



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Neuroscienze - DNS

Corso di Laurea in Educazione Professionale

(Abilitante alla professione sanitaria di Educatore Professionale)

ELABORATO FINALE DI LAUREA

*RETE SOCIALE E DISTURBO DA USO DI SOSTANZE:
L'EDUCATORE PROFESSIONALE COME FACILITATORE
DEL LAVORO DI RETE*

Relatore:

Dott. Giovanni Forza

Laureanda:

Gessica Trambaiolo

Matricola: 1092806

Anno Accademico 2016/2017

Indice

Introduzione.....	1
Materiali e metodi.....	1
CAPITOLO 1: Le caratteristiche peculiari della rete sociale.....	3
1.1: La rete sociale.....	3
1.2: Le caratteristiche della rete sociale.....	4
1.3: La vecchia e la nuova rete sociale.....	5
1.4: Gli effetti della rete sociale.....	6
CAPITOLO 2: Il lato negativo della rete sociale.....	8
2.1: L'assenza di rete sociale.....	8
2.1.1: La solitudine.....	8
2.2.2: L'isolamento sociale.....	10
2.2: La rete sociale sfavorevole.....	12
2.3: Le tossicodipendenze.....	12
2.3.1: I criteri diagnostici del disturbo da uso di sostanze.....	13
2.3.2: Le sostanze psicoattive.....	15
2.3.3: L'approccio socioculturale.....	15
CAPITOLO 3: Le possibili reti sociali positive del tossicodipendente.....	17
3.1: Gli effetti di una rete sociale positiva.....	17
3.1.1: Il sostegno sociale.....	18
3.2: La comunità.....	20
3.3: I gruppi di mutuo aiuto.....	20
3.4: Il Ser.D.....	23
3.5: La comunità terapeutica.....	24
CAPITOLO 4: L'educatore professionale nel lavoro di rete per i tossicodipendenti....	27
4.1: L'educatore professionale.....	27
4.2: Il lavoro di rete dell'educatore professionale.....	29

4.3: L'educatore professionale nel Ser.D e in comunità terapeutica.....	31
4.3.1: L'educatore professionale in comunità terapeutica.....	32
4.4: L'educatore professionale nei gruppi di mutuo aiuto.....	34
Discussione.....	36
Conclusioni.....	37
Bibliografia.....	38

*“[...] Tu non tieni niente,
non puoi tenere né trattenere niente,
ecco ciò che devi amare e sapere.
Ecco cosa ne è di un sapere d’amore:
ama ciò che ti sfugge,
ama colui che se ne va.
Ama che se ne vada [...]”*

(Nancy, 2005)

Introduzione

L'elaborato finale di laurea prevede un approfondimento teorico relativo alla rete sociale della persona che presenta il disturbo da uso di sostanze, accuratamente diagnosticato da professionisti specializzati mediante l'osservazione della presenza o meno dei criteri diagnostici inclusi nel DSM-5.

Numerosi studi scientifici rilevano quanto il fenomeno della tossicodipendenza si correli, anche se non solo, ad una rete sociale disfunzionale che la persona ha attorno a sé. La solitudine, l'isolamento sono solamente due principali cause che possono condurre la persona al mondo della tossicodipendenza.

L'obiettivo principale e più comune che i professionisti si pongono, negoziandolo con gli utenti, nei progetti educativi è quello relativo all'aumento, all'incremento di una rete sociale efficace che possa essere di supporto alla persona per allontanarsi dalla tossicodipendenza.

L'approfondimento teorico che segue è stato sviluppato con l'intento di comprendere i correlati sociali che accompagnano la persona dipendente da sostanze e come - dove l'educatore professionale operi nell'accompagnamento del percorso di recupero della propria vita.

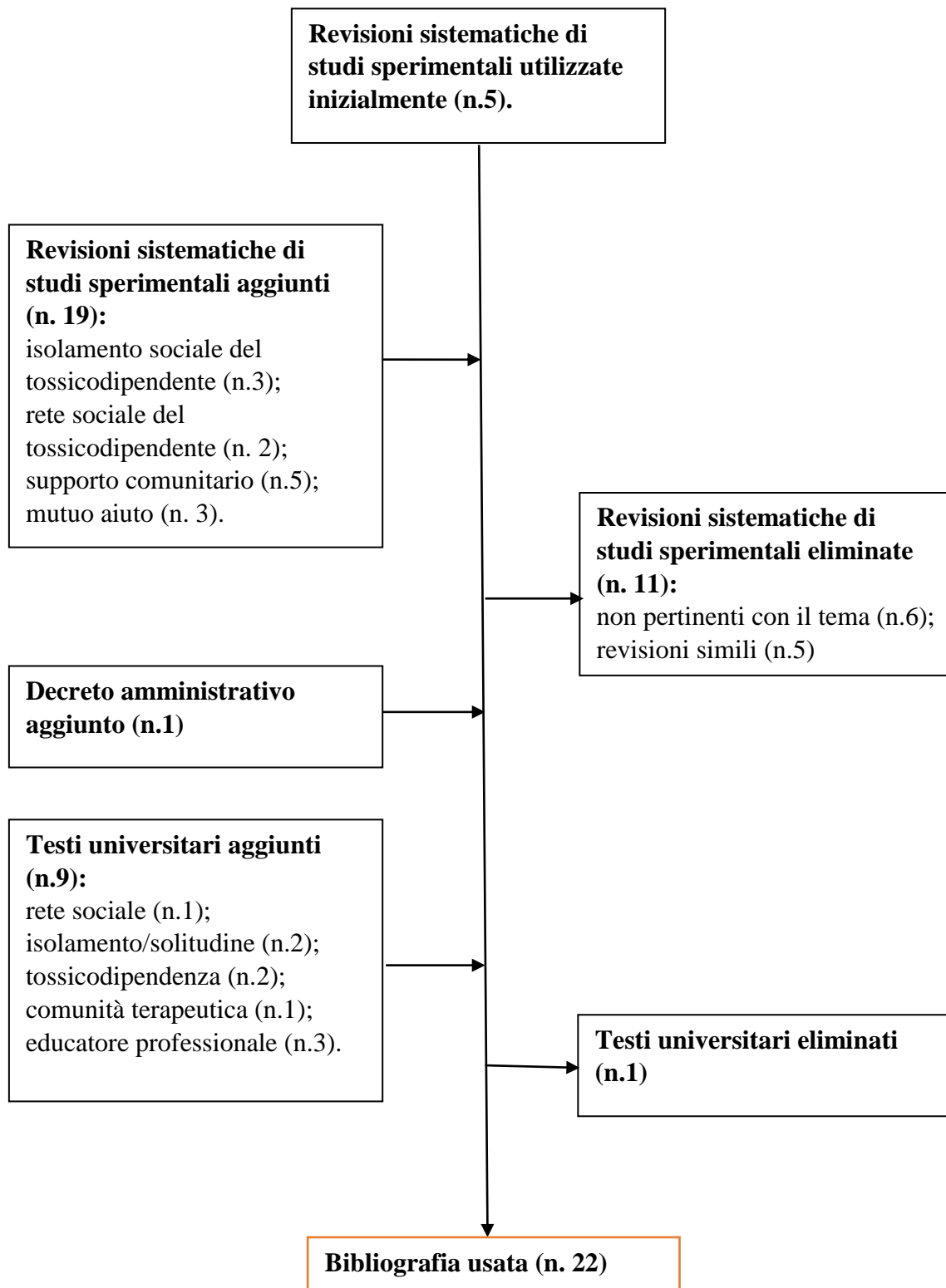
Materiali e metodi

Le fonti bibliografiche utilizzate sono state tredici revisioni sistematiche di studi sperimentali facendo riferimento ai seguenti criteri di inclusione: 1) la lingua inglese, 2) la data di pubblicazione tra il 1999 e il 2016, 3) l'accesso libero all'intero testo, 4) le parole chiave: isolamento sociale, dipendenza da sostanze, rete sociale, auto aiuto e supporto comunitario; 5) i motori di ricerca PubMed e Cochrane Library.

I criteri di esclusione scelti: 1) altre lingue diverse dall'inglese, 2) le revisioni sistematiche che riguardavano la dipendenza da una sola specifica sostanza.

Sono stati utilizzati anche otto testi universitari per approfondire il tema della tossicodipendenza, dell'isolamento sociale, degli interventi educativi come anche il possibile ruolo dell'educatore professionale rispetto a tali tematiche. Inoltre, proprio per

questo ultimo argomento, si è consultato anche il Decreto Amministrativo n. 520/1998 che inquadra la figura dell'educatore professionale (contenuto nella Gazzetta Ufficiale).



Capitolo uno

Le caratteristiche peculiari della rete sociale

1.1 La rete sociale

Con il concetto di rete sociale ci si riferisce “al set di individui e ai legami tra loro” (Seo & Huang, 2012).

La rete sociale può essere spiegata come “un insieme specifico di legami che si stabiliscono fra un insieme ben definito di persone; le caratteristiche peculiari di questo legame (qualora lo si consideri complessivamente come un’“unità”) permettono di comprendere e dar senso ai comportamenti sociali delle persone in esso coinvolte” (Mitchell, 1969¹; cit. in Maguire, 1989).

In senso analitico le reti sociali possono essere definite come “insieme di punti congiunti da linee; i punti rappresentano persone e anche gruppi e le linee indicano quali persone stiano interagendo con ogni altra” (Barnes, 1972²; cit. in Maguire, 1989).

La rete sociale viene considerata anche come “l’insieme dei contatti interpersonali per effetto dei quali l’individuo mantiene la sua propria identità sociale, riceve sostegno emotivo, aiuti materiali, servizi, informazioni, oltre a rendere possibile lo sviluppo di ulteriori relazioni sociali” (Walker et al., 1977³; cit. in Maguire, 1989).

“La prospettiva della rete sociale aiuta ad esaminare modelli e applicazioni che sono espressi in termini di concetti o processi relazionali” (Seo & Huang, 2012).

“Una parte della tradizione sociologica “classica” ha considerato le istituzioni e le forme di organizzazione collettiva (come Stato, Chiesa, partito, classe sociale ecc.) come punti di partenza per spiegare le interazioni degli individui (Sacchi, 2008). Il filosofo Louis Althusser seguendo questo punto di vista afferma “gli individui sono solo effetti della struttura” (Sacchi, 2008).

¹ Mitchell, J.C. (a cura di) (1969), *Social Networks in Urban Situation*. Manchester, Manchester University Press.

² Barnes, J.A. (1972), *Social Networks*. Reading, MA, Addison – Wesley.

³ Walker, K.N., Macbride, A., & Vachon, M.H.S. (1977). *Social support networks and the crisis of bereavement*. *Social science and medicine*, vol. 2.

In sostegno a ciò “la relazione sociale è precisamente il rapporto che permette la concreta regolazione reciproca delle azioni sociali da parte di due o più individui” (Sacchi, 2008). Weber considera “l’azione sociale nella misura in cui, in forza del significato soggettivo che l’individuo, o gli individui agenti le attribuiscono, essa tiene conto del comportamento degli altri e ne è a sua volta influenzata”.

1.2 Le caratteristiche della rete sociale

I legami che si instaurano tra le persone possono assumere differenti caratteristiche: si possono trovare “relazioni tendenzialmente stabili (come le relazioni familiari) o transitorie (come quelle fra due persone che si incontrano tutti i giorni alla fermata dell’autobus); improntate alla cooperazione o al conflitto, e così via” (Sacchi, 2008). Le relazioni fondate sulla cooperazione si creano quando sono orientate al raggiungimento di fini comuni e compatibili; quelle, invece, basate sul conflitto sono caratterizzate dal proposito di affermare la propria volontà contro quella altrui.

Va evidenziato che le relazioni sociali presuppongono che ci siano due o più individui consapevoli gli uni degli altri e che comunicando tra loro ne scaturisca un’interazione dove le azioni sociali possano modificare l’aspetto e il significato della relazione.

“Gruppi comuni che compongono una rete sociale individuale, includono famiglia, amici, colleghi e gruppi della comunità. La grandezza della rete sociale e la diversità sono due distinte misure. La prima è definita come numero di persone (attraverso tutti i tipi di relazione sociale) per cui gli individui riferiscono interazione sociale frequente (almeno una volta ogni due settimane). Mentre la diversità, misura il numero di ruoli sociali (tipi di relazione sociale) per cui gli individui riferiscono qualche livello di partecipazione (almeno una volta ogni due settimane)” (Mowbray et al., 2014).

Per quanto riguarda la grandezza si devono considerare “diadi⁴ (2 attori e loro rapporti), triadi⁵ (3 attori e loro rapporti), sistemi più grandi di una triade, o interi sistemi” (Seo & Huang, 2012).

⁴ le diadi hanno una caratteristica che qualsiasi altro gruppo non ha: se una persona esce dal gruppo, quest’ultimo scompare.

Per poter analizzare più approfonditamente le reti sociali si devono considerare alcune variabili quali:

“1. Multiplessità (*multiplexity*) vale a dire il numero di ruoli o relazione (ad esempio, fratello, vicino di casa, o terapeuta) che connettono fra loro due persone.

2. Simmetria (*simmetry*), o il rapporto di potere o di vantaggio che si stabilisce fra due persone.

3. Intensità (*intensity*) o il grado di coinvolgimento in un legame.

Altre variabili si riferiscono alle reti nel loro complesso, vale a dire all'insieme di tutti i legami che al loro interno si strutturano:

4. Ampiezza (*range*), che si riferisce al numero di attori coinvolti in un legame.

5. Densità (*density*), cioè la quantità di interrelazioni fra gli attori (normalmente espresse dal rapporto fra il numero di rapporti effettivi e legami possibili).

6. Interconnessione (*reachability*) ossia il numero medio di legami necessario per connettere ogni due attori nel percorso più breve.

7. Settorialità (*clustering*), ossia il grado in cui l'intera rete può essere suddivisa in distinte sottounità” (Maguire, 1989).

1.3 La vecchia e la nuova rete sociale

Nei secoli precedenti la rete sociale delle persone era semplicemente composta da coloro che potevano offrire sostegno emotivo, economico e sociale alla persona.

⁵Il terzo membro funge da mediatore il quale convince gli altri a un accordo; può approfittare per i propri scopi di una divergenza fra gli altri; oppure due entrano in conflitto tra di loro per ottenere il favore del terzo; il terzo crea o alimenta intenzionalmente una disputa a proprio vantaggio

Se si riportasse sotto forma di mappa la rete sociale degli individui che hanno vissuto nel lontano passato, si dimostrerebbe come attorno all'io (EGO), che sta al centro, ruotassero solamente le persone più simili come familiari, amici, vicini di casa.

In passato, una donna che avesse un figlio con un problema di qualsiasi genere, poteva ricevere come unico aiuto quello di qualche familiare o conoscente scelto sulla base delle sue capacità di offrire aiuto e delle conoscenze relative al problema emerso. A volte capitava che questa persona scelta, nominata "consulente", inviava il caso ad un'altra persona più esperta costruendo così una piccola rete sociale.

Alla madre non era necessario conoscere già in partenza tutta la rete di persone che potessero offrire aiuto al figlio, ma bastava la conoscenza di una sola persona per poter costruire una rete che sostenesse la famiglia. La funzione della rete sociale nel passato è rimasta tale ancora oggi.

"La rete è un sistema di relazioni che rimane importante, vitale e attuale ancor oggi; solo che ora esistono molte alternative ad essa" (Maguire, 1989).

Nell'ipotetico esempio precedente, la madre non aveva di fronte a sé un'ampia scelta, ed in ogni caso nessuna era orientata verso il ricorso a specialisti professionali.

Oggi, nel caso una famiglia cercasse sostegno educativo per il proprio figlio, oltre a chiedere aiuto alla famiglia, agli amici, ai vicini di casa, essa si può rivolgere a professionisti competenti.

"Le reti psicopedagogiche di oggi sono potenzialmente molto più efficienti ed efficaci in quanto si possono avvalere di assistenti sociali, neuropsichiatri infantili, psicologi nonché di altri operatori sociali" (Maguire, 1989).

La rete amicale odierna ha caratteristiche molto simili a quella di secoli fa almeno nelle finalità, che riguardano il poter conversare insieme, condividere interessi, rilassarsi in compagnia.

1.4 Gli effetti della rete sociale

Avere una solida ed efficace rete sociale attorno a sé è un indicatore di benessere e di salute sia perché potrebbe essere considerata una garanzia nel ricevere aiuto, sia perché favorisce l'inclusione sociale permettendo alla persona di sentirsi accolto e avvolto.

“Le reti sociali giocano un ruolo critico nello status di salute dell’individuo. [...] gli individui che hanno meno legami sociali si caratterizzano per un peggioramento della salute fisica. [...] al diminuire del numero di rapporti sociali, gli individui manifestano un tasso di mortalità più alto” (Mowbray et al., 2014).

Il ruolo dell’educatore professionale di fronte a dinamiche complesse è quello di accompagnare la persona nel processo di costruzione di una rete sociale stabile fondata sulla cooperazione; “dovrebbe cercare di modellare queste relazioni al fine di costruire una struttura di un particolare gruppo” (Seo & Huang, 2012).

Il concetto di rete si riferisce alla capacità del soggetto di interpretare i ruoli che ricopre nel tessere una relazione.

Capitolo due

Il lato negativo della rete sociale

2.1 L'assenza di rete sociale

2.1.1 La solitudine

Una persona può presentarsi carente in termini di rete sociale; la percezione e la valutazione delle relazioni sociali sono la principale spiegazione della solitudine che alcune persone vivono e comunicano.

La solitudine si ha dal momento in cui un individuo è insoddisfatto rispetto alla percezione della propria rete sociale. Quest'ultima si presenta quando la persona riconosce una discrepanza tra le sue aspettative delle relazioni, e quanto invece ottiene da esse in quel preciso istante.

La solitudine si può definire come un sentimento che si presenta ogni qual volta la persona ha un'esperienza stressante che si traduce in mancanze o difetti a livello delle relazioni che costruisce insieme all'altro.

La solitudine è un sentimento inalienabile e molto diffuso, tocca profondamente tutti gli uomini; potrebbe essere considerata un'esperienza di vita che porta alla maturità e all'autonomia, ma molto spesso assume un colore negativo. Viene comunemente definita come una condizione spiacevole dalla quale fuggire a tutti i costi perché spaventosa; è inoltre spiegata anche come un male psicologico difficile da contrastare, un'esperienza talmente angosciante che le persone fanno tutto il possibile per contrastarla cercando continuamente legami sociali.

“Il dolore sociale, noto anche come solitudine, si è evoluto per una ragione simile: perché proteggeva l'individuo dal pericolo di rimanere isolato” (Cacioppo & Patrick, 2008).

Molto spesso si collega l'assenza di rete sociale con lo stato di depressione: la prima può dar vita alla seconda, ma solitudine e depressione sono due fenomeni diversi.

Nella solitudine la persona è alla continua ricerca di contatti sociali o ripristinare quelli perduti. Nel momento in cui trova un legame soddisfacente che contribuisce a

incrementare la rete sociale la sua situazione psicologica cambia e la persona non riporterà più di sentirsi sola.

Invece la persona depressa è bloccata nel suo stato, le relazioni sociali oltre a non essere ricercate, non cambierebbero il suo stato umorale.

Un altro errore da evitare è quello di rendere sinonimi solitudine e isolamento sociale: si può essere isolati senza sentirsi soli, e si può sentirsi soli anche senza essere isolati. Sono due fenomeni che derivano da cause diverse, ma comunemente vengono descritte con gli stessi sintomi di angoscia irrecuperabile.

Nonostante tutti i diversi comportamenti che una persona può assumere, l'essere umano è una specie sociale che ha bisogno di legami affettivi con altri membri del mondo per assicurarne la sopravvivenza.

La solitudine può essere manifestata in diversi modi: può essere voluta, desiderata; allo stesso tempo può essere una condizione forzata dalle circostanze della vita dalle quali non si può sfuggire, che potrebbero essere la malattia, la carcerazione, l'isolamento percettivo o la perdita di una persona cara.

Nel primo caso ci possono essere persone che ricercano momenti di solitudine per riflettere con se stessi, quando invece potrebbe essere un motivo per allontanarsi da situazioni difficili da gestire.

Ci possono essere solitudini anche imposte dalla società come i mass-media, i mezzi di comunicazione i quali rendono le persone sempre più distaccate dal contatto faccia a faccia.

La persona che è sola cerca in tutti i modi di uscire dalla situazione in cui si trova anche compiendo azioni indesiderate pur di socializzare e queste azioni potrebbero semplicemente riferirsi all'uso di sostanze stupefacenti o alcol.

In conclusione la solitudine, come accennato in precedenza, è uno stato d'animo in risposta all'insoddisfazione dei legami affettivi e delle relazioni sociali significative. "Nella nostra specie, per la salute e il benessere è necessario, tra l'altro, essere soddisfatti e sicuri dei nostri legami con gli altri, una condizione di "non essere soli" che, in mancanza di un'espressione migliore, chiamiamo connessione sociale" (Cacioppo & Patrick, 2008).

"La soluzione al problema della solitudine non è la quantità, bensì la qualità delle relazioni" (Cacioppo & Patrick, 2008).

È importante perciò rieducare la persona alla solitudine al fine di considerare quest'ultima come uno strumento che permette di avvicinarsi al proprio sé, di riflettere sulle proprie emozioni, e infine di attribuire valore al silenzio come atto antecedente alla comunicazione.

A volte la solitudine deve essere considerata come una situazione privilegiata, una risorsa preziosa per riflettere su sé e per integrare i pensieri interni con i propri sentimenti, per mutare i propri comportamenti, per riorganizzare le idee; “diventa un problema preoccupante solo quando permane abbastanza a lungo da creare un ciclo durevole e autorinforzante di pensieri, sensazioni e comportamenti negativi” (Cacioppo & Patrick, 2008).

Alcune persone ritrovandosi in queste situazioni hanno dato voce alla loro creatività, tant'è che alcune opere artistiche sono state create in situazioni d'isolamento.

2.1.2 L'isolamento sociale

L'isolamento sociale può essere considerato sia come ritiro che come evasione dalle interazioni sociali; questo isolamento dalle persone può contribuire alla formazione di disordini emotivi di diverse entità (Seo & Huang, 2012).

Molti studiosi rilevano diverse motivazioni che spingono le persone ad isolarsi; una causa della solitudine potrebbe essere il rifiuto da parte degli altri individui e in questo caso le persone vengono chiamate isolati attivi (Rubin, 1982; Rubin & Asendorpf, 1993⁶; cit. in Niño et al., 2016).

Esiste anche un isolamento auto-imposto, cioè l'isolamento sociale nel quale le persone si distinguono in due categorie: socialmente disinteressati e socialmente evitanti. I primi rifiutano le interazioni con gli altri per mancanza di motivazione; sono in possesso delle

⁶ Rubin, K. H. (1982). *Nonsocial play in preschoolers: Necessarily evil?*. *Child Development*, 651-657.

Rubin, K. H., & Asendorpf B. J. (1993). *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood: Conceptual and definitional issues*. Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, 3-17.

abilità sociali, ma scelgono di vivere nella solitudine (Coplan et al., 2004⁷; cit. in Niño et al., 2016).

I socialmente evitanti hanno contemporaneamente povere abilità sociali e alta motivazione ad evitare situazioni sociali (Asendorpf & van Aken, 1999⁸; cit. in Niño et al., 2016).

Questi tipi di isolamento presentano dei risultati differenti a livello comportamentale e sociale.

I socialmente evitanti presentano i più alti livelli di ansia sociale e depressione rispetto ad altre persone emarginate (Coplan et al., 2013⁹; cit. in Niño et al., 2016).

Nonostante le persone socialmente disinteressate trascorrono più tempo in solitudine, non presentano differenze significative sia nelle abilità sociali che cognitive, quando confrontate con persone sociali (Coplan et al., 2004⁷; cit. in Niño et al., 2016).

Inoltre si sostiene che lo stress legato al rifiuto dei pari può condurre la persona ad assumere atteggiamenti antisociali come l'aggressività o l'uso di droghe.

L'uso di alcol o di sostanze stupefacenti sono il risultato di meccanismi di superamento dall'evasione in persone che vivono in uno stato di solitudine cronica (Cacioppo et al., 2000; Hawkley & Cacioppo, 2010¹⁰; cit. in Niño et al., 2016), mentre le persone che vivono brevi periodi di solitudine attuano strategie di superamento attive come per

⁷ Coplan, R.J., Prakash, K., O'Neil, K., & Armer, M. (2004). *Do you "want" to play? Distinguishing between conflicted shyness and social disinterest in early childhood.* *Developmental Psychology*, 40(2), 244–258.

⁸ Asendorpf, J.B., & van Aken, M.A. (1999). *Resilient, overcontrolled, and undercontrolled personality prototypes in childhood: Replicability, predictive power, and the traittype issue.* *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 815–832.

⁹ Coplan, R.J., Rose-Krasnor, L., Weeks, M., Kingsbury, A., Kingsbury, M., & Bullock, A. (2013). *Alone is a crowd: Social motivations, social withdrawal, and socioemotional functioning in later childhood.* *Developmental Psychology*, 49(5), 861–875.

¹⁰ Cacioppo, J.T., Ernst, J.M., Burleson, M.H., McClintock, M.K., Malarkey, W.B., Hawkley, L., et al. (2000). *Lonely traits and concomitant physiological processes: The MacArthur social neuroscience studies.* *International Journal of Psychophysiology*, 35(2), 143–154.

esempio discuterne con la famiglia, gli amici (Heinrich & Gullone, 2006; Wilson & Moulton, 2010¹¹; cit. in Niño et al., 2016).

2.2 La rete sociale sfavorevole

La rete sociale è considerata negativa non soltanto quando la persona non presenta nessun tipo di relazione, ma anche quando la rete sociale non è nel suo complesso positiva.

Ci possono essere reti sociali costruite sulla base di due fenomeni: la selezione e l'influenza. La prima è quando le persone scelgono di stare con altre, che hanno un comportamento simile perciò gli individui che fanno uso di sostanze preferiscono stare in compagnia di altre persone che adottano gli stessi comportamenti.

L'influenza, prendendo sempre l'esempio dell'uso di sostanze, corrisponde al fenomeno in cui persone che ne fanno uso fanno sì che anche altre persone adottino tali comportamenti (Seo & Huang, 2012).

In molti studi si sottolinea come l'utilizzo di alcol o l'uso di sigarette sia da tempo ricondotto all'influenza di altre persone, cioè vedere conoscenti stretti dediti all'utilizzo di sostanze sono più inclini ad assecondare tali comportamenti (Niño et al., 2016).

2.3 Le tossicodipendenze

Sia l'assenza di rete sociale sia una rete sociale negativa possono condurre a comportamenti devianti come ad esempio l'uso di sostanze stupefacenti o abuso di alcol.

L'uso di droghe conduce ad un'esclusione sociale ed economica: le persone diventano socialmente isolate perdendo i contatti con la famiglia, amici che non hanno lo stesso comportamento, le opportunità di formazione professionale, occupazione, alloggio, e altre aree di partecipazione sociale (Moore et al., 2015). Oltre a ciò, con l'uso di droghe

¹¹ Heinrich, L.M., & Gullone, E. (2006). *The clinical significance of loneliness: A literature review*. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695–718.

si distruggono anche fattori fisici, psicologici, legali, educativi ed altre aree di vita (Donovan et al., 2013).

Le persone dipendenti da sostanze possono essere viste come “vittime delle loro stesse vulnerabilità o come sintomi di sistema disfunzionale prodotto da un guasto nel rapporto tra l’individuo, la famiglia, e la comunità” (White, 2009).

Si parla di dipendenza da sostanze quando la persona ha una perdita di controllo “ovvero quando procurarsi le sostanze, usarle e riprendersi da tale uso, occupa una quantità spropositata di tempo nella vita di una persona, che tuttavia non modifica il proprio comportamento nonostante i problemi che da esso derivano” (Teesson et al., 2002).

La tolleranza si presenta quando la persona, per avere gli stessi effetti deve aumentare le dosi della sostanza e l’interruzione improvvisa dell’uso della sostanza provoca una sindrome da astinenza.

Molti che fanno uso di sostanze vanno incontro a problemi fisici e/o psichici che a loro volta influenzano negativamente la vita del partner, dei figli, altri familiari, amici e colleghi di lavoro.

Per fare diagnosi di disturbo da uso di sostanze si utilizzano i criteri del *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali* (DSM-5) e devono essere presenti almeno due tra gli undici criteri negli ultimi dodici mesi.

2.3.1 I criteri diagnostici del disturbo da uso di sostanze

I criteri sono:

“perdita di controllo”:

1. Assunzione della sostanza in quantità maggiore o per tempi più lunghi di quanto programmato.
2. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di cessare o controllare l’utilizzo.
3. Molto tempo speso per ottenere la sostanza, usarla o riaversi dai suoi effetti.

“*craving*”:

4. *Craving*, o forte desiderio od un bisogno impellente di usare una specifica sostanza.

“costo eccessivo”: (vista esternamente sembra che la persona sia disposta a pagare un costo eccessivo pur di continuare ad usare la sostanza)

5. Uso ricorrente della sostanza che esita in una incapacità ad adempiere alle principali occupazioni (lavoro, scuola).
6. Uso continuativo della sostanza nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dall'effetto della sostanza.
7. Cessazione o riduzione di attività sociali e lavorative a causa dell'utilizzo.
8. Ricorrente uso della sostanza in situazioni fisicamente pericolose.
9. Utilizzo della sostanza nonostante la coscienza di problemi fisici o psichici conseguenti.

“fisiologici”: tolleranza ed astinenza

10. Tolleranza definita da almeno uno fra i seguenti:

- necessità di quantità marcatamente aumentate della sostanza per ottenere l'intossicazione o gli effetti ricercati.
- Effetti marcatamente diminuiti con l'uso continuato della stessa quantità di sostanza.

11. Astinenza definita da almeno uno fra i seguenti criteri:

- sindrome d'astinenza con caratteristiche specifiche per il tipo di sostanza.
- Assunzione della sostanza (o di una sostanza strettamente correlata) per alleviare od evitare i sintomi astinenziali.

La gravità del disturbo dipende dal numero di criteri posseduti nel corso degli ultimi 12 mesi: è lieve quando ci sono 2-3 criteri; moderata quando la persona presenta 4-5 criteri; grave quando ne ha 6 o più.

2.3.2 Le sostanze psicoattive

Una sostanza psicoattiva “agisce nel cervello in modo da alterare l’umore, i processi cognitivi o il comportamento” (Teesson et al., 2002).

Le sostanze possono essere divise in sostanze “*up*” cioè gli eccitanti che sono le amfetamine (e metamfetamine), la cocaina, nicotina, caffeina, ecc.

Le sostanze “*down*” cioè gli inibenti sono l’alcol, oppioidi, sedativo – ipnotici ecc.

Infine le sostanze “*all around*” sono gli allucinogeni, la cannabis, la fenciclidina ecc.

Gli effetti psicobiologici iniziali di uno stimolante come la cocaina sono i seguenti: aumento di energia, del grado di allerta, di attenzione, apprendimento, euforia; diminuzione dell’appetito. Più azioni positive ha la sostanza, più favorisce un rinforzo comportamentale.

Gli effetti psicobiologici iniziali di un disinibente come le benzodiazepine sono: diminuzione della tensione e dell’ansia; un aumento del sonno; le azioni positive della sostanza sono sempre considerate un rinforzo comportamentale.

2.3.3 L’approccio socioculturale

L’approccio socioculturale sostiene che siano i fattori ambientali e culturali a rendere più probabile la dipendenza da sostanze.

Ci sono molti studi che sostengono che le persone che hanno comportamenti antisociali hanno più probabilità di sviluppare problemi di dipendenza.

Una forte influenza è data dagli amici che hanno abitudini simili o che tentano di influenzare l’altro; anche la famiglia gioca un ruolo significativo sulla probabilità che le persone sviluppino problemi da uso di sostanze. “Il rischio di abuso di sostanze è maggiore in presenza di disarmonia familiare, in presenza di tecniche di gestione comportamentale scarse o inesistenti da parte dei genitori o di bassi livelli di legame all’interno della famiglia” (Teesson et al., 2002).

Coloro che hanno un livello socioculturale e scolastico basso sono a rischio di dipendenza da sostanze, così come le persone che sono cresciute in zone ad alto tasso di criminalità; non solo, anche chi frequenta compagnie che hanno comportamenti

antisociali e pure coloro che vivono in solitudine, che non presentano reti sociali ben consolidate e strutturate.

Capitolo tre

Le possibili reti sociali positive del tossicodipendente

3.1 Gli effetti di una rete sociale positiva

Una possibile risoluzione al problema da uso di sostanze, consiste in un lavoro sia intrapersonale che equivale ad un processo di costruzione della motivazione al cambiamento mediante il modello transteorico di DiClemente (2008), sia a livello interpersonale cioè fondato sulla costruzione di legami solidi ed efficaci con le persone (White, 2009).

Una varietà di prove hanno dimostrato quanto le persone con una rete sociale adeguata riescano a vivere più a lungo, ad essere più salutari e ad essere meno stressati a livello psicologico.

I fattori sociali comprese le caratteristiche della rete sociale, sono fortemente associati all'uso di sostanze, perciò i legami sociali appropriati, intesi come strategia di intervento, risultano favorevoli alla prevenzione, “riducendo così il tremendo fardello della tossicodipendenza” (Mericle, 2014).

Esistono due tipi di sistemi che possono essere d'aiuto alla persona tossicodipendente: quello formale e quello informale. Il primo è composto da educatori professionali, assistenti sociali, psicologi, psichiatri, medici, infermieri e terapisti di vario genere; il secondo sistema, invece, è composto da parenti, amici, vicini di casa, colleghi di lavoro i quali aiutano la persona a diventare autonoma e ritrovare una soluzione da sé (Maguire, 1989). In quest'ultimo sistema i legami che la persona può avere sono con “terapisti naturali” che a differenza di quelli del sistema formale non hanno delle competenze specifiche per dare aiuto alla persona; hanno quasi sempre una relazione personale, un interesse verso la persona bisognosa di aiuto, hanno una capacità innata di ascoltare, di consigliare, una sorta di empatia verso gli altri.

Per aiutare positivamente la persona con disturbo da uso di sostanze, è opportuno costruire attorno a lui una rete sociale per ampliare i legami interpersonali, per raggiungere un elevato coinvolgimento e attaccamento emotivo fra essi.

“Una rete più estesa e più eterogenea ha, ancora una volta, maggiori possibilità di mobilitare un numero più vario di risorse” (Maguire, 1989).

Punto di partenza per la costruzione di una rete sociale è soprattutto la percezione dei costi-benefici e il contesto in cui ci si trova.

“Ognuno sviluppa nuove relazioni con nuove persone o nuove reti quando il rapporto costi-benefici risulta soddisfacente; in seguito la relazione si rafforzerà se le ricompense reciproche aumentano e i costi, al contrario, diminuiscono” (Maguire, 1989).

L’obiettivo relativo alla costruzione di una rete sociale è quello di favorire la reintegrazione e la riconnessione della persona con altre: il primo processo corrisponde al reinserimento nella società ritornando ad essere alla pari delle altre persone; il secondo processo invece corrisponde al momento in cui la persona, entrando in relazione con altre, costruisce quel legame che favorisce la partecipazione alla vita sociale considerata fonte di sopravvivenza (Moore et al., 2015).

3.1.1 Il sostegno sociale

Il sostegno sociale ricevuto da una rete efficace è il più importante strumento per intraprendere la via del cambiamento.

“Il sostegno sociale può essere definito come un processo in cui si scambiano gli aiuti con gli altri per facilitare gli obiettivi di adattamento” (Cohen et al., 2000¹²; cit. in Groh, 2008).

“Il sostegno sociale non è né un trattamento né un intervento educativo, sebbene possa a volte contenere elementi di entrambi. È piuttosto un sentimento e un atteggiamento, nonché l’espressione di interesse e condivisione” (Maguire, 1989). A partire dalla definizione appena citata, per sostegno sociale si intende l’interesse, l’aiuto, l’ascolto che amici, familiari, vicini di casa mettono a disposizione dell’altro costruendo una rete di sostegno sociale.

Oltre ai sistemi di sostegno sociale composti dalle persone appena citate, esistono sistemi di sostegno comunitario i quali sono creati dall’insieme delle strutture e dei

¹² Cohen, S., Underwood, L.G., Gottlieb, B.H. (2000). *Social Support Measurement and Intervention*. New York: Oxford University Press.

servizi nei quali le persone con qualsiasi tipo di bisogno, anche socio-emotivo, possono accedere per ricevere aiuto; sono perciò le risorse che una comunità utilizza per risolvere i problemi di ognuno.

È facile trovare individui, che terminato il trattamento per curare la tossicodipendenza, hanno episodi di scivolamento o vera recidiva; talora la causa principale è la rete sociale, l'influenzamento e la condivisione di momenti insieme a persone che continuano a fare uso di sostanze; perciò si evidenzia l'importanza del sostegno sociale per prevenire questi episodi ed essere aiutati nell'orientarsi verso una rete sociale astemia o lontana dalle sostanze (White, 2009).

Esiste un sostegno strutturale e un sostegno funzionale. Il primo consiste nell'analisi della struttura della rete sociale che fornisce supporto, quindi il numero, l'interfaccia, l'interconnessione delle relazioni.

Il sostegno funzionale, invece, valuta la misura in cui i membri della rete forniscono aiuto adeguato l'un all'altro (Cohen et al., 2000; Cohen & Wills, 1985¹³; cit. in Groh et al., 2008). In questa dimensione si valutano più gli aspetti qualitativi del sostegno, perciò la qualità e il significato dell'aiuto che una persona offre all'altro (Groh et al., 2008).

Pensando al supporto sociale fornito ad una persona con problemi di tossicodipendenza, l'obiettivo che risulta maggiormente auspicabile è il benessere della persona, ottenuto attraverso la riduzione dei comportamenti a rischio. Esistono perciò due ulteriori sottocategorie: il supporto sociale generale, che proietta verso il benessere della persona, e quello specifico, legato cioè più ad una funzione specifica, ed ha come obiettivo il cambiamento di un comportamento, ad esempio il fornire supporto per evitare l'uso di droga (Groh et al., 2008).

“Il supporto sociale, laddove esiste, esercita una diffusa azione di protezione: la persona che può disporre di una fitta rete di amici e parenti risulterà sempre più protetta, di fronte alle difficoltà della vita, rispetto ad altre persone che ne sono prive” (Maguire, 1989). Inoltre si sottolinea quanto, per le persone che hanno alle spalle problemi di tossicodipendenza, avere una rete sociale di supporto efficiente permette all'individuo

¹³ Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. *Psychological Bulletin*; 98: 310–357.

stesso di percepire più positivamente la propria condizione di vita rispetto a soggetti che non possono usufruire di tali vantaggi.

Il sostegno sociale che dovrebbe ricevere una persona con disturbo da uso di sostanze è essenziale per poterla aiutare ad orientarsi verso un comportamento di salute sano; tutto ciò è dato da diverse reti sociali di cui il tossicodipendente può usufruire tra cui la Comunità in cui è inserito, Gruppi di Mutuo Aiuto, Ser.D. e Comunità Terapeutiche.

3.2 La comunità

L'approccio di rinforzo comunitario è un trattamento comportamentale, un approccio biopsicosociale, che si pone come obiettivo la gestione degli atteggiamenti negativi riguardo l'uso di droga aiutando la persona a riconoscere e adottare uno stile di vita sano ritenuto più gratificante di uno stile di vita in cui è presente la droga o l'alcol (Meyers, 2011; Roozen et al., 2004).

Diventa importante per i tossicodipendenti modificare l'ambiente in cui vivono ottenendo dei rinforzi positivi legati al loro comportamento sobrio proprio dalla loro comunità tra cui la famiglia, colleghi, amici (Smith et al., 2001).

3.3 I gruppi di mutuo aiuto

Il vantaggio principale dei gruppi di mutuo aiuto è proprio il sostegno sociale che riescono ad offrire ai propri membri (Groh, 2008).

La caratteristica principale è che questi gruppi prendono forma da reti naturali di amici che condividono uno stesso problema o interesse; la differenza con le reti naturali è che queste ultime sono gruppi non strutturati e non hanno bisogno di fissare finalità e obiettivi per esistere, a differenza dei gruppi di mutuo aiuto i quali per essere tali devono decidere deliberatamente quali saranno i membri, le finalità e gli obiettivi.

Le finalità dei gruppi sono molteplici: nel caso della tossicodipendenza sono quelle di aiuto e sostegno reciproco come ad esempio nei gruppi degli alcolisti anonimi.

“Ci sono gruppi di mutuo aiuto di tipo terapeutico, gruppi cioè che forniscono sostegno sociale ed emotivo ai propri membri cosicché essi possano impegnarsi costruttivamente nelle discussioni o nelle risoluzioni di problemi comuni” (Maguire, 1989).

Nonostante la diversità che esiste tra i possibili gruppi di auto aiuto, Maguire (1989) sostiene che tutti devono condividere le stesse caratteristiche:

1. Avere contatti interpersonali faccia a faccia o almeno avere un minimo di collegamento.
2. Essere un gruppo autonomo, autogestito.
3. I membri devono avere in comune un problema, un interesse, una difficoltà.
4. Devono essere composti da persone comuni, che si aggregano al gruppo in modo spontaneo per risolvere un problema percepito.
5. I membri devono manifestare fiducia nei confronti del gruppo stesso.

Ultimamente si è notato come queste società di mutuo aiuto nel recupero delle tossicodipendenze stiano crescendo di dimensioni e di presenza geografica (White, 2008).

In molte ricerche recenti è riportato quanto le persone con disturbi da sostanze partecipino attivamente a questi gruppi per molti motivi tra cui il sentirsi accettati, ascoltati, condividere esperienze simili, e ancora, condividere speranze, desideri, forze ecc. e tutto ciò permette di raggiungere la via verso il recupero al fine di assumere il controllo sulla propria vita (Groh, 2008).

All'interno dei gruppi si costruisce un senso di amicizia e i membri si scambiano consigli e si prendono cura l'uno dell'altro (Maguire, 1989). Viene più volte sottolineato quanto attualmente questi gruppi siano in aumento diventando una vera e propria alternativa al tradizionale trattamento professionale (Humphreys, 2004; Tonigan, Toscova, & Miller, 1996¹⁴; cit. in Groh, 2008).

¹⁴ Humphreys, K. (2004). *Circles of Recovery: Self-Help Organizations for Addictions*. Cambridge; Cambridge University Press.

Tonigan J.S., Toscova R., & Miller W.R. (1996). *Meta-analysis of the Alcoholics Anonymous literature: Sample and study characteristics moderate findings*. *Journal of Studies on Alcohol*; 57: 65–72.

Le motivazioni principali sono relative all'accesso volontario e gratuito a questi gruppi in cui si condivide uno stesso problema perciò si elimina la gerarchia di ruoli: "la terapia di auto aiuto è stata segnalata per essere più efficace e meno costosa della terapia tradizionale guidata da professionisti" (Groh, 2008).

Nonostante questi gruppi siano formati da membri che condividono uno stesso problema o difficoltà, e perciò gli educatori professionali ne siano esclusi, quest'ultimi interagiscono lo stesso con i gruppi di mutuo aiuto, senza modificarne l'autonomia e i rapporti che si creano al loro interno, ma semplicemente nel fare da tramite per indirizzare persone che hanno un problema condiviso da quel gruppo (gruppo alcolisti anonimi) oppure nello svolgere la funzione di "perno" per creare legami con altri gruppi di auto aiuto presenti nella comunità (Maguire, 1983¹⁵; cit. in Maguire, 1989).

La rete sociale, con la partecipazione volontaria a questi gruppi, aumenta di dimensioni mantenendo un numero stabile di amicizie durante la fase del recupero (Groh, 2008), costruendo legami in cui vige l'astinenza e il rinforzo che alimenta la motivazione al cambiamento (Donovan et al., 2013).

Comunemente le persone nel momento del bisogno orientano la loro richiesta di aiuto verso le persone di cui hanno fiducia; importante, perciò, è costruire quel sentimento di appartenenza dato dalla percezione di similarità che si crea tra i membri. L'effetto di questo sentimento è la coesione e il supporto che la persona percepisce di ricevere da tale gruppo.

Nel campo della tossicodipendenza, i gruppi di mutuo aiuto sono costruiti per aiutare la persona a non sentirsi sola, a costruire nuove reti sociali dove vige l'importanza dell'astinenza, della costruzione dell'autoefficacia e dei diversi punti di vista che permettono di vedere una situazione, un problema con occhi diversi.

Negli studi effettuati sui gruppi di mutuo aiuto nel contesto delle tossicodipendenze si è evidenziato come è frequente l'ambivalenza, nei soggetti appartenenti, e la volontà fluttuante; per fronteggiare ciò, è importante affrontare queste possibili dinamiche per rendere il sentimento meno minaccioso possibile (Donovan et al., 2013).

¹⁵ Maguire, L. (1983). *Networking for self-help: An empirically based perspective*. In Cox, F. et al. (a cura di), *Tactics and Techniques of Community practice*. (2° ed.), Itasca, Peacock.

L'obiettivo di una rete sociale positiva in relazione alla persona tossicodipendente è quello di una "ri-strutturazione della personalità, che conduca alla totale astinenza dalle droghe e a un inserimento adeguato nella vita sociale" (Pinkus, 1999).

3.4 Il Ser.D

Esistono anche servizi per le dipendenze (Ser. D.) distribuiti su tutto il territorio e inseriti nella Aziende Sanitarie Locali. Sono stati istituiti nel 1990 e sono riconosciuti come un servizio pubblico per tutte le persone che soffrono di disturbo da uso di sostanze; vi lavorano medici, infermieri, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali. È un servizio specialistico multidisciplinare che lavora per la prevenzione, riabilitazione contro il fenomeno della dipendenza; collabora con altri enti del territorio quali Tribunale, Carceri.

Maguire (1989) individua numerosi servizi che il Ser.D. offre:

- fornire informazioni generali sul fenomeno della dipendenza a utenti, familiari e alla popolazione;
- attuare interventi di prevenzione e di promozione sociale;
- curare la rilevazione epidemiologica del fenomeno e delle patologie associate;
- offrire formazione a professionisti di diverse aree;
- fare ricerca;
- offrire assistenza psicologica mediante attività psicoterapeutiche a gruppi, famiglie, singoli anche ospedalizzati o detenuti;
- effettuare visite a domicilio.

Il primo incontro dell'utente con disturbo da uso di sostanze per un'ipotesi di progetto terapeutico-riabilitativo si effettua solitamente al Ser-D. Durante il primo incontro, l'*équipe* traccia una mappa della situazione psicosociale del paziente, la motivazione che lo ha spinto a rivolgersi al servizio, e con motivazione si vuole intendere l'energia che sottostà all'agire.

L'obiettivo del primo incontro è quello di costruire una base stabile per poi costruire l'alleanza terapeutica tra paziente e professionista.

La possibilità di costruire un legame durevole è qualcosa di aleatorio dovuto alla frequente instabilità e alla scarsa attitudine verso l'esame di realtà della persona dipendente; di fronte a queste situazioni l'*équipe* deve evitare di essere manipolata dall'utente.

Una volta ottenuto un quadro chiaro delle risorse e limiti dell'utente, l'*équipe* sarà in grado di ipotizzare un corretto intervento terapeutico-riabilitativo.

La motivazione su cui il servizio lavora è quella del cambiamento; gli stadi del cambiamento sono cinque:

- precontemplazione: il paziente non è interessato al problema perciò non considera l'ipotesi di cambiare; il compito è quello di preoccuparlo e interessarlo al cambiamento.
- Contemplazione: il paziente inizia a prendere in considerazione la possibilità di cambiare; il compito previsto in questo stadio è quello di compiere la bilancia decisionale tra i costi del cambiamento e i benefici.
- Preparazione: il paziente si prepara al cambiamento; si impegna a creare un piano d'azione efficace e accettabile.
- Azione: l'utente attua un cambiamento iniziale; il compito è quello di implementare il piano e di revisionarlo al bisogno.
- Mantenimento: il cambiamento deve essere sostenuto; il compito è quello di consolidare il cambiamento nel proprio stile di vita.

3.5 La comunità terapeutica

Un'altra rete sociale di cui la persona con disturbo da uso di sostanze può avvalersi è la comunità terapeutica del territorio "strumento e luogo di cambiamento" (Maguire, 1989).

Esistono comunità residenziali o semiresidenziali, che accolgono chi è già stato sottoposto a disintossicazione fisica, in cui gli ospiti affrontano insieme la vita e le problematiche che hanno provocato una crisi nella loro storia.

Le domande poste dagli individui con questo disturbo sono in costante crescita per poter sostenere a lungo termine il recupero migliorando sempre più la qualità di vita.

La *mission* dell'*équipe* che opera nella comunità terapeutica è quella di costruire uno spazio protetto in cui svolgere gli interventi educativi per riprendere il contatto con la realtà; fornire sicurezza e un ambiente di vita sano dove avviare e sostenere il recupero definito come astinenza da sostanze stupefacenti e alcol mirando ad un benessere fisico, psicologico, sociale e spirituale (Society for Community Research and Action, 2013). Oltre a raggiungere degli effetti ottimali negli utenti, alcuni studi hanno riportato degli effetti benefici anche nel territorio in cui risiedono.

Pinkus (1999) afferma che la comunità residenziale o semiresidenziale resta:

- una proposta efficace per le persone con disturbo da uso di sostanze;
- una possibilità anche per chi in partenza pensa ad un'autoefficacia parziale o forse nulla, di sollecitare atteggiamenti nuovi e motivazioni diverse;
- un importante punto di riferimento per la ricerca di modelli comportamentali idonei.

Altre funzioni della comunità terapeutica riguardano:

- capacità di fornire un trattamento sistematico, che ricerca le motivazioni nel significato che l'uso della sostanza ha per il diretto interessato e descrive il concetto di riabilitazione/guarigione in relazione ad un modo di vivere considerato idoneo secondo la maturazione della persona;
- principale fattore terapeutico che si esprime dalle relazioni interne e che prende in considerazione i membri dell'*équipe* come modelli del cambiamento positivo della persona.

Il problema, sottolinea Maguire (1989), non è la droga ma la persona, e ciò spiega la ragione per cui la disintossicazione dalla droga è una condizione per l'ammissione e non l'obiettivo del trattamento.

Per coloro che provengono da ambienti socialmente svantaggiati, la dipendenza da droghe è considerato un disturbo sociale e la comunità terapeutica diventa un ambiente di apprendimento di uno stile di vita normale, che facilita l'inserimento nella società con la capacità di sentirsi responsabili, di essere produttivi e di rispettare le regole.

Lo stile di vita proposto dalla comunità terapeutica si caratterizza per l'adesione e l'osservanza a norme e valori ritenuti indispensabili per il buon esito del progetto, incoraggiando la persona a vivere il presente e rafforzando le motivazioni all'autorealizzazione e alla fiducia in se stessi.

Gli indicatori del processo di cambiamento nella comunità terapeutica sono gli aspetti psicologici (abilità cognitive, emotive) e quelli socio-relazionali (il senso di appartenenza alla comunità, la maturazione della socializzazione, l'acquisizione di un corretto stile di vita e lo sviluppo di maturità e responsabilità).

Capitolo quattro

L'educatore professionale nel lavoro di rete per i tossicodipendenti

4.1 L'educatore professionale

A partire dagli anni novanta, la figura dell'educatore professionale, riceve un riconoscimento giuridico con il Decreto del Ministero della Sanità 8 ottobre 1998 n.520. Tale professionista deve avere il seguente profilo: “l'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante (oggi laurea di primo livello), attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'*équipe* multidisciplinare, volti ad uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativi/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà” (DM n.520/1998).

L'intervento educativo non è da intendere solamente come un servizio per la persona, ma meglio, è un lavorare con la persona per produrre un cambiamento; a tal riguardo gli educatori professionali, nell'attuare gli interventi educativi, devono tenere in considerazione non solo l'obiettivo da raggiungere, ma anche il rapporto educatore/utente, poiché la relazione educativa è lo strumento principe dell'educatore professionale.

Il professionista deve perciò possedere metodologie e conoscenze che facilitano la presa in considerazione della personalità, del contesto di vita dell'individuo, proprio perché l'educatore professionale, oltre ad operare con l'utente, lavora anche con le famiglie e con il contesto sociale del paziente allo scopo di favorire il suo reinserimento nella società.

Le professioni non possono basarsi solamente su teorie, metodi e tecniche, ma devono fondarsi anche su un insieme di valori, principi e norme. Questi elementi fanno parte del codice deontologico nel quale vengono specificati i comportamenti, gli atteggiamenti e i doveri che in questo caso l'educatore professionale deve riconoscere come vincolanti per un corretto esercizio della professione (Forneris, 2012).

Il codice deontologico dell'educatore professionale è stato approvato dall'Assemblea Nazionale dell'ANEP nel 2002 e si articola in sei sezioni che declinano la responsabilità nei confronti: della propria professione, dell'utente, delle famiglie, dell'*équipe*, del datore di lavoro e della società.

In riferimento alla propria professione:

- formazione di base riconosciuta, aggiornamento e supervisione;
- operare per progetti con approccio relazionale e in un'ottica di confronto e verifica in *équipe*;
- programmare gli interventi in modo complessivo e globale;
- essere consapevole del potere insito nelle sue funzioni;
- non abusare della propria posizione e delle informazioni di cui è in possesso;
- segnalare ingiustizie e abusi.

In riferimento all'utente:

- rispettare la dignità ed evitare discriminazioni;
- non manipolare o utilizzare tecniche di costrizione;
- evitare relazioni personali;
- diritto all'utente di autodeterminarsi e diritto al libero arbitrio;
- rispettare la libertà d'opinione e di decisione;
- rispettare la normativa sui dati personali;
- segreto professionale.

In riferimento alle famiglie:

- relazionarsi direttamente e continuamente con le famiglie;
- potenziare le risorse personali e sociali di tutti i membri;
- segnalare fatti che mettono in grave pericolo la dignità o l'integrità dei suoi membri;
- saper delegare ad altri professionisti problematiche che non rientrano nelle proprie competenze.

In riferimento all'*équipe*:

- collaborare all'interno di *équipe* multidisciplinari;
- riportare tutte le informazioni;
- non interferire nel lavoro degli altri membri;
- rispettare e assumere le decisioni prese in *équipe*;
- segnalare, nel proprio ambiente professionale, comportamenti di colleghi non conformi al codice deontologico.

In riferimento al datore di lavoro:

- informarsi sulla filosofia e sulle norme dell'istituzione e perseguirle;
- partecipare al raggiungimento degli obiettivi e allo sviluppo dell'istituzione;
- informare e aggiornare i propri superiori;
- segnalare irregolarità.

In riferimento alla società:

- agevolare la partecipazione degli utenti alla vita sociale;
- creare rete con i servizi esistenti;
- rispettare e promuovere la multiculturalità.

4.2 Il lavoro di rete dell'educatore professionale

L'educatore professionale ha le competenze per riuscire a individuare la specificità delle reti ed è disposto ad accettare e lavorare insieme ai non professionisti riconosciuti come partner per il lavoro di rete.

L'educatore è formato per valutare tutti i fattori che compongono una rete sociale ottenendo un'accurata valutazione di quei legami che possono essere d'aiuto alla persona.

“L'operatore, procedendo a un'analisi sempre più chiara della struttura, dei modelli interattivi, del grado di intimità (o di forza) delle relazioni e delle loro potenzialità nel fornire sostegno e aiuto, acquisisce strumenti per rinforzare le reti quando esistono, per

stimolarle o crearle quando mancano e sono necessarie, e per lasciarle agire da sole quando dimostrano di essere autosufficienti” (Maguire, 1989).

L’educatore professionale, con le persone a cui è stato diagnosticato un disturbo da uso di sostanze, deve favorire una rete sociale efficiente, sobria e densa, permettendo una maggiore frequenza di relazioni tra i membri, più coinvolgimento e attaccamento emotivo, ma anche una maggior mobilitazione di risorse varie.

Nell’aiutare le persone tossicodipendenti ad incrementare le loro reti sociali positive, il professionista deve innanzitutto valutare i costi e i benefici di quella rete in modo tale da prevenire disagi con tale relazione; “la relazione si rafforzerà se le ricompense reciproche aumentano e i costi, al contrario, diminuiscono” (Maguire, 1989).

L’educatore professionale prima di favorire la creazione di una rete sociale che sopporta la persona tossicodipendente deve spiegare all’utente in che cosa consiste questo lavoro di rete. “Molto spesso gli utenti con questo tipo di disturbo si dimostrano riluttanti al ricevere aiuto da parte di amici, familiari” (Maguire, 1989) e le motivazioni possono essere varie. Una possibile ragione è che l’utente si trova imbarazzato a confessare il disturbo che ha; la seconda motivazione è la difficoltà che le persone tossicodipendenti hanno nel chiedere aiuto ad altri. “La gente ritiene normale riuscire a gestire i propri problemi senza l’assistenza di altri” (Maguire, 1989).

Il lavoro di rete che l’educatore professionale fa insieme all’*équipe*, è proprio quello che permette all’utente di non identificarsi come un problema o come un peso per le persone che le offrono aiuto. Questo lavoro deve essere gestito in modo tale da creare un rapporto di fiducia tra l’operatore e l’utente, ma anche tra l’utente e i membri della rete. La dimensione della rete personale si definisce chiedendo all’utente di individuare tutti i possibili individui della rete, dati i legami che la persona ha in cinque aree: amici, parenti, vicini, colleghi, altre persone. Dopo aver ascoltato l’utente, l’educatore professionale dovrebbe identificare tutti i familiari, amici, che potrebbero aiutarlo.

Le reti sociali che l’*équipe* riesce a favorire sono tutte risorse messe a disposizione dell’utente per aiutarlo ad affrontare e incrementare le capacità di *coping* facendolo diventare autonomo nella messa in pratica di comportamenti di salute adeguati.

L’educatore professionale dovrebbe fungere da mediatore tra la rete in costruzione e l’utente. Quando il membro della rete a cui ci si deve rivolgere è un altro operatore

professionale è consigliabile che i primi contatti siano presi direttamente dall'educatore professionale che dall'utente stesso.

Il problema si ha nel momento in cui il membro della rete non è un professionista. “Alle persone che sono ritenute idonee è necessario spiegare chiaramente e apertamente le ragioni del contatto, e il tipo di aiuto richiesto.” (Maguire, 1989). Nei casi in cui l'utente tossicodipendente sia insicuro di sé o di come l'altro (membro della rete) possa rispondere, l'educatore professionale potrebbe ricorrere al metodo del *role playing*. Attraverso questo metodo l'utente è posto di fronte principalmente a due situazioni. La prima in cui trova un membro della rete a cui chiede aiuto che è disponibile e risponde entusiasticamente; la seconda possibilità è quella di trovare un membro ambiguo in cui l'utente deve mettere in pratica delle strategie per convincerlo nell'offrire aiuto.

4.3 L'educatore professionale nel Ser.D e in comunità terapeutica

Il ruolo che l'educatore ricopre con le persone tossicodipendenti riguarda la capacità di interpretare i comportamenti facendo riferimento a modelli teorici diversi, dalla competenza che ha di pianificare e progettare interventi educativi individualizzati.

Questi fattori devono essere costantemente monitorati dall'intera *équipe*, aggiustati se necessario, per sostenere il cambiamento della persona con disturbo da uso di sostanze stupefacenti.

A questo scopo è necessario motivare la persona al cambiamento, trovare strategie diverse per non fare uso della sostanza, ma anche investire le proprie energie per ricostruirsi e ristrutturarsi una propria identità.

“L'esplicito riconoscimento, da parte dell'utente, della propria impotenza di fronte alla droga è premessa indispensabile per l'effettivo raggiungimento di queste due condizioni, in quanto non è altrimenti ipotizzabile che egli trovi le energie per un cambiamento profondo e costante, orientato su valori autentici e nuovi” (Pinkus, 1999).

Chiunque lavori con la tossicodipendenza deve essere consapevole che l'obiettivo del percorso terapeutico non è la guarigione, ma la cura, cioè l'aver cura delle persone assistite nei limiti possibili.

Le tecniche di intervento sono molteplici e possono essere classificate come segue:

- Interventi di motivazione: hanno lo scopo di aumentare la preoccupazione della persona rispetto alla propria problematica di dipendenza e la motivazione al cambiamento (Miller et al., 2014). Le tecniche più utilizzate sono:
 - il colloquio di motivazione;
 - la bilancia motivazionale.

- Interventi di sostegno: hanno lo scopo di incrementare l'interesse alla relazione d'aiuto con il professionista al fine di rafforzare la fiducia di sé. Questi interventi sono:
 - di sostegno affettivo;
 - di conferma;
 - di indirizzo/*feedback*.

- Interventi di modificazione: hanno come finalità un incremento o consolidamento della consapevolezza di sé. Vengono usate due modalità:
 - il confronto: condurre il paziente verso un esame di realtà riguardo le proprie esperienze di successo che insuccesso, le sue credenze, idee, i suoi pensieri;
 - la spiegazione: aiutare il paziente a riflettere costantemente e trovare un legame tra un'esperienza particolare e le sue motivazioni verso il cambiamento trovando un nuovo significato di vita e di sé.

4.3.1 L'educatore professionale in comunità terapeutica

Nelle comunità terapeutiche l'obiettivo che ci si pone nei confronti degli utenti dipendenti da sostanze è quella di fornire un'esperienza emotiva di carattere correttivo.

“La comunità terapeutica dovrebbe consentire un'elaborazione a livello simbolico di esperienze interpersonali che poi, nella loro interiorizzazione intrapsichica, portino all'individuazione, cioè alla presa di coscienza della propria identità e alla reciproca espressione delle identità tra i singoli” (Pinkus, 1999).

La comunità terapeutica per le tossicodipendenze richiede la presenza di un operatore che sia già formato per un'impostazione tale, e questa figura viene individuata dall'educatore professionale, che deve considerare come il motore del cambiamento, nel campo della dipendenza da sostanze, la relazione educatore-paziente.

L'obiettivo che il professionista si pone alla base del progetto educativo con il paziente è quello di comunicare una fiducia nelle sue capacità, competenze di divenire in futuro ciò che la persona vorrebbe diventare.

La relazione educatore professionale-paziente che si viene a creare è fondata su principi specifici quali la simmetria tra le due persone favorendo la negoziazione di obiettivi del percorso, e la percezione di essere accolto e ascoltato, facendo così assumere un ruolo centrale e attivo alla persona nella gestione della sua patologia.

“Il compito riabilitativo consiste pertanto nell'affiancare all'Io fragile e debole del tossicodipendente un Io ausiliario, che svolga un ruolo terapeutico, rassicurante” (Pinkus, 1999).

Il processo di ristrutturazione dell'identità deve partire da un confronto con il proprio passato da cui creare una progettualità futura coerente e reale.

L'educatore professionale è il professionista che trascorre più tempo vicino agli utenti della comunità, con la possibilità quindi di riconoscere e individuare gli stati d'animo e le modalità espressive nelle attività di lavoro, nella gestione dell'ambiente condiviso ecc... che vengono di seguito riportate alla conoscenza di tutti durante le riunioni d'*équipe*.

I professionisti accompagnano gli utenti nel recupero di una vita priva di sostanze per cui affiancheranno la persona nel lavoro protetto inteso non solo come relazione in un'ottica produttiva, ma anche come relazione con il proprio corpo, “un corpo che si sente, che suda, che è stanco o si riposa [...] permettendo a chi è portatore di sofferenza, di angoscia, di conflitto, di riprendere, all'interno della relazione terapeutica, le dispersioni emozionali, di ritrovare valori e fonti di energia bloccati, isteriliti e frammentati, di riconoscere e vivere la struttura della sua personalità, non più espropriata dalla dipendenza” (Pinkus, 1999). Il lavoro inteso come occasione di discussione diventa uno strumento per conoscere le persone e come vivono tra loro.

Anche il gioco ha la sua importanza. “Attraverso un'attività ludica organizzata si evidenzia il rapporto che la persona ha con se stessa e con il proprio corpo, rapporto che

spesso non esiste o, almeno, è deformato e distorto, in quanto il corpo è vissuto frequentemente come un'appendice scomoda, qualcosa di estraneo e di goffo, incapace di disinvoltura e scioltezza" (Pinkus, 1999).

L'attività fisica è finalizzata principalmente ad una sorta di scarica dell'aggressività la quale risulta molto accentuata in persone che stanno svolgendo il loro percorso terapeutico verso la totale astinenza dalla sostanza.

4.4 L'educatore professionale nei gruppi di mutuo aiuto

L'educatore professionale favorisce la creazione della rete sociale tra paziente dipendente da sostanze e gruppo di mutuo aiuto; egli è formato per intervenire in specifiche situazioni. La prima si riscontra quando l'utente non possiede o è carente di risorse personali e materiali, e l'educatore interviene incoraggiando la persona ad individuare e creare legami con associazioni che gli permettono di ampliare le relazioni interpersonali. La seconda situazione in cui la figura professionale interviene è quando le risorse ci sono, ma sono latenti per cui il paziente non è consapevole della loro presenza; molto spesso le persone non sono in grado autonomamente di valutare le capacità o le risorse che sono a loro disposizione, per cui si rivolgono ai servizi territoriali pensando di aver esaurito tutte le possibili opportunità in termini di risorse che avevano. L'educatore professionale potrebbe aiutare la persona tossicodipendente a costruire una mappa precisa della sua rete di appartenenza, rivedendo tutti gli attuali-potenziati legami, facendo in modo, attraverso una raffigurazione grafica, che arrivi autonomamente ad essere consapevole che esistono altre risorse disponibili.

La terza situazione in cui l'educatore professionale interviene si riscontra quando il paziente ha dei problemi seri e radicati e l'intervento di un professionista competente diventa il fattore essenziale per aiutare il paziente ad usufruire delle proprie risorse ed accettare la patologia.

L'ultima situazione è quando il paziente si trova carente di risorse non personali alle quali ha accesso l'educatore professionale e le potrà utilizzare "per rinforzare le capacità di auto aiuto della persona" (Maguire, 1989). L'utente sarà in grado di individuare i suoi punti di forza e le sue risorse grazie all'intervento dell'educatore professionale.

L'educatore professionale ha la funzione di individuare e mettere al corrente l'utente della disponibilità di questi gruppi, ma ha anche la funzione di leader dal momento in cui ha conoscenze e competenze sia relative alla conduzione di questi gruppi sia sugli aspetti tecnici relativi alla patologia o su un determinato tema.

Gartner e Riessman (1981¹⁶; cit. in Maguire, 1989) sostengono che all'inizio l'educatore professionale dovrebbe guidare la formazione di un nuovo gruppo di mutuo aiuto. Dovrebbe riconoscere i possibili membri, trovare una struttura dove poter svolgere le riunioni, fissare la data, condurre le prime riunioni, spiegare le basi dell'auto aiuto e facilitare la conoscenza tra i membri. Successivamente il professionista dovrebbe retrocedere e dall'esterno intervenire per qualche suggerimento, *feedback*, incoraggiamento. Al termine dell'accompagnamento l'educatore professionale non sarà coinvolto nel lavoro di gruppo, ma sarà chiamato dallo stesso nel caso si necessiti di aiuto.

Le risorse principali che i professionisti possono offrire sono:

- una sede dove poter svolgere gli incontri;
- un minimo supporto economico;
- informazioni ai *leader* riguardo risorse o agevolazioni che possono ottenere;
- una formazione, se necessario, sia ai membri del gruppo sia a colui che guida lo stesso al fine di trasmettere competenze adeguate per una buona riuscita dell'intervento educativo;
- un invio di utenti ad uno specifico gruppo di mutuo aiuto che sia in grado di fornire sostegno per una stessa problematica condivisa;
- una conoscenza del gruppo mutuo aiuto nella comunità e tra i professionisti sanitari;
- un supporto sociale ed emotivo al gruppo orientando, quando necessario, l'intervento dando delle direttive. Per cui l'educatore potrebbe fungere da supervisore dello stesso gruppo.

¹⁶ Gartner, F., & Riessman, A. (1981). *Help: A Working Guide to Self-Help Groups*. New York, New Viewpoint Books.

Discussione

Alla luce delle evidenze poste dalla letteratura emerge quanto sia frequente il fenomeno della dipendenza da sostanze in coloro che vivono in uno stato di isolamento sociale o in uno stato di solitudine.

La sostanza stupefacente diventa l'unico senso del vivere, l'unica "compagnia" accettata che la persona desidera; tutta la vita ruota attorno ad essa.

Diventa difficile, all'inizio, per un paziente tossicodipendente pensare come sarebbe la sua vita priva della sostanza, come poter ridimensionare il suo tempo, come riappropriarsi del suo controllo di sé, come pensare alla possibilità di ri-diventare padroni del suo corpo ed è proprio di questo che l'educatore professionale deve aver cura.

Lo strumento basilare è la relazione educativa la quale, nonostante la presenza di un'inevitabile asimmetria che si crea, diventa comunque un luogo di collaborazione, cooperazione e di scambio.

Il professionista attraverso questo strumento principe deve guidare il paziente nel prendere consapevolezza del proprio stato, e nel nutrire quel desiderio istintuale di voler guarire. Questo obiettivo viene raggiunto attraverso un percorso di accompagnamento svolto da un'*équipe* multi professionale la quale affianca il paziente verso la libertà dalla sostanza. Tale percorso avviene non solo con l'*équipe*, ma anche attraverso una rete sociale efficiente e supportiva che opera in modo unanime per uno stesso obiettivo: saper vivere senza sostanza.

La comunità terapeutica diventa un luogo protetto dove avviare progressivamente il reinserimento alla vita sociale, un luogo in cui costruire una propria responsabilità e autonomia al fine di "sganciare" l'anello della propria vita dalla catena della droga.

Conclusione

L'approfondimento teorico è iniziato esplicando che cosa si intende per rete sociale e soffermandosi maggiormente sulle caratteristiche insite in essa.

Successivamente si è fatto riferimento ad una rete sfavorevole la quale ha come rischio la tossicodipendenza; sono stati analizzati due principali fenomeni, la solitudine e l'isolamento sociale, i quali possono essere anche considerate fra le cause del disturbo da uso di sostanze.

Dal momento in cui una persona in stato di solitudine o isolamento sociale sviluppa la tossicodipendenza, importante è intervenire sia con un lavoro intrapersonale, ma anche interpersonale costruendo attorno ad essa una rete sociale che fornisca supporto alla persona con tale disturbo. Le possibili relazioni di aiuto che si possono instaurare con un paziente tossicodipendente sono con la comunità stessa in cui è incluso o dove deve essere incluso, i gruppi di mutuo aiuto, il Ser.D e la comunità terapeutica.

Infine si è approfondito il lavoro di rete che deve intraprendere l'educatore professionale collaborando con l'*équipe* multidisciplinare, soffermandoci maggiormente sull'operato del professionista nel Ser.D, nella comunità terapeutica e nei gruppi di mutuo aiuto.

L'educatore professionale nell'ambito della tossicodipendenza ha un valore cruciale ed è quello di accompagnare il paziente nel lavoro difficile che riguarda la ricerca e la costruzione di un nuovo senso della propria vita; tutto ciò è possibile con un lavoro di rete.

Bibliografia usata

Cacioppo, J.T., & Patrick, W. (2008). *Solitudine. L'essere umano e il bisogno dell'altro*. Milano: ilSaggiatore.

DECRETO 8 ottobre 1998, n. 520. *Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'art.6, comma 3 del Decreto Legislativo 1992, n.502.*

Gazzetta Ufficiale. (n.d.). Retrieved June 27,2017, from <http://www.gazzettaufficiale.it>

Donovan, D.M., Ingalsbe, M.H., Benbow, J., & Daley, D.C. (2013). *12-Step Interventions and Mutual Support Programs for Substance Use Disorders: An Overview*. Soc Work Public Health, 28(0): 313–332.

Fornieris, A. (2012). *Etica e Deontologia professionale: il Codice Deontologico dell'Anep in Scarpa P.N., (a cura di). L'educatore professionale. Una guida per orientarsi nel mondo del lavoro e prepararsi ai concorsi pubblici*. Maggioli Editore, Rimini.

Groh, D.R., Jason, L.A., & Keys, C.B. (2008). *Social Network Variables in Alcoholics Anonymous: A Literature Review*. Clin Psychol Rev., 28(3): 430–450.

Maguire, L. (1989). *Il lavoro sociale di rete*. Trento: Erikson.

Mericle, A.A. (2014). *The role of social networks in recovery from alcohol and drug abuse*. Am J Drug Alcohol Abuse, 40(3): 179–180.

Meyers, R.J., Roozen, H.G., & Smith, J.E. (2011). *The community reinforcement approach an update of the evidence*. Alcohol Research & Health, 33(4): 380-388.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2014). *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare*. Trento: Erikson.

Moore, D., Fraser, S., Törrönen J., & Tinghög, M.E. (2015). *Sameness and difference: Metaphor and politics in the constitution of addiction, social exclusion and gender in Australian and Swedish drug*. *International Journal of Drug Policy*, 26: 420-428.

Mowbray, O., Quinn, A., & Cranford, J.A. (2014). *Social networks and alcohol use disorders: findings from a nationally representative sample*. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 40(3): 181-186.

Nancy, J.L. (2005). *Noli me tangere. Saggio sul levarsi del corpo*. Torino: Bollati Boringhieri.

Nidecker, M., DiClemente C.C., Bennett, M.E., & Bellack, A.S. (2008). *Application of the Transtheoretical Model of change: Psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness*. *Addictive Behaviors*, 33: 1021–1030.

Niño, M.D., Cai, T., & Ignatow, G. (2016). *Social isolation, drunkenness, and cigarette use among adolescents*. *Addictive Behaviors*, 53: 94-100.

Pinkus, L. (1999). *Tossicodipendenze e intervento educativo*. Trento: Erickson.

Roozen, H.G., Boulogne, J.J., Van Tulder, M.W., Van Den Brink, W., De Jong, C.A.J., & Kerkhof, A.J.F.M. (2004). *A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction*. *Drug and Alcohol Dependence*, 74: 1–13.

Sacchi, A.M. (2008). *Corso di scienze sociali*. Bologna: Zanichelli.

Seo, D.C., & Huang, Y. (2012). *Sistematic Review of Social Network Analysis in Adolescent Cigarette Smoking Behavior*. *J Sch Health*, 82: 21-27.

Smith, J.E., Meyers, R.J., & Miller, W.R. (2001). *The Community Reinforcement Approach to the Treatment of Substance Use Disorders*. *The American Journal on Addictions*, 10: 51- 59.

Teesson, M., Degenhardt, L., & Hall, W. (2002). *Le tossicodipendenze*. Bologna: Il Mulino.

The Society for Community Research and Action—Community Psychology (2011). *The Role of Recovery Residences in Promoting Long-Term Addiction Recovery*. *Am J Community Psychol*, 52:406–411.

White, W.L. (2009). *The mobilization of community resources to support long-term addiction recovery*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36: 146–158.

Bibliografia consultata

Bentivoglio, F. (2005). *Droga e servizi: per un intervento sociale di rete*. *Affari sociali internazionali*, 33(3): 105 -110.

Brunori, L., & Raggi, C. (2007). *Le comunità terapeutiche*. Bologna: Il Mulino.

Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S., & Walter, G. (2008). *Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2): 238–258.

Coren, E., Hossain, R., Pardo, J., Veras, M.M.S., Chakraborty K., Harris, H., & Martin, A.J. (2013). *Interventions for promoting reintegration and reducing harmful behaviour and lifestyles in street-connected children and young people (Review)*. *Evidence – Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(4): 1140 – 1272.

Crawford, S., & Bath, N. (2013). *Peer Support Models for People With a History of Injecting Drug Use Undertaking Assessment and Treatment for Hepatitis C Virus Infection*. *Clinical Infectious Diseases*, 57(S2): S75–S79.

Cross, R., Laseter, T., Parker, A., & Velasquez, G. (2006). *Using social network analysis to improve communities of practice*. *Calif Manage Rev.*, 49: 32 – 60.

Kaskutas, L.A., Bond, J., & Humphreys, K. (2001). *Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous*. *Addiction*, 97: 891–900.

Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E., & Tonigan, J.S. (1999). *Community Reinforcement and Family Training (Craft): Engaging Unmotivated Drug Users in Treatment*. *Journal of Substance Abuse*, 10(3): 291-308.

Roozen, H.G., De Waart, R., & Van de Kroft, P. (2010). *Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment*. *Addiction*, 105: 1729–1738.

Simon, D. (2007). *Legame e relazione sociale nella Sociologia classica: Auguste Comte ed Emile Durkheim*. *Sociologia*, 40(1): 71 -76.

Vieno, A., Altoè, G., & Chieco, F. (2009). *Il ruolo del sostegno sociale nella relazione tra eventi di vita negativi e solitudine in adolescenza*. *Psicologia sociale*, 0(3): 437 – 454.

Westermeyer, J., Thuras, P., & Waaijer, A. (2004). *Size and complexity of social networks among substance abusers: childhood and current correlates*. *Am J Addictions*, 13:372–380.