisce, si dirige e si venga sollevati dalle proprie responsabilità.

L'instaurarsi di un legame di attaccamento sano che permette la separazione tra madre-bambino, favorisce in quest'ultimo l'esplorazione del mondo circostante e dell'acquisizione di autonomia.

Secondo le ricerche del noto psichiatra François-Xavier Poudat, lo stile insicuro ansioso ambivalente è la tipologia di legame che ricercano i dipendenti affettivi: manifestano una forte ansia e paura dell'abbandono, idealizzando il partner; si possono definire dei veri e propri "tossicodipendenti d'amore" (Poudat, 2005).

## **2.2 La dipendenza affettiva**

La dipendenza affettiva (DA) o love addiction, è un concetto di cui si sente parlare da poco tempo; venne introdotto per la prima volta nell'87 da Robin Norwood e solo allora anche la Psichiatria cominciò a rivolgere il proprio interesse, definendo la DA come "Disturbo dipendente di personalità".

Il noto Filosofo e Psicoanalista Umberto Galimberti definisce la DA come "*una modalità relazionale in cui il soggetto si rivolge continuamente agli altri per essere aiutato, guidato e sostenuto. L'individuo dipendente, avendo una scarsa fiducia in sé stesso, fonda la propria autostima sulla rassicurazione, sull'approvazione altrui ed è incapace di prendere decisioni senza un incoraggiamento esterno.*" (Galimberti, 1999).

Si può considerare quindi, la DA come una condizione psicologica che rappresenta una fonte di sicurezza sostitutiva della persona.

Quest'epoca caratterizzata dall'incertezza, dalle modifiche dei sistemi valoriali e dalla precarietà fa scaturire nell'uomo il bisogno di un legame simbiotico, dove la ricerca dell'altro è accompagnata dall'illusione che quest'ultimo sia l'unica fonte di sicurezza e protezione, capace di prendersi cura. Spesso però, accade che questo legame si tramuti in un "legame che stringe" o in una "dolorosa ossessione" dove l'equilibrio relazionale viene alterato; può diventare un'abitudine a soffrire.

La dipendenza si sviluppa nei confronti della persona: l'uomo o la donna si dedicano completamente all'altro, l'amore è considerato come la risoluzione dei propri problemi che spesso sono vuoti da colmare, vuoti che derivano da carenze affettive ricevute nella prima infanzia.

Le persone dipendenti affettive riducono gli spazi della propria indipendenza in quanto tutto gira attorno alla persona "amata" e percepiscono le altre relazioni come pericolose per il timore di poter perdere il partner. Anche l'allontanamento temporaneo è un evento che suscita angoscia e sofferenza, in quanto è il partner l'oggetto del piacere immediato.

Nonostante la consapevolezza di essere all'interno di una relazione autodistruttiva, i DA non riescono ad uscire da questo circuito (Guerreschi, 2022).

Il dipendente affettivo è:

- ossessionato dall'altro: fino a diventare paranoico, immaginando episodi catastrofici per paura dell'abbandono;
- ansioso;
- stabile: nel vivere lunghe relazioni autodistruttive;
- bisognoso di attenzioni: richiede al partner molte attenzioni, fino a creare conflitti al fine di ottenerle;
- geloso: tende ad essere possessivo e a controllare tutto ciò che sta attorno al partner; questo è dato da un senso d'inferiorità, di non essere mai all'altezza e da una paura incontrollabile dell'abbandono;
- influenzabile: è come una spugna, assorbe l'umore del partner e tende alla sottomissione;

- devoto: non fa nulla senza il consenso dell'amato/a;
- invisibile: agli occhi degli altri e nella relazione, si lascia stravolgere la vita dal partner fino a dimenticare quelli che erano i suoi interessi;
- colpevole: si auto-accusa di tutto, ma questo non implica la fedeltà sicura, anzi, per non soffrire di solitudine spesso moltiplica le conquiste;
- noioso: si vede noioso; teme di trascorrere il tempo da solo;
- bugiardo per cortesia: per ricercare l'approvazione altrui omette le sue idee e volontà, con il timore di allontanare l'altro;
- troppo gentile: ama incondizionatamente ma ad un caro prezzo di attenzioni in termini di tempo ed energie che l'altro a sua volta deve spendere per lui/lei.

(Deetjens, 2016)

La DA fa parte delle New Addiction in quanto è una forma di dipendenza comportamentale.

### 2.3 La tossicodipendenza e l'amore patologico: le analogie

Se mettiamo a confronto il fenomeno della tossicodipendenza e la DA, riscontriamo una serie di analogie che si ripercuotono sulla persona.

Queste analogie possiamo distinguerle in comportamentali, neurobiologiche e cognitive.

Il **piacere o sollievo fino all'intensa euforia** è una manifestazione comportamentale provata dal DA alla sola visione del partner, come il tossicodipendente la manifesta con l'uso della sostanza. A seguire, i dipendenti manifestano il **craving**, il desiderio irrefrenabile per il partner o la sostanza. È un sintomo soggettivo, difficile da quantificare che porta alla **ricerca crescente dell'oggetto di dipendenza**, quindi, i DA cercheranno sempre più la vicinanza o l'attenzione del partner, i tossicodipendenti invece, cercheranno dosi maggiori di sostanza da assumere.

Al momento dell'assenza del partner o nel caso la relazione finisse, si è riscontrato che i DA, manifestano sintomi d'**astinenza** come per i tossicodipendenti in assenza della sostanza. I sintomi che si manifestano sono: depressione, ansia, insonnia, irritabilità e perdita dell'appetito.

Nonostante l'associazione a conseguenze negative, i dipendenti manifestano una **persistenza del comportamento**: i DA, anche se il partner è infedele e violento, lo ricercano nuovamente come i tossicodipendenti cercano ancora la sostanza nonostante le conseguenze negative legate all'uso (Liebowitz, 1983; Hatfield e Spercher, 1986).

Studi di Neuroimaging che visualizzano l'attività cerebrale dal vivo, hanno riscontrato l'attività delle stesse regioni cerebrali nell'innamoramento e nella tossicodipendenza. La percezione del partner e i comportamenti attuati nella relazione da parte del DA, attivano il sistema della ricompensa determinando il rilascio di dopamina, che è il principale processo innescato dall'assunzione di sostanze (Fisher et al., 2016).

Sul versante cognitivo, principalmente troviamo un basso controllo degli impulsi e una brevità del circuito di gratificazione. Questi ultimi portano all'assenza della prudenza, della moderazione e della pianificazione, seguito dalla difficoltà ad adattare il proprio comportamento in funzione alla situazione.

## Capitolo 3

### La Comunità Terapeutica

#### 3.1 Cenni storici

Nonostante ancora oggi ci sia poca informazione e conoscenza rispetto all'ambiente di Comunità, la nascita di quest'ultime ha radici più lontane di quanto si pensi.

Nel 1952 Maxwell Jones<sup>8</sup> implementò la prima Comunità Terapeutica sulla base di un desiderio di rinnovamento dell'intervento psichiatrico. Per la prima volta, in un contesto istituzionalizzante, i pazienti venivano messi al centro dell'attenzione: essi potevano partecipare attivamente alla gestione della collettività e di conseguenza anche alla loro stessa cura.

Benché in quegli anni non ci fosse ancora una metodologia da seguire, gli obiettivi degli interventi erano mirati ad un recupero personale, sociale ed emozionale. La cornice era quella di un luogo che permetteva ai soggetti di apprendere nuove competenze e di vivere in un ambiente rieducativo accogliente e sano.

In Italia le prime Comunità apparvero intorno agli anni Settanta in risposta al consumo di sostanze che si stava diffondendo a macchia d'olio, in particolare di sostanze pesanti come ad esempio gli oppiacei. Agli inizi le Comunità erano formate da un gruppo di persone e di volontari che volevano mettersi in gioco e che stavano maturando una certa sensibilità rispetto al problema sociale dell'epoca.

L'ambiente di Comunità era in controtendenza: non utilizzava approcci comuni al carcere e agli ospedali psichiatrici del tempo, ma s'impegnava ad *accompagnare, accogliere e cercare* le persone dipendenti<sup>9</sup>.

Nel 1996 si arrivò a reperire 1372 Comunità Terapeutiche in Italia.

In quegli anni i percorsi erano lunghi, della durata anche di 3-4 anni; si pensava che attraverso il "lavaggio del cervello" il comportamento tossico fosse rimosso e sostituito da altri. Questo tipo di approccio fallì. Si riconobbe quindi, la necessità di un percorso individualizzato per la persona e le indicazioni comportamentali da

---

<sup>8</sup> Noto Psichiatra sudafricano, che in quegli anni era all'interno di un movimento britannico per la riforma dell'intervento psichiatrico.

<sup>9</sup> In quegli anni ci fu la legge 22 dicembre 1975, n. 685: legge specifica che aiutò a superare il concetto di "persona criminale" e grazie alla quale si cominciò a porre l'attenzione sulla figura della persona dipendente come persona bisognosa di cure.

suggerire anche ai familiari necessitavano di un'attenta analisi delle dinamiche all'interno.

Solo dalla seconda metà degli anni Novanta, cominciò anche a mutare il personale della Comunità: solo allora si riconobbe la necessità di figure con formazione professionale.

Le Comunità che troviamo oggi sono frutto della “Comunità modificata” di George De Leon secondo cui la Comunità Terapeutica si deve basare su degli aspetti fondamentali:

- l'uso di sostanze è una circostanza secondaria della persona;
- centrale nel percorso è l'individuo con le sue caratteristiche, disfunzioni e deficit;
- credere nel raggiungimento di uno stile di vita sano a livello personale, macro e micro sociale.

A questi punti, si aggiunse il pensiero di Don Ottenberg<sup>10</sup>, secondo cui il lavoro comunitario e multidisciplinare delle figure professionali presenti è fondamentale nel processo terapeutico, sottolineando anche la necessità di definire anticipatamente la durata di un programma, utile nel promuovere i cambiamenti.

La Comunità Terapeutica si è rivelata uno strumento forte nel combattere le dipendenze, ma non infallibile.

Gli assi portanti delle Comunità Terapeutiche sono:

- l'astinenza da ogni tipo di sostanza;
- la rinuncia non solo all'uso delle sostanze, ma anche del proprio stile vita, delle abitudini e della libertà individuale;
- le regole, anche se troppo contenitive necessitano di una mediazione e di una individualizzazione.

Oggi, è sempre più diffusa tra gli operatori che operano all'interno di una Comunità, la percezione che le persone con dipendenza faticino a stabilire relazioni significative, ad adattarsi all'ambiente, a contenere l'impulsività e l'aggressività e che siano disposti a fare delle rinunce.

---

<sup>10</sup>Don Ottenberg è stato uno dei pionieri delle Comunità Terapeutiche. Fu un Medico americano, il primo ad utilizzare con i propri pazienti dipendenti il gruppo come strumento per lavorare sulla dipendenza.



Questo quadro richiede il ricorso a nuove metodologie.

(Coletti e Grosso, 2011)

### **3.2 L'ambiente della Comunità Terapeutica**

Si giunge in Comunità principalmente su segnalazione dei Serd<sup>11</sup> del proprio territorio, i quali, dopo un'attenta valutazione della persona, la invitano all'ingresso in Comunità.

Dopo il colloquio di conoscenza della persona con il Direttore Responsabile, la prima cosa che viene chiesta alla persona al suo ingresso è un *blackout totale*: un distacco netto dal mondo esterno, familiari inclusi. Verranno quindi evitate visite e telefonate, con lo scopo di facilitare l'adattamento nel nuovo ambiente. In particolare, le nuove regole e persone presenti nel contesto pongono le basi per un terreno "nuovo" e stimolante per la persona, che può competere con il richiamo dell'esterno e della sostanza. Simbolicamente, la richiesta del distacco rappresenta la volontà al cambiamento.

Successivamente a questa fase iniziale di distacco il residente comincerà a sperimentare delle dissonanze: è nella fase in cui gli si chiede di accettare e condividere le regole, dove sono previste rinunce e opportunità di crescita. L'accettazione della proposta del nuovo stile di vita non è sempre ben accolta: regole, limiti, restrizioni, che al di fuori possono sembrare sciocchezze, sono spesso fonte di discussione e frustrazione da parte della persona in programma. A questo punto, l'ospite affronta queste frustrazioni o comportamenti oggetto di discussione con l'equipe<sup>12</sup>, nei colloqui individuali e nei gruppi con i pari.

Progressivamente, l'ospite comincia a conoscersi: grazie agli strumenti quotidiani forniti dalla Comunità, la persona comincia a prendere consapevolezza delle proprie risorse e dei propri limiti.

---

<sup>11</sup>I *Serd* sono i servizi pubblici per le dipendenze patologiche del Sistema Sanitario Nazionale, ai quali è demandata l'attività di prevenzione e di cura. Ogni distretto sanitario del territorio comprende un Serd.

<sup>12</sup> Con il termine *equipe* s'intende un gruppo di lavoro formato da persone qualificate, impegnato in una collaborazione di carattere tecnico-scientifico, volto a raggiungere un fine specifico. Successivamente, parleremo di *equipe multidisciplinare*, che sta ad indicare il gruppo di lavoro formato però da professionisti con diverse formazioni e competenze tra di loro.

Il programma terapeutico è solitamente diviso in fasi A, B e C, con lo scopo di scandire la progressione del percorso della persona, visto che ogni passaggio di fase è determinato dal raggiungimento degli obiettivi di programma e individuali. La fase A è la fase iniziale, fase di adattamento, conoscenza e apprendimento, ma non solo riguardo al nuovo ambiente e alle regole, anche della propria consapevolezza e motivazione al cambiamento. La fase B è la fase in cui si inizia a lavorare più in profondità, anche nei gruppi, sul sé, sui punti di forza e di debolezza della persona. In questa fase, inoltre, l'ospite ha la possibilità (in base al suo contesto familiare) di rientrare a casa per sperimentare il fuori con nuove regole e abitudini; è quindi la fase dove si lavora concretamente su strategie e azioni da mettere in pratica per la gestione della dipendenza. Infine, la fase C è una fase più complessa perché a seconda delle scelte che farà la persona, del suo contesto di rientro e della sua situazione lavorativa precedente all'ingresso in Comunità, si possono avviare diverse progettualità. In particolare, l'ospite comincia concretamente a organizzarsi per il suo rientro nel territorio. Gli scenari possibili sono due: il primo è dove la persona ha un lavoro che lo aspetta e un alloggio sicuro, perciò si lavora per la creazione di una rete sociale e di sostegno che comprende la collaborazione con il Serd inviante, l'attivazione del volontariato e di gruppi di muto-aiuto nel territorio; nel secondo scenario, non meno frequente, troviamo la persona che non ha ancora una realtà lavorativa e un alloggio, per cui solitamente si propone il passaggio ad un programma di reinserimento sociale-lavorativo<sup>13</sup>.

La quotidianità della Comunità Terapeutica permette ai residenti di lavorare su questi principali aspetti:

- l'autostima;
- il senso di responsabilità;
- la continuità nell'impegno;
- il rispetto verso l'altro;

---

<sup>13</sup> Il programma di *reinserimento sociale-lavorativo* nelle Comunità di oggi, prevede l'inizio di un secondo programma terapeutico in maniera più autonoma. Infatti, l'ospite si trova a convivere con altre persone della Comunità in un appartamento autonomo, dove la presenza degli educatori è minore. La persona ha la possibilità, rimanendo in un contesto protetto, di cercare lavoro e di raggiungere un'autonomia tale da essere poi totalmente indipendente. In questo programma le persone sperimentano anche la coltivazione di nuovi hobby e la gestione della noia, punto fondamentale per le persone con dipendenza.

- il rispetto delle norme;
- il senso di gruppo, di collettività.

Le Comunità che vediamo oggi sono ormai strutturate e ciò deriva dal duro lavoro delle equipe presenti. Al loro interno, gli orari e i giorni sono ben scanditi: sempre con la possibilità di mutare il programma giornaliero per far fronte alle emergenze, la Comunità presenta attività educative e terapeutico-riabilitative distribuite all'interno della giornata. Alcune di queste attività, che nei capitoli successivi andremo ad approfondire sono:

- i gruppi dinamici di fase;
- l'ergoterapia;
- le responsabilità;
- il gruppo generale;
- i gruppi di psicoterapia;
- i gruppi tematici educativi;
- colloqui individuali con l'educatore di riferimento e lo psicoterapeuta;
- cineforum;
- tempo libero;
- attività ludico-ricreative;
- gruppi con i familiari.

Durante il percorso la persona, insieme all'equipe, partecipa attivamente alle decisioni rispetto al suo progetto di cambiamento.

Nonostante la consapevolezza che il cambiamento è un processo che per la persona dipendente non finirà mai, i programmi di Comunità hanno una durata di circa sei mesi, con la possibilità di proroga, in accordo con la persona, i servizi e la famiglia.

Le figure professionali che troviamo all'interno di una Comunità Terapeutica compongono un'equipe multidisciplinare che è indispensabile per il sostegno alla persona che intraprende un percorso di cambiamento. Le figure che troviamo sono:

- il Direttore Responsabile della struttura;
- la figura dello Psicoterapeuta;
- il Medico Psichiatra;

- l'infermiere;
- e in maggior numero, gli educatori professionali, che vengono abitualmente chiamati operatori.

(Amendolagine, 2018; Coletti e Grosso, 2011; Palumpo, Dondi e Torrigiani, 2012)

## Capitolo 4

### L'educatore professionale

#### 4.1 La figura dell'educatore professionale

Ancora oggi, quando ci si trova a dire: “studio educazione professionale” o “sono un educatore professionale”, la risposta che si riceve è: “e cioè?” oppure “ma quindi lavori con i bambini?”.

Nonostante negli anni la figura dell'educatore abbia raggiunto una definizione e un collocamento ben preciso nel mondo del lavoro, spesso viene confuso con altre figure che lavorano nell'ambito sociale e sanitario o addirittura non la si conosce proprio. Ancor peggio, l'educatore viene confuso con l'animatore e in aggiunta, c'è ancora la credenza che chiunque possa fare l'educatore: psicologi, o.s.s., assistenti sociali e altre figure, vengo assunte per “fare l'educatore”.

La figura dell'educatore professionale in realtà è una figura professionale definita, con una specifica formazione e con un bagaglio di competenze per cui non ci si può improvvisare educatori.

Educare deriva dal latino *educere*, che significa tirare fuori, allevare, trarre e condurre (Treccani). Si può definire un processo; processo di crescita continuo dove, fornendo gli strumenti necessari si accompagna la persona alla propria realizzazione. Si conduce la persona alla *ri-scoperta* o *scoperta* del proprio sé, facendo emergere i punti di forza e lavorando su quelli di debolezza.

Da queste definizioni si deduce quindi il compito dell'educatore professionale: di fatto, l'educatore professionale è quell'operatore che attraverso la progettazione educativa e la relazione interpersonale accompagna la persona nel suo percorso di crescita personale.

Con il Decreto del Ministero della Sanità n. 520 dell'8 ottobre 1998, l'educatore professionale viene definito come: *“l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo-relazionali*

*in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà.”*

Nello specifico l'educatore professionale:

*“-programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia;*

*-contribuisce a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato;*

*-programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi sociosanitari e strutture socio-sanitarie-riabilitative e socio educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività;*

*-opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità;*

*-partecipa ad attività di studio, ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopra elencati.”*

(Gazzetta Ufficiale)

La formazione dell'educatore professionale avviene presso le strutture sanitarie del territorio in collaborazione con la facoltà di Medicina e Chirurgia e di Psicologia, Sociologia e Scienze dell'educazione. L'Università, quindi, provvede alla formazione degli educatori futuri attraverso materie teorico-culturali, tecniche e pratiche che si possono così suddividere:

- materie di base come: pedagogia generale e speciale, Psicologia e sociologia generale;
- materie professionalizzanti come: metodologia dell'educazione, Neuropsichiatria, Psichiatria, Neurologia, farmacologia, Medicina Legale e interna, Psicologia clinica e dello sviluppo e sociologia della devianza;
- materie integrative;
- materie opzionali, cioè corsi a scelta dello studente proposti dalla facoltà;

- attività professionalizzanti come il tirocinio annuo in strutture socio-sanitarie convenzionate con l'Università;
- materie relative la conoscenza della lingua inglese e l'acquisizione di competenze informatiche.

Come si può notare dalle materie sopraelencate, gli educatori di oggi acquisiscono un bagaglio di conoscenze ampio, che permette l'inserimento della figura professionale in diverse aree d'intervento come: disabilità, salute mentale, anziani, minori e dipendenze.

(Oggionni, 2019)

#### **4.2 Il codice Deontologico e la core competence dell'educatore professionale**

L'A.N.E.P.<sup>14</sup> nel 2002 propose un codice Deontologico per la figura dell'educatore professionale.

*“Il Codice Deontologico ed il Profilo Professionale sono punti cardine per l'esercizio della professione e costituiscono una sicurezza per il professionista, per i soggetti a cui tale professionista si rivolge e per la cittadinanza tutta. Uno dei compiti principali dell'educatore professionale è quello di riflettere e confrontarsi sulla natura, sui principi e valori universali che stanno alla base della sua professione per trovare un punto sicuro di appoggio del suo agire professionale. Oggi più che mai il singolo educatore professionale si trova a confronto con molteplici informazioni, pressanti richieste da parte dei servizi, ma anche da chi, portatore di bisogni, trova spesso in lui quella vicinanza relazionale che può essere percepita come amicale piuttosto che professionale. Di fronte a tante e tali informazioni e alle pressanti richieste il singolo E.P.<sup>15</sup> può trovarsi incerto e frastornato ed è proprio per questo che può trovare nel Codice Deontologico della Professione una base sicura di appoggio ed una bussola di orientamento per un agire non solo professionale e scientifico, ma anche etico, responsabile e consapevole.”*

(A.N.E.P., 2015)

---

<sup>14</sup>Associazione Nazionale Educatori Professionali fondata nel 1992.

<sup>15</sup>Educatore professionale.

Il suddetto codice è suddiviso in sei parti nelle quali si è cercato di individuare le responsabilità dell'educatore nei confronti:

- della propria professione;
- dell'utente;
- delle famiglie;
- dell'equipe;
- del datore di lavoro;
- della società.

All'interno del codice Deontologico quindi, si possono individuare i principi, le responsabilità, i doveri e gli impegni che il professionista deve applicare.

Leggendo con attenzione il codice, nonostante la sua utilità, si rilevano alcune problematiche: la prima, riguarda l'impossibilità di codificare e regolamentare alcuni aspetti della pratica educativa come per esempio l'empatia, non definibile e altamente personale; la seconda, si riferisce all'intenzione di creare un'etica comune cosa che però, va in contrasto con le caratteristiche individuali di ciascun E.P.

Il codice Deontologico, dunque, non funge da manuale del "perfetto educatore" ma piuttosto è un insieme di norme e un punto di riferimento per i professionisti, con l'intento di promuovere e salvaguardare questa professione.

La core competence dell'educatore invece, nascono da un progetto di ricerca condotto dall'A.N.E.P. nel 2007: *"..il gruppo di lavoro ha provveduto a indagare le funzioni, attività e competenze dell'educatore professionale, in coerenza con i problemi prioritari socio sanitari di salute della popolazione di riferimento, disegnando il quadro dell'apporto che tale figura può dare ai servizi che si occupano di persone con disagio, patologia o a rischio d'esclusione sociale."*

La parola competenza ha origini latine: *cum* e *pétere*, che significano insieme e andare verso. Quest'ultimi significati nell'ambito dell'educazione, rimandano alla funzione primaria di accompagnamento e di rispetto dei compiti. Nel dizionario italiano, *competente* significa essere congruo e appropriato; dunque, competente è chi agisce in maniera responsabile secondo alcuni criteri socialmente accettati e riconosciuti e in modo coerente con il gruppo (Crisafulli, 2016).



L'AIEJI<sup>16</sup> ha condotto un lavoro di ricerca per la definizione di quelle che sono le competenze necessarie per l'esercitazione della professione dell'educatore.

Nel documento prodotto, la competenza è intesa come un potenziale d'azione che fa parte dell'educatore e che può mettere in campo per far fronte ad un determinato compito o situazione. La competenza comprende abilità, conoscenze, doti intellettuali e manuali, abilità sociali e attitudini.

A seguito della ricerca, si è giunti a delle definizioni comuni su quelle che siano le competenze dell'educatore e si possono distinguere in **competenze fondamentali** e **competenze centrali**.

Le competenze fondamentali comprendono:

- *competenze per intervenire*: l'educatore deve essere in grado di agire nella situazione concreta e in modo adeguato in relazione ai bisogni e desideri dell'utente in questione. L'azione può basarsi sull'intuizione, sulla comunicazione non verbale, sulle conoscenze teoriche e sull'esperienza;
- *competenze per valutare*: comprende ciò che l'educatore deve saper fare per pianificare, organizzare e riflettere sulle proprie azioni e sugli interventi prossimi. L'educatore deve essere in grado di argomentare la propria pianificazione e valutazione unendo le sue conoscenze alle proprie riflessioni;
- *competenze riflessive*: l'educatore deve essere in grado di riflettere sulle questioni che riguardano il proprio ambito lavorativo all'interno di un'equipe, con il fine di costruire una visione comune.

Le competenze centrali costituiscono la struttura base del profilo delle competenze e comprendono:

- *competenze personali e relazionali*: la relazione con l'utente è la parte centrale del lavoro educativo; infatti, il lavoro dell'educatore è costituito dalla relazione con l'utente che ha bisogno. Le competenze personali come l'impegno, la motivazione e le attitudini sono il cuore delle competenze richieste al giorno d'oggi; a queste bisogna includere gli aspetti etici e morali che la professione richiede. Queste competenze implicano la riflessione sul

---

<sup>16</sup>AIEJI: International Association of Social Educators fondata nel 1951. È un'organizzazione di singoli educatori sociali, le loro organizzazioni nazionali, i relativi luoghi di lavoro e le istituzioni educative che lavorano con lo sviluppo della professione degli educatori sociali e i principi di base della pratica.

proprio agire educativo, motore della relazione con l'utente che permette al professionista di entrare in contatto con la sensibilità della persona. La relazione non è simmetrica: l'educatore deve essere in grado di relazionarsi con l'utenza, con la consapevolezza che, se la relazione non è gestita bene può essere distruttiva. Quindi, all'educatore viene chiesto di impegnarsi professionalmente rispettando la centralità e i bisogni della persona con una coscienza etica e morale che la professione richiede, che comprende anche la capacità di separare i rapporti privati dalle relazioni professionali;

- *competenze sociali e comunicative*: il lavoro educativo si svolge in equipe multidisciplinari o in gruppi e per questo viene richiesta una buona capacità di collaborazione e di partecipazione al lavoro. Queste capacità includono il saper agire anche in caso di disaccordo con il proprio gruppo di lavoro, le famiglie e i sistemi. La collaborazione è la chiave per un agire educativo d'equipe più efficace, in quanto è attraverso questa capacità che si risolvono i conflitti. Nella relazione con le famiglie, l'educatore deve possedere competenze comunicative adeguate, sia a livello teorico che pratico, al fine di una comunicazione efficace;
- *competenze organizzative*: al fine di promuovere l'educazione, lo sviluppo, la cultura e l'autonomia dell'utente, l'educatore deve essere in grado di implementare e progettare azioni educative. L'organizzazione riguarda anche la gestione amministrativa e dello sviluppo del servizio, perciò, l'educatore deve avere conoscenza delle procedure che servono per la gestione delle informazioni e delle documentazioni;
- *competenze sistemiche*: la comunità, il sistema pubblico, politico e familiare costituiscono le condizioni del lavoro educativo ed è in relazione a questi sistemi che l'educatore può svolgere le proprie funzioni. I bisogni sociali e le trasformazioni politiche influiscono e stabiliscono il quadro in cui si inserisce il lavoro educativo. Quindi l'educatore deve essere in grado di agire e relazionarsi nei contesti di cui il suo servizio è parte.

(AIEJI, 2005)

## Capitolo 5

### Strumenti e ruolo dell'educatore professionale nella Comunità Terapeutica

#### 5.1 Metodologia e modello come riferimenti teorici

Prima di iniziare è utile specificare che le strategie d'intervento per la gestione della persona che presenta dipendenza da sostanze ed affettiva non sono un argomento approfondito nella letteratura o, meglio, le due problematiche spesso vengono trattate singolarmente.

Solo negli ultimi anni e per quegli educatori che si trovano a lavorare quotidianamente sul campo, si è riscontrato una maggiore comorbidità tra queste due forme di dipendenza.

Perciò, verrà fatto riferimento *all'approccio ecologico sociale* come metodologia, al *modello transteoretico* come modello di riferimento per il cambiamento e in seguito, verrà argomentato e approfondito quello che è il lavoro quotidiano dell'educatore professionale volto al cambiamento e all'aiuto della persona.

Vladimir Hudolin<sup>17</sup> fu un noto Psichiatra e Neurologo che coltivò la sua passione verso i problemi alcol correlati, tanto da diventarne l'esperto mondiale.

Insieme a Bierer e Masserman<sup>18</sup>, Hudolin propose di adottare l'approccio multifamiliare all'interno delle Comunità in modo da costruirne una competente, capace di individuare problemi e risorse. In quest'ottica, i familiari delle persone con problemi alcol correlati non dovevano più delegare il problema al Medico o allo Psichiatra competente, ma bensì diventare protagonisti del cambiamento loro e del familiare. Infatti, secondo Hudolin, l'alcolismo e i problemi ad esso correlati, sono un *problema sistemico*, ovvero, che riguardano tutto il sistema in cui l'individuo si relaziona. Questo è un aspetto rivoluzionario che lasciò Hudolin: l'approccio verso il bere non riguardava solo le persone con problemi alcol correlati, ma anche le loro famiglie mettendo così in discussione la "cultura del bere".

---

<sup>17</sup>Vladimir Hudolin nacque a Ogulin il 2 maggio del 1922 e fu un noto Psichiatra, Neurologo e docente universitario jugoslavo. Fece parte di un gruppo di esperti per l'alcolismo e per le altre dipendenze dell'OMS. Dal 1987, Hudolin cominciò a tenere dei corsi di sensibilizzazione sui problemi alcol correlati per operatori professionali e la popolazione su tutto il territorio italiano. Intorno al 1964 istituì il primo gruppo terapeutico per gli alcolisti e le loro famiglie, nacquero così i gruppi CAT (Club Alcologici Territoriali).

<sup>18</sup>Joshua Bierer fu un noto Psichiatra austro-britannico; Jules Homan Masserman fu un noto Psichiatra e Psicoanalista statunitense.

Con gli anni, il suo approccio venne definito “*approccio ecologico sociale*” diventando un vero e proprio modello di riferimento.

Letteralmente “ecologia” significa discorso (*logos*) sulla casa (*oikos*), casa sta per ambiente in generale: parlare di ecologia umana significa affrontare il rapporto tra gli esseri viventi, gli uomini e il loro ambiente di vita. La persona e l’ambiente in cui essa vive sono strettamente uniti: ogni cambiamento che l’uomo apporta all’ambiente si riflette su di lui e ogni cambiamento della persona si riflette sull’ambiente.

Secondo questo modello, l’alcolismo e l’uso di sostanze insieme ai problemi a loro correlati non sono da considerare come un vizio o una malattia, ma bensì come un *comportamento disfunzionale* legato ad uno *stile di vita* che si è reso determinante. I punti su cui Hudolin credeva fosse indispensabile lavorare erano proprio quei fattori sociali, culturali, familiari e personali che hanno contribuito a formare lo stile di vita della persona.

I principi fondamentali su cui l’approccio si basa si possono così riassumere:

- l’uso di una sostanza è un comportamento diffuso e non si fa distinzione tra uso e abuso, l’uso in sé è considerato un problema;
- l’uso è considerato uno stile di vita;
- il problema non riguarda solo la persona ma tutta la famiglia;
- l’approccio è familiare e sistemico;
- lì dove c’è un problema c’è anche la risorsa, quindi il cambiamento è possibile;
- la risorsa è la persona, la famiglia e la comunità.

Il *cambiamento* nell’approccio ecologico non significa solo ricercare la sobrietà individuale, ma anche un *nuovo tipo di comportamento*, trovare una nuova possibilità di comunicare e interagire per una migliore qualità di vita.

È da questo principio quindi che nasce il concetto di cambiamento dello stile di vita che si cerca di promuovere all’interno dei programmi terapeutici.

(Hudolin, 2015)

In riferimento al cambiamento, nelle dipendenze patologiche ci si affida al *modello transteoretico del cambiamento di Prochaska, Norcross e DiClemente*<sup>19</sup> per la sua completezza, in quanto considera gli aspetti temporali e dinamici correlati ad esso. Secondo il modello transteoretico, il cambiamento è un processo dinamico che avviene attraverso determinate fasi cicliche; le dimensioni che costituiscono il modello sono: gli stadi del cambiamento, i processi del cambiamento e i fattori psicologici.

Gli stadi del cambiamento sono cinque e hanno il fine di rappresentare non solo in che stadio si trova la persona, ma anche i comportamenti che quest'ultima può mettere in atto:

1. **Pre-contemplazione:** questa fase è caratterizzata dal fatto che la persona non ha ancora preso in considerazione il cambiamento del proprio comportamento. Questo può accadere per diversi motivi: in particolare nelle dipendenze patologiche ciò si presenta nel caso in cui la persona non si renda conto dei comportamenti rischiosi messi in atto per la mancanza di consapevolezza di avere un problema, oppure perché, dopo diversi tentativi di cambiamento fallimentari si demoralizza e perde fiducia in sé stessa.

La rete di supporto della persona in questione, in questa fase, manifesta una forte preoccupazione che però viene percepita come infondata da parte dell'interessato/a, quindi solitamente non ricerca volontariamente l'aiuto e se lo fa è solo perché spinto a farlo.

2. **Contemplazione:** in questa fase, la persona comincia a prendere in considerazione l'ipotesi di cambiare dei comportamenti. Ciò avviene dopo aver valutato i pro e i contro al cambiamento: spesso, infatti, la persona manifesta una certa ambivalenza nei pensieri.

---

<sup>19</sup>James O. Prochaska, John C. Norcross e Carlo DiClemente sono dei noti Psicologi che elaborarono il modello transteoretico del cambiamento, agli inizi degli anni '80. Lo scopo era quello di integrare in modo sistematico le molteplici teorie psicoterapeutiche e di modifica del comportamento, collegando le prospettive esistenti rispetto alle dipendenze, con un particolare riferimento al fumo. Secondo le teorie socio-cognitive, gli individui sono in grado, attraverso l'apprendimento sociale, di sviluppare rappresentazioni cognitive della realtà, di elaborare razionalmente le informazioni e poi di decidere come agire; quindi, di influenzare direttamente il loro comportamento.

3. **Determinazione:** questa è la fase in cui la persona ha deciso di cambiare il proprio comportamento, per cui ora si ritrova concretamente in maniera attiva a pianificare il cambiamento.
4. **Azione:** qui la persona agisce con dei comportamenti diversi dai precedenti. Non viene considerata l'azione in sé come determinante del cambiamento, ma tutto l'insieme di attività che possono essere messe in atto come: strategie, azioni ricorrenti, nuove abitudini. Perché si possa effettivamente considerare azione verso il cambiamento, i comportamenti nuovi che la persona mette in atto devono anche portare dei benefici e la diminuzione dei rischi, in questo caso ad esempio non esporsi all'uso di sostanze o a relazioni tossiche.
5. **Mantenimento:** in questa fase la persona si applica nel consolidare i nuovi comportamenti e lavora alla prevenzione delle ricadute. La durata di questa è estremamente variabile.

Nella descrizione del modello si considera anche la **ricaduta** come una fase, essendo frequente all'interno di un percorso. La persona può arrivare al mantenimento ma avere una ricaduta e ricominciare dalla pre-contemplazione. La ricaduta è una fase che può essere terapeutica: è fondamentale fermarsi sull'evento per approfondire le dinamiche che vi hanno portato ed eventualmente valutare cos'altro è utile modificare.

(Lebruto, Calamai, Caccico e Ciorciari, 2022)

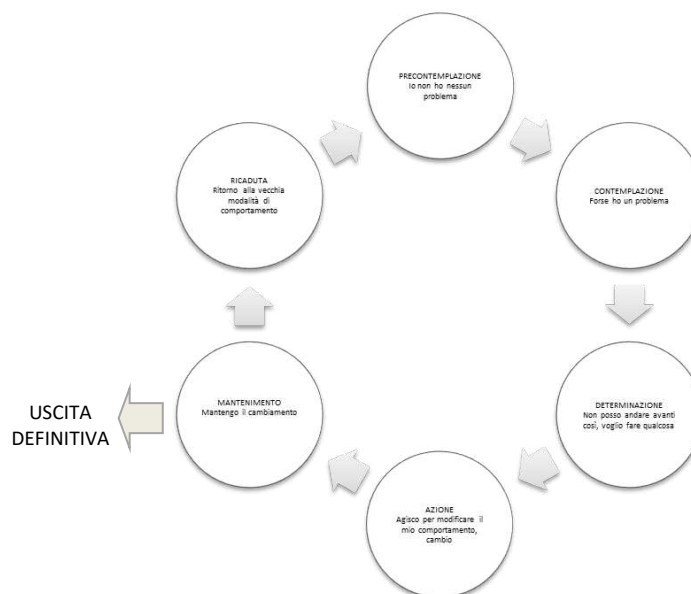


Fig. 5.1 Il modello transteoretico del cambiamento di comportamento. (tratto da Lebruto et al., 2022. Pag. 103)

## **5.2 La Comunità Terapeutica come “palestra” per il cambiamento**

Come già argomentato nei capitoli precedenti, la Comunità Terapeutica è un ambiente che accoglie le persone con problemi di dipendenza: quest’ultima ad oggi non riguarda più solo le sostanze ma anche diversi oggetti e comportamenti.

La Comunità è un ambiente vivo, una “bolla” protetta in continuo mutamento. Il clima al suo interno cambia in base alle persone e alle dinamiche che si creano tra di loro. La si può immaginare come una grande casa, con all’interno molte persone, uomini e donne. Possiamo considerarla casa perché è un ambiente in cui le persone residenti convivono, formando un grande gruppo accompagnato dai professionisti presenti che coordinano e mantengono l’ambiente il più accogliente possibile.

La maggior parte delle Comunità prevedono un approccio volto al cambiamento dello stile di vita, ovvero all’abbandono delle vecchie abitudini e dei comportamenti tossico manici e all’acquisizione e mantenimento di nuove abitudini e comportamenti sani.

Quando una persona che presenta problemi di dipendenza decide di intraprendere un percorso comunitario non sa cosa si aspetta, nonostante ci siano degli incontri di conoscenza antecedenti a questo.

L’inserimento non è sempre facile: la persona sta male fisicamente e psicologicamente e trovarsi in un ambiente insieme a persone che non si scelgono non rende semplice la convivenza. Man mano che la persona decide di stare comincia a integrarsi nel gruppo e passato il primo periodo in cui si conosce l’ambiente e ci si adatta, iniziano ad emergere le difficoltà.

Ciascun ospite porta all’interno della Comunità il suo essere, le sue abitudini, che però sono il risultato di una vita basata sulla dipendenza; per questo la Comunità è strutturata su un regolamento ben preciso e che tutti gli ospiti sono tenuti a seguire. Quest’ultimo ha il fine non solo di mantenere l’ordine, ma anche di stimolare la persona nell’acquisizione e/o riappropriazione di abitudini sane.

Ma quali sono queste regole? In Comunità è severamente vietato:

- l'introduzione di qualunque tipo di sostanza psicoattiva: l'introduzione di questa comporta l'allontanamento dalla struttura;
- la violenza fisica e verbale;
- instaurare relazioni affettive e/o avere rapporti sessuali.

Altre regole invece, riguardano il funzionamento e l'andamento della quotidianità:

- rispetto degli orari;
- rispetto degli spazi personali e di condivisione;
- adempimento delle mansioni assegnate.

Nello stabilire e far rispettare queste regole c'è un fine terapeutico ed educativo.

Queste regole sono la base per l'inizio e la durata di un programma terapeutico: inutile sottolineare che l'introduzione di sostanze è un segnale della mancata motivazione della permanenza all'interno della struttura. La violenza verbale è lo scenario più comune che si manifesta nel gruppo degli ospiti; prima dell'ingresso le modalità di comunicazione erano basate sulla mancanza di rispetto verso l'altro<sup>20</sup> o sulla vita di strada, quindi è di norma riproporlo in Comunità con persone sconosciute.

L'instaurarsi di relazioni affettive e/o sessuali è frequente, soprattutto quando non c'è una suddivisione tra uomini e donne. È difficile anche da monitorare: le persone si nascondono, osservano gli orari degli operatori in turno, ma soprattutto, si distolgono dal programma terapeutico. L'infrazione di questa regola è frequente e nella maggior parte dei casi si manifesta proprio per quelle persone che si portano un trascorso di dipendenza affettiva. Non solo, spesso accade che dopo un periodo in Comunità in cui la persona si è ambientata e comincia ad instaurare i primi legami all'interno del gruppo, emergono antipatie ma soprattutto simpatie. Queste relazioni che vengono considerate come privilegiate sono rischiose tra due persone che hanno un problema di dipendenza: qualcuno può manifestare una vera e propria DA, per cui instaurare in un contesto come la Comunità una relazione affettiva significa riproporre lo schema relazionale del fuori; qualcun altro può sostituire il piacere che aveva dalla sostanza attraverso la relazione "clandestina" coltivata in Comunità.

---

<sup>20</sup>L'altro: persona.



La trasgressione, la manipolazione, il proibito, la ricerca del piacere, il soddisfacimento dei propri bisogni, sono appartenenti allo stile di vita della persona dipendente; nell'ottica di un cambiamento dello stile di vita non è che le difficoltà non siano ammesse, ma è la modalità con cui si decide di affrontarle che fa la differenza.

Il rispetto degli orari scanditi durante la giornata, degli spazi personali e di condivisione hanno un vero e proprio fine educativo: svegliarsi la mattina, prendersi cura di sé, presenziare ai pasti e alle attività aiuta a formare delle nuove abitudini, a creare una nuova routine, basata su tutti quei piccoli gesti che con la dipendenza si sono persi. La trascuratezza verso il proprio sé e la mancanza di rispetto verso l'altro, sono due aspetti che nello stile di vita del dipendente regnano: basti pensare al DA quanto trascuri i propri bisogni per quelli del partner e al dipendente a cosa può essere arrivato a fare pur di avere la sostanza da usare.

(Corlito, 2006; De Mei, 2015; Peroni e Clerici, 2022)

### **5.3 Il ruolo e gli strumenti dell'educatore professionale**

Lavorare con persone che presentano poli dipendenza è un lavoro complesso che porta l'educatore a molteplici e mirati interventi, cercando di creare un "contenitore" attorno alla persona che non ha riferimenti: grazie al tempo che trascorre in Comunità e al ruolo che lo porta ad essere sempre in contatto diretto con l'ospite, l'educatore ha un ruolo primario all'interno della struttura.

Nella maggior parte dei casi, le persone prima di entrare in Comunità facevano la vita di strada, ovvero, mettevano in atto comportamenti volti al raggiungimento dell'oggetto del desiderio, ignorando quindi regole e conseguenze; anche per chi non ha fatto vita di strada, la cornice che si presenta non è diversa: l'assenza di regole, di relazioni sane e di buone abitudini regnano per il soddisfacimento dei propri bisogni. L'educatore ha come ruolo primario quindi, quello di *garantire* un ambiente in cui la persona possa fare esperienze significative per un percorso terapeutico e quindi che permetta la sperimentazione e l'interazione. L'educatore garantisce tutto ciò attraverso il rispetto reciproco e delle regole; il fine è totalmente educativo: la persona in programma si trova a confrontarsi con il rispetto delle regole e la fatica è

quello di stare all'interno dei limiti definiti, per il rispetto reciproco e l'acquisizione di nuove abitudini. L'educatore *accompagna* non solo al rispetto delle medesime regole, ma anche ad una presa di consapevolezza del loro valore.

Nei normali momenti della quotidianità, l'educatore ha la possibilità di *osservare* le persone: questo gli dà modo di vederne le caratteristiche individuali e le modalità di relazione con l'altro. L'osservazione si rivela uno degli strumenti utili per la stesura del progetto: l'educatore ha modo di vivere le difficoltà che la persona presenta nella quotidianità e grazie alla condivisione in equipe si ha la possibilità di raggiungere una visione più globale.

L'educatore quindi, all'interno di una Comunità è una figura *tutelante e autorevole*: attraverso il proprio comportamento è *l'esempio* per l'apprendimento di comportamenti più adeguati e funzionali cercando di fornire alla persona una base sicura e stabile. Questo è un aspetto importante: come già discusso nel secondo capitolo, la mancanza di una base sicura interna è il trampolino per lo sviluppo di una dipendenza, per cui l'instaurarsi di una relazione d'aiuto da cui si può apprendere un modello di comportamento sano ha un fine educativo.

Per costruire una vera e propria "palestra", l'educatore si avvale degli spazi e dei tempi che la struttura permette, attraverso la strutturazione di contesti adeguati volti al confronto e alla responsabilizzazione. Grazie alla sua presenza quasi costante nella struttura, quest'ultimo si ritrova a gestire la quotidianità e per fare ciò si avvale di diverse *attività educative*<sup>21</sup>. L'obiettivo finale di ciascun intervento attuato è quello di offrire alla persona la possibilità di recuperare o acquisire competenze relazionali, pratiche e di coping<sup>22</sup> funzionali per uno stile di vita più adeguato.

Le attività di cui l'educatore si avvale all'interno di una Comunità sono:

- le mansioni;
- l'ergoterapia;
- i momenti vuoti;
- i gruppi educativi.

---

<sup>21</sup> Partendo dai bisogni di un gruppo viene progettato un percorso atto alla realizzazione e raggiungimento degli obiettivi stabiliti precedentemente.

<sup>22</sup> *Abilità di coping*, "far fronte": indica la capacità di mettere in atto dei comportamenti che aiutano la persona a gestire i conflitti, i momenti e le situazioni di difficoltà.

Le mansioni assegnate (o responsabilità) così come l'ergoterapia, sono le normali attività quotidiane di manutenzione della casa: pulizia degli ambienti, preparazione dei pasti, lavanderia, manutenzione del verde, ecc. La persona in Comunità è attivamente partecipe a questo tipo di attività e il fine è quello di responsabilizzarla partendo dalle cose più semplici, quelle di tutti i giorni. L'educatore, in questo senso, *verifica e stimola* la persona alla cura del sé, dei propri spazi e di quelli che vengono condivisi. Questa attività, anche se sembra banale, ha un fine educativo più ampio: aiuta a far comprendere alla persona che ogni azione ha una conseguenza sugli altri, per cui, la responsabilità, la fiducia e l'impegno nello svolgimento di questi diversi compiti sono una garanzia per tutti. Il rispetto degli orari, la fatica di lavorare in gruppo, di comunicare delle difficoltà e di riprendere quasi una routine simile a quella lavorativa una volta finito il percorso sono degli obiettivi educativi.

Durante una settimana tipo, l'educatore lascia appositamente dei momenti vuoti all'interno di una giornata, questo perché l'ozio<sup>23</sup> per la persona dipendente risulta essere uno dei punti più difficili su cui lavorare. Prima di entrare in Comunità molte persone non si sono mai vissute la noia o non si sono mai rese attive per la sua gestione: tutto ruotava attorno alla sostanza o il divertimento era dato da essa; le attenzioni e le energie erano tutte rivolte verso il partner o addirittura le proprie passioni e svaghi erano accantonate perché veniva data più importanza a quelle del partner. Ritrovare quindi le proprie passioni, coltivare i propri hobby e molte volte scoprirne di nuovi fa parte di tutte quelle attività nuove che ciascun ospite può coltivare come una nuova e sana abitudine, cercando quindi di dedicare il proprio tempo libero a qualche attività che può far star bene, che appaghi. L'educatore *aiuta* la persona e insieme anche al gruppo di ospiti, *propone* nuove e diverse attività ricreative per la gestione del tempo libero. Alcune di queste possono essere: la lettura, il disegno, l'attività fisica, il gioco, ecc.

Il *gruppo* rappresenta lo strumento principe che l'educatore ha a disposizione in Comunità: la sua forza e i suoi movimenti sono lo strumento che risulta più efficace

---

<sup>23</sup>*Ozio*: indica l'astensione dalle attività e l'assunzione di un atteggiamento pigro verso il tempo libero. Combattere l'ozio nelle dipendenze significa dare la possibilità alla persona di gestirsi il tempo libero attivamente, stimolando la ricerca di qualche attività piacevole.

per la persona. Il gruppo permette la condivisione, l'ascolto, l'apertura ma soprattutto il confronto, cosa che le persone dipendenti non sono in grado di affrontare.

I gruppi educativi rappresentano la fetta più ampia di quello che è il lavoro dell'educatore; quest'ultimi sono un'attività strutturata, quindi pensata, organizzata e gestita attraverso le competenze dell'educatore. Lo scoglio più grande che l'educatore può trovare nella gestione di un gruppo educativo è quello di stimolare e rendere attive le persone più chiuse e ansiose.

Esistono diversi gruppi educativi, i principali sono: il gruppo di fase e il gruppo generale.

Il gruppo di fase è suddiviso nelle tre fasi che costituiscono il programma terapeutico (vedi capitolo 3) ed è quindi costituito dalle persone che ne fanno parte: non è detto che tutti gli ospiti avanzino di fase, c'è la possibilità che ciascuno rimanga tutta la durata del percorso nella stessa e qualcuno che dalla fase più avanzata, ritorni a quella iniziale. I passaggi da una fase all'altra vengono determinati dal raggiungimento degli obiettivi di fase e quindi dopo una restituzione tra educatore, Psicologo e ospite del proprio progetto educativo individualizzato. Questa tipologia di gruppo è unicamente educativo, quindi l'educatore presente conduce il gruppo della giornata. L'educatore però non è solo quello che *conduce* il gruppo per tutta la sua durata, ma è anche quello che anticipatamente *organizza* quest'ultimo: ogni fase è diversa dall'altra, quindi a seconda della fase che si svolgerà verranno affrontate diverse tematiche. Le questioni da affrontare sono scelte dal gruppo di educatori e ciclicamente riviste e affrontate. Per fare ciò, l'educatore può avvalersi non solo della parola, ma anche di diversi strumenti che possano facilitare l'apertura in gruppo di tutti gli ospiti.

Nella fase A si cerca di stimolare l'apertura e il dialogo delle persone al suo interno attraverso l'argomentazione di tematiche come: le regole della Comunità; la storia della propria dipendenza; le conseguenze della propria dipendenza a livello fisico, psichico e sociale; il cambiamento; ecc. Queste tematiche possono essere affrontate e rese più stimolanti attraverso l'uso di materiale didattico come lavagne, colori e fogli, attraverso la visione di video o anche di film da cui poi vengono condivise domande e riflessioni riguardanti il tema. L'educatore, quindi, attraverso questi

argomenti *invita le persone a riflettere* sul proprio comportamento, a raccontarsi, a prendere consapevolezza della propria dipendenza e a considerare un cambiamento delle proprie abitudini.

Nella fase B invece, l'educatore cerca di stimolare la condivisione e la riflessione nel gruppo riguardo le uscite a casa di ciascun componente; in particolare si affrontano argomenti come: la motivazione al cambiamento, il craving, le strategie messe in atto e la prevenzione alla ricaduta. Per fare ciò l'educatore si avvale di schede come si può vedere nelle seguenti tabelle:

	VANTAGGI	SVANTAGGI
Nessun cambiamento		
Cambiamento		

Fig. 5.2 La mia bilancia decisionale. (tratto da Lebruto et al., 2022. Pag. 99)

Data e ora	Situazioni, pensieri e sensazioni somatiche	Intensità del desiderio (0-100)	Durata del desiderio (minuti)	Come l'ho affrontato

Fig. 5.3 Il diario del desiderio. (tratto da Lebruto et al., 2022. Pag. 108)

### Scheda degli eventi piacevoli per l'adulto

- |   |  |
|---|--|
| 1. immergersi nella vasca da bagno                          | 46. discutere con gli amici                |
| 2. pianificare la propria carriera                          | 47. organizzare riunioni familiari         |
| 3. saldare i debiti   | 48. andare in moto                         |
| 4. collezionare oggetti (conchiglie, monete)                | 49. correre in pista                       |
| 5. andare in vacanza  | 50. andare in campeggio                    |
| 6. riciclare i vecchi oggetti                               | 51. cantare in giro per la casa            |
| 7. rilassarsi   | 52. sistemare i fiori                      |
| 8. andare al cinema in un giorno infrasettimanale           | 53. praticare la religione                 |
| 9. fare jogging, passeggiare                                | 54. tenersi in forma                       |
| 10. pensare di avere trascorso un'intera giornata di lavoro | 55. andare al mare                         |
| 11. ascoltare musica  | 56. pensare di essere una brava persona    |
| 12. ricordare vecchie feste                                 | 57. trascorrere un giorno senza far niente |
| 13. comprare oggetti per la casa                            | 58. partecipare ai corsi                   |
| 14. stendersi al sole                                       | 59. pattinare                              |
| 15. pianificare un cambiamento nel lavoro                   | 60. fare un viaggio                        |
| 16. ridere  | 61. dipingere                              |
| 17. pensare ai viaggi passati                               | 62. fare qualcosa spontaneamente           |
| 18. leggere riviste o giornali                              | 63. lavorare a maglia                      |
| 19. hobby (collezionare, modellismo, ecc)                   | 64. dormire                                |
| 20. passare una serata con dei buoni amici                  | 65. guidare                                |
| 21. pianificare le attività della giornata                  | 66. dare ricevimenti                       |
| 22. conoscere gente nuova                                   | 67. frequentare associazioni               |
| 23. ricordare bei paesaggi                                  | 68. andare a pesca                         |
| 24. risparmiare soldi                                       | 69. cantare in un coro                     |
| 25. fare giochi da tavola                                   | 70. suonare uno strumento                  |
| 26. tornare a casa dal lavoro                               | 71. fare lavori artigianali                |
| 27. mangiare  | 72. fare un regalo                         |
| 28. frequentare un corso di karate, judo o yoga             | 73. comprare cd                            |
| 29. pensare alla pensione                                   | 74. guardare la box o il wrestling         |
| 30. riparare oggetti in casa                                | 75. progettare feste                       |
| 31. lavorare sulla propria macchina                         | 76. cucinare                               |
| 32. ricordare le parole e le azioni delle persone amabili   | 77. fare escursioni                        |
| 33. indossare abiti eleganti o divertenti                   | 78. scrivere libri, poesie o articoli      |
| 34. trascorrere serate tranquille                           | 79. cucire                                 |
| 35. prendersi cura delle proprie piante                     | 80. acquistare abiti                       |
| 36. acquistare o vendere azioni                             | 81. cenare fuori                           |
|   | 82. lavorare                               |
|   | 83. discutere dei libri letti              |

37. andare a fare una nuotata	84. fare visite turistiche
38. scarabocchiare	85. fare giardinaggio
39. fare esercizio fisico	86. andare dall'estetista
40. collezionare vecchie cose	87. prendere il caffè
41. andare a una festa	88. giocare a tennis
42. pensare di acquistare qualcosa	89. giocare con i bambini
43. giocare a golf	90. pensare che ci siano molte più cose che vanno bene a noi che agli altri
44. giocare a calcio	91. andare a teatro
45. far volare un aquilone	92. fantasticare a occhi aperti
	93. progettare di iniziare un corso
	94. perfezionare l'arredamento

Fig. 5.4 Scheda degli eventi piacevoli per l'adulto. (tratto da Lebruto et al., 2022. Pag. 120)

<b>La mia rete sociale di riferimento</b>
Quali sono le persone che posso chiamare per discutere dei miei problemi personali?
_____
_____
Quali sono le persone che potrei contattare per fare qualche attività insieme?
_____
_____
Chi posso contattare per parlare di uno scivolone?
_____
_____

Fig. 5.5 La mia rete sociale di riferimento. (tratto da Lebruto et al., 2022. Pag. 129)

Queste schede vengono compilate da ciascun ospite e possono essere uno strumento utile anche durante i rientri a casa. In questa fase è importante che ciascun ospite acquisisca un bagaglio di strumenti che sono per lo più strategie per la gestione del craving e per la prevenzione della ricaduta; quindi concretamente ciascuno dovrà acquisire consapevolezza di quelli che sono gli ambienti, le persone e i

comportamenti che riportano sulla strada della dipendenza e di conseguenza, trovare e mettere in atto dei comportamenti nuovi per salvaguardarsi e chiedere aiuto.

Il gruppo generale è un gruppo educativo tenuto dagli educatori in turno e composto da tutti gli ospiti della Comunità in programma. È quasi come una riunione di famiglia in cui gli ospiti hanno la possibilità di confrontarsi rispetto a fatti o accadimenti dei giorni precedenti che riguardano tutti. L'educatore qui, ha il compito di *gestire le dinamiche del gruppo*: ciascuno deve avere la possibilità di esprimersi nel rispetto altrui quindi l'educatore *ascolta, accoglie e interviene* per favorire una comunicazione più efficace. Un momento come questo è spesso luogo di conflitti tra le persone, ma non tutti sono in grado di affrontarlo. Alcune persone, sono passive o evitanti nei momenti in cui vengono messe in discussione dai familiari e qui si cerca di allenare la persona alla frustrazione anche attraverso l'accoglienza dei punti di vista diversi dei compagni. In questo contesto vengono anche affrontate le relazioni privilegiate o affettive che ci sono all'interno del gruppo e che creano disagio ad altri componenti: in uno scenario così si attiva l'auto mutuo aiuto<sup>24</sup>.

Non bisogna dare per scontata l'apertura della persona in gruppo, in particolare quando si tratta di argomenti scomodi; questo è un allenamento nel combattere l'omertà<sup>25</sup>, padrona dei comportamenti tossicomani.

Oltre alle attività pensate e svolte per tutto il gruppo degli ospiti, l'educatore quotidianamente gestisce le crisi individuali di ciascun ospite. In questi momenti, l'educatore attraverso le sue competenze cerca di *contenere e aprire un dialogo* con la persona in difficoltà cercando di arrivare ad una risoluzione del momento. In questo scenario lo strumento fondamentale è la *relazione di fiducia* che si è instaurata tra l'educatore e l'ospite: attraverso la conoscenza dei punti di debolezza e di forza della persona, l'educatore con le sue competenze cerca di giungere ad una risoluzione del momento. Nella maggioranza dei casi, gli ospiti tendono a voler superare la difficoltà attraverso una soluzione immediata, o attraverso il farmaco o la

---

<sup>24</sup>L'auto mutuo aiuto è un approccio che si basa sulla possibilità di condividere le proprie difficoltà confrontandosi con altre persone che vivono o hanno vissuto le stesse situazioni, permettendo quindi un ascolto non giudicante e offrendo sostegno.

<sup>25</sup>Omertà: detta anche legge del silenzio. Sta ad indicare il silenzio su un fatto commesso che va contro le regole di un sistema; questo si attua per i propri interessi o per un tornaconto. Così facendo si ostacola la punizione del colpevole.



ricerca di conferme da parte dell'educatore; la relazione di fiducia si instaura rimandando alla persona le proprie criticità e facendo leva sulle sue risorse per affrontare il problema.

(Rigliano, 2015; Comunità San Francesco, 2018; Lebruto, Calamai, Caccico e Ciorciari, 2022)

Oltre alle attività che l'educatore struttura per il gruppo degli ospiti, non meno importante è tutto il lavoro individuale che svolge con l'ospite singolo. Durante la quotidianità, spesso si presentano situazioni in cui l'educatore è tenuto ad intervenire con la persona che manifesta il proprio disagio/difficoltà. Spesso, in queste situazioni, l'ospite manifesta una incapacità di gestire le proprie emozioni conseguenti ad un evento che non sanno affrontare. In questa cornice, l'educatore si avvale del *colloquio motivazionale*<sup>26</sup>, una tecnica di counseling utilizzata per promuovere la motivazione e il cambiamento positivo della persona. Attraverso la *creazione di un ambiente di sostegno e di comprensione reciproca*, l'educatore cerca di aiutare l'ospite a trovare e sviluppare le motivazioni intrinseche per apportare dei cambiamenti. La particolarità sta nelle competenze dell'educatore stesso: deve essere empatico, comprensivo e soprattutto non giudicante, accompagnando quindi, la persona ad una esplorazione delle proprie ambivalenze.

Durante il colloquio motivazionale, l'educatore pone domande, riflessioni e incoraggia la persona; esplora le ambivalenze, stimola la riflessione su comportamenti positivi e negativi e valuta i pro e i contro al cambiamento.

L'efficacia del colloquio motivazionale dipende dalla qualità della relazione tra educatore e ospite. Una comunicazione aperta, autentica, empatica e non giudicante è fondamentale per creare un ambiente di sostegno che favorisca la motivazione al cambiamento (Miller e Rollnick, 2012).

#### **5.4 Nello specifico per la dipendenza affettiva**

---

<sup>26</sup> Il *colloquio motivazionale* è stato sviluppato e introdotto da William R. Miller e Stephen Rollnick. Sono considerati gli autori principali e i pionieri di questa tecnica di counseling. Il loro libro "Motivational Interviewing: Helping People Change" è un testo fondamentale che presenta i concetti, i principi e le tecniche del colloquio motivazionale.

Come già argomentato nei capitoli precedenti, ad oggi è frequente che durante un percorso terapeutico in Comunità, le persone manifestino attraverso i loro comportamenti un problema di dipendenza affettiva.

A volte, l'uso di sostanze si rivela essere una conseguenza della sofferenza provocata dalle dinamiche tossiche di una relazione malsana, sostituendo una dipendenza con un'altra.

In assenza della sostanza, le difficoltà relazionali emergono facendo luce sulle debolezze di ciascun ospite: portando all'interno della Comunità il loro modo di stare in relazione, spesso i legami che si instaurano sono convenienti e di comodo, in virtù dei propri bisogni.

La dipendenza affettiva in Comunità si manifesta esattamente come nel mondo esterno: il continuo bisogno di riconoscimento da parte dell'altro, la ricerca continua che diventa ossessiva della persona interessata e l'esclusività del rapporto che diventa limitante per altre relazioni. Concentrare le proprie energie e pensieri verso la persona del desiderio, scatena gli stessi comportamenti che si attuano nella dipendenza da sostanze (vedi capitolo 2): è una vera e propria ricerca del piacere che si ricava dalle attenzioni ricevute, i complimenti e i gesti.

Quando l'equipe è a conoscenza di vissuti di dipendenza affettiva degli ospiti, l'educatore ha il compito di segnalare e cercare di prevenire la creazione di queste relazioni tossiche esclusive che spesso finiscono con l'espulsione di uno della coppia.

È facile accorgersi che sta per nascere qualcosa: l'isolamento di due persone dal gruppo, il vederli parlare sempre insieme, la chiusura nei confronti degli operatori, la maggiore cura di sé e i cambiamenti d'umore improvvisi, sono i primi segnali che l'educatore deve *cogliere e segnalare* alle persone interessate.

Oltre agli strumenti sopra elencati e argomentati precedentemente che l'educatore attua per lavorare sulla dipendenza, per supportare l'utenza che vuole affrontare il DA, l'educatore può avvalersi di diverse strategie e approcci:

- *educazione e informazione*: l'educatore può fornire informazioni dettagliate sulla DA, spiegandone cause, sintomi e effetti negativi, in modo da aiutare la

persona a prendere una maggiore consapevolezza. La formazione in merito può avvenire attraverso gruppi specifici strutturati;

- *sostegno emotivo*: l'educatore durante la quotidianità può offrire un sostegno emotivo alle persone con DA. Questo include l'ascolto attivo, la condivisione dei feedback e l'incoraggiamento a esprimere apertamente le proprie emozioni;
- *promozione dell'autonomia e dell'autostima*: l'educatore cerca di promuovere un'autonomia relazionale e l'autostima personale attraverso la creazione di obiettivi da raggiungere rispetto alla gestione della DA anche in Comunità. L'educatore può suggerire diverse strategie che la persona può mettere in atto nella quotidianità, come ad esempio il mantenimento delle distanze con la persona coinvolta nella relazione esclusiva.

È importante sottolineare che l'educatore professionale può adottare approcci diversi in base alle esigenze individuali e alle risorse disponibili. Il supporto terapeutico e l'aiuto di professionisti specializzati, come la figura dello Psicoterapeuta, sono parte integrante del percorso di recupero per le persone con dipendenza affettiva.

(Aldi et al., 2019; Buccolo, 2020; Girardi et al., 2000; La Cascia et al., 2008)



## Conclusioni

L'educatore professionale in una Comunità Terapeutica svolge un ruolo fondamentale nel supporto e nel trattamento degli individui affetti da queste complesse problematiche, e fornisce un ambiente terapeutico sicuro e di sostegno, in cui gli ospiti possono esplorare e affrontare le loro dipendenze. Attraverso un approccio empatico, rispettoso e non giudicante l'educatore crea un clima di fiducia e collaborazione, incoraggiando gli ospiti a esprimere le loro preoccupazioni, ambivalenze e desideri di cambiamento.

Un elemento cruciale del lavoro dell'educatore è l'utilizzo dei diversi strumenti come facilitatori alla motivazione intrinseca dell'ospite al cambiamento. Attraverso l'ascolto attivo e la riflessione empatica, l'educatore aiuta l'ospite a esplorare le sue motivazioni e ambivalenze, a identificare i benefici del cambiamento e a superare le eventuali resistenze.

Inoltre, l'educatore può svolgere un ruolo chiave nel fornire informazioni, istruzione e supporto riguardo alle dipendenze affettive e da sostanze. Attraverso l'educazione sulla natura delle dipendenze, sugli effetti sul benessere fisico e mentale, e sulle strategie di gestione e prevenzione delle ricadute, l'educatore contribuisce all'empowerment dell'ospite, fornendogli gli strumenti necessari per affrontare e superare le loro dipendenze.

Si rileva quindi, essere la *relazione* lo strumento principale attraverso cui l'educatore attua le sue competenze con il fine di supportare la persona in difficoltà.

Nel complesso, il lavoro dell'educatore professionale in una Comunità Terapeutica richiede competenze specializzate, una profonda comprensione delle dinamiche delle dipendenze e un forte impegno per il benessere degli ospiti.

Attraverso il loro lavoro dedicato, gli educatori possono fare la differenza nella vita degli individui affetti da queste problematiche, offrendo loro supporto, strumenti di cambiamento e speranza per un futuro più sano e soddisfacente.



## Bibliografia

1. Amato, L., Pani P. P. (2013). *Tossicodipendenze. Una guida alle basi razionali del trattamento*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
2. Amendolagine, V. (2018). *Argomenti di metodologie educative in comunità. L'educatore professionale e la comunità*. Lecce: Libellula.
3. American Psychiatric Association (1980). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM-III*. Milano: Raffaello Cortina.
4. American Psychiatric Association (2015). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-V. Tr.it.* Milano: Raffaello Cortina.
5. Baggio, F. (2018). *Assertività e training assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti*. Milano: Franco Angeli.
6. Bobbo, N. (2020). *La diagnosi educativa in sanità*. Roma: Carocci.
7. Bonetti, A., Bortino, R. (2023). *Follia, tossicodipendenza e bisogni della persona. La doppia diagnosi tra psichiatria e dipendenze*. Milano: Franco Angeli.
8. Bowlby, J. (1999). *Attaccamento e perdita. L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
9. Brandani, W., Zuffinetti, P. (2015). *Le competenze dell'educatore professionale*. Roma: Carocci.
10. Cancrini, L. (2002). *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. Roma: Carocci.
11. Caretti, V., La Barbera, D. (2014). *Le nuove dipendenze: diagnosi e clinica*. Roma: Carocci.
12. Coletti, M., Grosso, L. (2011). *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*. Torino: Gruppo Abele.
13. Corlito, G. (2006). *Alcolologia e salute mentale. Le situazioni multiproblematiche secondo l'approccio ecologico-sociale*. Trento: Erickson.
14. Crisafulli, F. (2016). *E.P. Educatore Professionale. Competenze, formazione e ricerca, strumenti e metodologie*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.

15. Deetjens, M. C. (2016). *Dire basta alla dipendenza affettiva. Imparare a credere in se stessi*. Vicenza: Il Punto d'Incontro.
16. De Mei, B. (2015). *Dossier: Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari*. Milano: Zadig.
17. Faure, J. P. (2016). *Senza punizioni né ricompense. Educare con la Comunicazione Non Violenta*. Firenze: Terra Nuova.
18. Galimberti, U. (1999). *Psicologia*. Milano: Garzanti.
19. Gallimberti, L. (2012). *Morire di piacere. Dalla cura alla prevenzione delle tossicodipendenze*. Milano: BUR Saggi.
20. Guerreschi, C. (2022). *La dipendenza affettiva. Ma si può morire anche d'amore?* Milano: Franco Angeli.
21. Hudolin, V. (2015). *Manuale di alcologia. Nuova edizione critica*. Trento: Erickson.
22. La Barbera, D., La Cascia, C. (2008). *Nuove dipendenze. Eziologia, clinica e trattamento delle dipendenze "senza droga"*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
23. Lebruto, A., Calamai, G., Caccico, L., Ciorciari, V. (2022). *Dipendenza affettiva. Diagnosi, assessment e trattamento cognitivo-comportamentale*. Trento: Erickson.
24. Leu, L. (2018). *Manuale pratico di Comunicazione Nonviolenta*. Reggio Emilia: Esserci.
25. Liebowitz, M. R. (1983). *La chimica dell'amore*. Milano: CDE.
26. Maida, S., Molteni, L., Nuzzo, A. (2019). *Educazione e osservazione. Teorie, metodologie e tecniche*. Roma: Carocci.
27. Martini, A., Santonastaso, P. (2008). *Educazione professionale in Medicina e Psichiatria*. Padova: Piccin.
28. Meazzini, C. (2020). *Le droghe e la tossicodipendenza. Dalla storia delle dipendenze alle strategie terapeutiche*. Torino: sito web dell'autrice.
29. Miller, R. W., Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing, Third Edition: Helping People Change (Applications of Motivational Interviewing)*. New York: Guilford Press.
30. Norwood, R. (2013). *Donne che amano troppo*. Milano: Feltrinelli.



31. Oggionni, F. (2019). *Il profilo dell'educatore. Formazione e ambiti di intervento*. Roma: Carocci.
32. Palumpo, M., Dondi, M., Torrigiani, C. (2012). *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze*. Trento: Erickson.
33. Pasqualotto, L. (2016). *Educatori di professione oggi. Letture oblique dell'esperienza e orientamenti per il futuro*. Milano: Unicopli.
34. Pasqualotto, L. (2016). *ICF-Dipendenze. Un set di strumenti per programmare e valutare la riabilitazione nelle dipendenze patologiche*. Trento: Erickson.
35. Pedrazza, M. (2017). *Pratiche educative e processi psicologici. L'educatore nei servizi residenziali extrascolastici*. Roma: Carocci.
36. Peroni, D., Clerici, M. (2022). *Doppie diagnosi in comunità terapeutica*. Milano: Franco Angeli.
37. Piccone Stella, S. (2002). *Droghe e tossicodipendenza. Dallo spinello della controcultura alle pasticche nei "rave parties": come cambiano le sostanze, il consumo, gli interventi*. Bologna: Il Mulino.
38. Poudat, F. X. (2006). *La dipendenza amorosa. Quando l'amore e il sesso diventano una droga*. Roma: Castelvecchi.
39. Pozzi, M. (2020). *Essere Educatore Professionale. Affrontare l'imprevedibile in contesti disordinati*. Roma: Aracne.
40. Rigliano, P. (2015). *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
41. Rodriguez, M. B. (2020). *Dipendenze patologiche. Cosa sono e come intervenire*. Moriondo Torinese: Edizioni Centro Di Benessere Psicofisico.
42. Stella, A. (2002). *La relazione educativa. Complessità, transazione e intenzione nel rapporto educatore-educando*. Milano: Guerini e Associati.
43. Teesson, M., Degenhardt, L., Hall, W. (2002). *Le tossicodipendenze*. Bologna: Il Mulino.
44. Tramma, S. (2020). *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*. Roma: Carocci.

45. Valtorta, F., Passerini, A. (2009). *Il circuito della gratificazione e le nuove dipendenze*. Roma: Alpes.
46. Vento, A. E., Ducci, G. (2018). *Manuale pratico per il trattamento dei disturbi psichici da uso di sostanze*. Roma: Giovanni Fioriti.

### **Sitografia e altri documenti**

1. Agnelli, I. (2014). *Dipendenza affettiva. Un disturbo autonomo in asse I o in asse II?* *Psicoterapeuti in-formazione*, n. 13, pp. 43-72.
2. AIEJI (2005). *Le competenze professionali dell'educatore sociale*. <http://aieji.net/media/1049/professional-competences-it.pdf>.
3. Aldi, G., Del Buono, G., Felisio, B., Franza, F., Russiello, M., Solomita, B. (2019). *Liberi servi. Vivere tra dipendenze vecchie e nuove*. Rivista Telos. <http://www.rivistatelos.it/wp-content/uploads/2019/06/Rivista-Telos-Liberi-servi-rev.-FF.pdf>.
4. A.N.E.P. (2015). *Assemblea Nazionale*. <https://www.anep.it/anep/allegati/file/Documenti%20ANEP/Codice%20Deontologico,%20Udine%202015.pdf>.
5. Beckes, L., Ijzerman, H., Tops, M. (2015). *Toward a radically embodied neuroscience of attachment and relationships*. *Frontiers of Human Neuroscience*, vol. 9, n. 266, DOI: 10.3389/fnhum.2015.00266.
6. Bianchini, V., Giusti, L., Malavolta, M., Ussorio, D., Cifone, M., Fabiani, L., Casacchia, M., Roncone, R., Pollice, R. (2015). *L'esordio del disturbo affettivo: impatto della durata di psicosi non trattata sul funzionamento globale*. *Rivista di Psichiatria*, vol. 50, n. 4, pp. 168-174.
7. Buccolo, M. (2020). *L'educatore emozionale e la promozione del ben-essere nei contesti di cura*. *Medical Humanities & Medicina Narrativa*, pp. 99-107 - ISSN 2724-3281.
8. Chambers, R. A., Taylor, J.R., Potenza, M. N. (2003). *Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction*

- vulnerability*. Connecticut Mental Health Center, DOI: 10.1176/appi.ajp.160.6.1041.
9. Crisafulli, F. (2018). *The “core competence” of the Social Health Educator. Proposed models and literature review*. Form@re – Open Journal per la formazione in rete, vol. 18, n. 3, pp. 220-236 - ISSN 1825-7321.
  10. Comunità San Francesco, (2018). *Carta dei Servizi*. <https://www.comunitasanfrancesco.org/>.
  11. Costa, A. (2001). *Le nuove competenze dell’educatore*. Luoghi e Professioni, pp. 74-83.
  12. Depalmas, C. (2020). *Il lavoro educativo in Psichiatria*. Medical Humanities & Medicina Narrativa, pp. 109-119 - ISSN 2724-3281.
  13. Disanto, A. (2006). *La costruzione della relazione educativa*. International Journal of Psychoanalysis and Education, vol. 1, n. 3, ISSN 2035-4630.
  14. Fisher, H., Xu, X., Aron, A., Brown, L. (2016). *Intense, Passionate, Romantic Love: A Natural Addiction? How the Fields That Investigate Romance and Substance Abuse Can Inform Each Other*. Front Psychol, 10; 7: 687.
  15. Fuga, M. (2021). *Professionisti della salute mentale a confronto: ruolo e competenze dell’educatore professionale, dell’infermiere e del tecnico di riabilitazione psichiatrica*. Journal of Health Care Education in Practice.
  16. Gerra, G., Zaimovic, A. (2002). *Craving: aspetti comportamentali e biologici*. Regione Veneto, assessorato alle Politiche Sociali, al Volontariato e Non-Profit, pp. 119-132.
  17. Girardi, P., Cozzani, B., De Marco Cervino, M., Tatarelli, R. (2000). *L’approccio psichiatrico alla clinica delle tossicodipendenze: la comorbidità psichiatrica nel paziente tossicodipendente*. Istituto Superiore di Sanità, vol. 36, n. 1, pp. 41-46.
  18. Governo Italiano, (2017). *Relazione annuale al Parlamento 2017 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*. Dipartimento Politiche Antidroga. [https://www.politicheantidroga.gov.it/media/2153/relazione-al-parlamento\\_2017.pdf](https://www.politicheantidroga.gov.it/media/2153/relazione-al-parlamento_2017.pdf).

19. Harnic, D., Digiacomantonio, V., Innamorati, M., Mazza, M., Di Marzo, S., Sacripanti, F., Saioni, R., Cardella, A., Di Felice, C., Girardi, P., Janiri, L. (2010). *Temperamento e attaccamento in pazienti con dipendenza da alcol di tipo 1 e 2*. Rivista di Psichiatria, vol. 45, n. 5.
20. Hatfield, E., Sprecher, S. (1986). *Measuring passionate love in intimate relationships*. Journal of Adolescence, vol. 9, n. 4, pp. 383-410, DOI: 10.1016/S0140-1971(86)80043-4.
21. La Cascia, C., Ferraro, L., Mulè, A. (2008). *Il problema della comorbilità. Nuove dipendenze. Eziologia, clinica e trattamento delle dipendenze "senza droga"*. Il Pensiero Scientifico, vol. 2, pp. 159-168.
22. Lai, Y., Carr, S. (2018). *A Critical Exploration of Child-Parent Attachment as a Contextual Construct*. Behavioral Sciences, DOI: 10.3390/bs8120112.
23. Luppi, A. (2016). *L'educatore: aspetti normativi e contesti professionali*. Vol. 8, n. 11/2016, pp. 44-54 - ISSN 2038-1034.
24. Macchia, T. (2004). *Donna e dipendenza crociata*. Istituto Superiore di Sanità, pp. 35-40.
25. Mareschi, T., Talia, A. (2019). *L'attaccamento e la relazione terapeutica*. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, n. 45/2019, ISSN 1127-6347 - ISSNe 2281-6046.
26. Ministero della Salute (2022). *I disturbi da Addiction nelle dipendenze non legate all'uso/abuso di sostanze*. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3313\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3313_allegato.pdf).
27. Ministero della Salute (2021). *Rapporto Tossicodipendenze. Analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze*. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3213\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3213_allegato.pdf).
28. Mission 56 (2021). *Ser.D. protagonisti in una nuova sanità territoriale*. Italian Quarterly Journal of Addiction, DOI: 10.3280/mis56-2020oa13075.
29. Moretto, B. (2019). *Educazione terapeutica del paziente tra competenze e contesti di cura: riflessioni sul ruolo dell'educatore professionale*. Journal of Health Care Education in Practice, Scientific Article - DOI: 10.14658/pupj-jhcep-2019-2-1.

30. Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., Enokido, M. (2016). *Link of dysfunctional attitudes with the negative self-model*. Annals of General Psychiatry, DOI: 10.1186/s12991-016-0098-y.
31. Repubblica Italiana. *Gazzetta Ufficiale*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/04/28/099G0190/sg>.
32. Rivista Quadrimestrale di Alcolologia (2017). *Dai problemi alcol correlati alla promozione della salute*. Società Italiana di Alcolologia e Eurocare Italia, n. 31.
33. Robinson, T., Berridge, K. (2008). *La teoria della dipendenza da incentivazione della dipendenza: alcuni problemi attuali*. The Royal Society, ISSN 3137-3146.
34. Saunders, H., Kraus, A., Barone, L., Biringen, Z. (2015). *Emotional availability: theory, research and intervention*. Frontiers in Psychology, vol. 6, n. 1069, DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01069.
35. Schultz, P. W. (2000). *Empathizing with nature: the effects of prespective taking on concern for environmental issues*. Journal of Social Issues, vol. 56, n. 3, pp. 391-406, DOI: 10.1111/0022-4537.00174.
36. Ugolini, P. (2010). *Clinica e valutazione nelle Comunità Terapeutiche*. Sestante, n. 33.
37. Wise, R., Jordan, C. (2021). *Dopamine, behavior and addiction*. Journal of Biomedical Science, DOI: 10.1186/s12929-021-00779-7.

## Ringraziamenti

*Un GRAZIE di cuore...*

*...alla mia mamma, al mio papà e alle mie sorelle, che nonostante il tempo impiegato hanno sempre creduto in me e sostenuto, in ogni scelta e in ogni momento difficile;*

*...a Stefano, il mio compagno di vita, che mi ha dato la forza e l'incoraggiamento ogni giorno per non mollare mai;*

*...ai miei amati nonni, che anche se non ci sono più, ci sono sempre stati e so che ora mi stanno guardando;*

*...alle mie amiche di una vita: Valentina, Mariangela ed Elisa, che hanno capito e supportato i miei sacrifici;*

*...ad Anita, un grazie speciale per tutto l'aiuto datomi;*

*...all'equipe di Montericco, a cui devo tutto quello che ho imparato e che ogni giorno, mi trasmette l'amore, la passione e soprattutto la pazienza che serve in questo lavoro;*

*...alla Prof.ssa Manna, per la sua disponibilità e pazienza;*

*...a tutte quelle persone che non credevano ce la facessi;*

*...per ultima ma non meno importante, a me stessa, che anche se so che potevo fare diversamente, rifarei tutto allo stesso modo.*

