

“DIONISO 9½

Comunità per il trattamento specialistico psico-riabilitativo di soggetti con dipendenza da Alcol e Polidipendenti a ciclo breve



Il mito dionisiaco

Dopo la nascita dalla coscia di Zeus, Dioniso viene allevato dalla zia materna Ino e dalle ninfe della valle di Nisa. Divenuto adulto, egli percorre il mondo insegnando agli uomini la viticoltura e istituendo ovunque il suo culto, che viene spesso avversato con l'accusa di seminare disordine e immoralità. Nella stessa Tebe, sua patria, Dioniso è perseguitato dal re Penteo, che ne vieta il culto, praticato soprattutto in orge notturne nelle quali i seguaci e soprattutto le donne, dette Menadi (cioè "folli"), svolgono cerimonie sui monti, agitando

fiaccole e tirsi in preda a una eccitazione collettiva nel corso della quale cercano la comunione con il dio a contatto con la natura e divorando carni crude di cerbiatti dilaniati. Ma la forza del dio è irresistibile e il suo avversario Penteo viene ucciso dalla madre stessa. Dioniso non è una divinità indoeuropea: le vicende della nascita e le forme del culto lo presentano come un dio mediterraneo della natura e della vegetazione, dio della vita e della morte, che impone il suo culto con una potenza terribile, nella quale trovano sublimazione gli impulsi segreti della psiche umana, che chiedono una forma periodica di liberazione perché l'uomo possa attingere la felicità nella comunione mistica con il dio della natura.



DESTINATARI

Il tipo di offerta è caratterizzata da un breve arco temporale e dalla focalizzazione sulla tematica della detossicazione, della diagnosi approfondita, della gestione del craving e della valutazione motivazionale si rivolge prioritariamente a:

- chi necessita di una fase trattamentale intensiva utile al reinserimento o al proseguimento del programma presso struttura terapeutico riabilitativa o pedagogico riabilitativa
- Adulti e giovani in dipendenza da sostanze, alcol e psicofarmaci in stato di intossicazione cronica che necessitano di un programma di detossicazione in ambiente protetto
- Adulti e giovani in dipendenza da sostanze, alcol e psicofarmaci in stato di astinenza per cui necessita programma intensivo breve indirizzato alla motivazione alla cura, assessment psiconeurodiagnostico, riequilibrio bioumorale ed energetico.

La struttura non è in grado di accogliere soggetti in:

- Stati di intossicazione acuta o astinenziali gravi (tremens e pretremens, crisi epilettiche, stati confusionali acuti o deliranti ecc..) e per cui necessita intervento medico sanitario intensivo
- Utenti con doppia diagnosi in asse I (demenze e deficit cognitivi gravi, psicosi organiche , schizofrenia e disturbi deliranti)
- Demenze o predemenze che necessitino d'alto contenimento.
- Tossicodipendenti in terapia sostitutiva per i quali non s'intenda procedere alla progressiva disassuefazione completa da sostanze.
- Patologie organiche acute o croniche scompensate
- Soggetti non autosufficienti
- Malattie terminali

LA LOGICA DEL TRATTAMENTO

1. I cambiamenti sostanziali si manifestano in genere all'inizio del trattamento e sono quelli che si mantengono nel tempo e si correlano all'intensità e specificità del trattamento,
2. la motivazione che nella prima fase si sostiene su componenti esterne(famiglia, lavoro, salute, giudiziarie) deve trovare criticità e consapevolezza ed essere assunta come scelta di guarigione
3. la storizzazione di esperienze frammentate attorno all'esperienza del consumo permette di dare un senso e una direzione al proprio futuro;
4. la ricontestualizzazione nell'ambito familiare e sociale del ruolo e delle reciproche istanze affettive ,chiarificando ed esplicitando i rapporti di codipendenza e invischamento avvia una possibilità di autonomizzazione e relazioni autentiche;
5. la valorialità della ASTINENZA in una dimensione sociale in cui solo in quanto CONSUMATORE si acquista visibilità e tracciabilità della propria esistenza, dà accesso alla possibilità di scelta

6. elaborazione e il trattamento dello stigma in quanto etichettamento prevenendo la cronicizzazione

OBIETTIVI GENERALI

La finalità della comunità è orientata alla ricerca di equilibrio utile sia fisico che psicologico per il prosieguo trattamentale del problema attraverso interventi di breve periodo con elevati contenuti sanitari integrati con azioni psico sociali e psico educative orientati ad una valutazione approfondita del problema e della motivazione al cambiamento. Gli obiettivi afferiscono pertanto all'ambito medico sanitario ed a quello psicoeducativo.

Obiettivi medico sanitari:

- Detossicazione
- Trattamento del craving e della sintomatologia neurovegetativa associata
- Riequilibrio biumorale(ASSE PNEI) e bioenergetico
- Assessment neuropsicodiagnostico

Le metodologie e le attività principali si riferiscono alla medicina allopatrica e metodi di MNC (auricoloterapia, fitoterapia,omeopatia), all' attività fisica intensiva di gruppo e a programmi individualizzati .

Obiettivi psicoeducativi

Riassetto cognitivo comportamentale : gestione del senso del limite, comunicazione e relazione autentica, riconoscimento dei propri bisogni e consapevolezza degli strumenti necessari al raggiungimento dei propri obiettivi , creatività e piacere

Valutazione psicoeducativa delle capacita' relazionali e dell'autonomia personale

Le metodologie principali utilizzate sono:lavoro di gruppo (terapeutico, educativo e espressivo), la partecipazione e organizzazione di vita e spazi comunitari con assunzione di ruolo nella gerarchia della relazione di aiuto, il sostegno psicologico individuale, i gruppi informativi e motivazionali

Parte integrante di tale ambito e vincolante l'inserimento in comunità è la partecipazione ai gruppi motivazionali per gli ospiti e i loro famigliari.

RELAZIONI CON LA FAMIGLIA

La presa in carico della persona alcolista e/o dipendente da sostanze non può prescindere da un lavoro terapeutico anche con le famiglie.

Vediamo quindi la necessità di incontrare le famiglie ove sia possibile già nel primo colloquio con l'utente prima dell'ingresso in comunità, presentando gli spazi e le possibilità terapeutiche offerte.

I Servizi invianti spesso hanno già in atto delle prese in carico famigliari, con gruppi appositamente creati, o con terapie famigliari in corso:auspichiamo che il contatto rimanga saldo e duraturo. Nonostante ciò, d'accordo con l'equipe inviante, riteniamo sia importante

coinvolgere la famiglia in questo tratto di percorso particolare quale è l'ingresso in comunità.

Verrà quindi richiesta una presenza di alcuni o tutti i componenti della famiglia (genitori e/o partner) ad alcuni colloqui su domanda dell'operatore gestore del caso e dell'equipe, per raccogliere le notizie della storia familiare anche da un altro punto di vista che non sia solo quello esclusivo dell'utente e per comprendere le possibilità di aiuto o risorsa all'interno della famiglia o al contrario individuare i nodi relazionali problematici.

Punto focale del percorso per la famiglia sono i gruppi multifamigliari che la comunità organizza nella giornata di sabato, ai quali è richiesta la presenza dei componenti della famiglia che lo desiderino solo dopo che l'utente abbia trascorso il primo mese all'interno della comunità. Durante questo tipo di gruppo vengono analizzate e confrontate le varie esperienze, diverse per storia ma simili per vissuti, e viene data la possibilità di chiarire i dubbi, le domande e di condividere le preoccupazioni.

Alla fine del gruppo gli utenti potranno trascorrere del tempo con i famigliari presenti, sempre che lo desiderino.

In un'ottica di percorso breve non riteniamo possibile né terapeutico interrompere drasticamente le relazioni affettive con i propri genitori e/o partner, ma crediamo altresì che sia importante coinvolgere attivamente le risorse famigliari, aiutando nella ricostruzione del luogo dove l'utente sceglie di vivere la propria vita.

LE FASI DI PROGETTO

Il percorso complessivo prevede una presenza massima di ca 9 settimane e mezzo, in relazione ai programmi tratta mentali individuali, ed è organizzato in 4 fasi: accoglienza domanda ed inserimento, Valutazione e progettazione, trattamento psicoeducativo e sanitario, dimissioni.

1. Fase Inserimento

La richiesta di presa in carico può avvenire tramite i servizi di riferimento o direttamente, il tempo intercorrente tra la fase di primo contatto e l'eventuale inserimento è di ca 10 gg.

- **Risultati di fase e Obiettivi**

Valutazione requisiti di ingresso

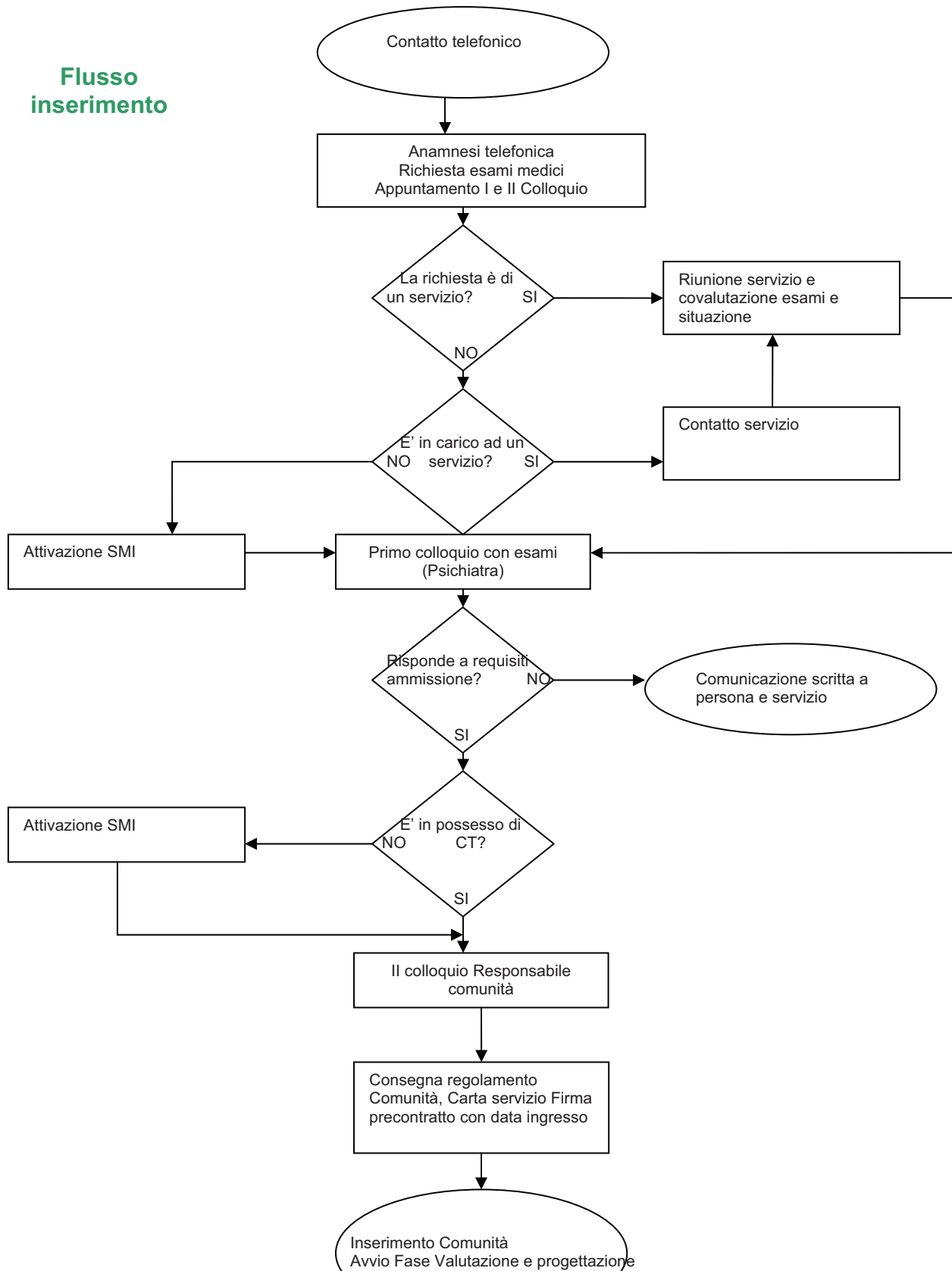
- **Out Put**

Pre contratto di inserimento
o Orientamento altri servizi

- **Attività principali**

Primo contatto e valutazione anamnestica
Colloqui di valutazione
Esami diagnostici

Flusso inserimento



Fase Valutazione e progettazione



Le persone sin dal primo giorno sono invitate a partecipare a tutte le attività previste dal sistema di offerta, compatibilmente alla situazione inerente lo stato fisico. La partecipazione alle attività tratta mentali di tipo sanitario ed a quelle di tipo psico educativo durante i primi 10 gg circa della fase sono orientate principalmente alla definizione di una valutazione approfondita

della situazione ed alla definizione di un programma di permanenza individuale.

Risultati di fase e obiettivi

Detossicazione e Trattamento del Craving per astinenti

Valutazione e riequilibrio asse PNEI

Valutazione psicorelazionale ed educativa

Assesment neuro psicodiagnostico

Valutazione fase motivazionale individuale

Out Put

Valutazione multidisciplinare

Progetto Comunitario Psicoeducativo Individuale: autonomia, autogestione, cura del sé, aspetti cognitivi.

Progetto Riequilibrio PNEI individuale

Contratto programma di partecipazione ospite e famiglia:

Attività principali

Trattamento sanitario

- Detossicazione: Terapia infusione, Terapia sostitutiva (alcover), Terapia psicofarmacologica a scalare, Auricoloterapia
- Trattamento del Craving in soggetti già astinenti: T. sostitutiva, Fitoterapia, Auricoloterapia
- Riequilibrio asse PNEI: Tecniche di rilassamento, Programma individuale attività fisica intensiva, Correzione abitudini alimentari con recupero ritmi fisiologici, Riequilibrio ritmo sonno veglia

Trattamento Psicoeducativo

- Colloquio con la famiglia e Valutazione delle risorse della rete
- Colloqui Psicoeducativi individuali
- Colloqui psicologici e psichiatrici I (indicazioni individuali per diagnosi)
- Lavoro di gruppo motivazionale ed informativo
- Gruppo Multifamigliare
- Gruppo Psicoeducativo con funzioni di sostegno all'accoglienza e all'inserimento comunitario

Fase Trattamento

La fase tratta mentale ha una durata relativa alla valutazione, al programma definito ed al suo monitoraggio: ha una durata massima di 6 settimane.

Il sistema di offerta tratta mentale è un sistema complessivo e pertanto gli ospiti partecipano a tutte le attività previste, il monitoraggio è affidato al responsabile di comunità che si avvale dell'equipe multidisciplinare per la regolazione degli obiettivi individuali.

Indicativamente le attività si articoleranno come segue:

Mattina – trattamenti sanitari – colloqui individuali ed attività fisiche di gruppo

Pomeriggio Gruppi terapeutici ed educativi, attività fisiche individuali

Sera tempo libero animato

Risultati di fase e obiettivi

- Riassetto cognitivo comportamentale
- Sviluppo capacità assertive (impulsività e senso del limite)
- Sviluppo capacità di gestione dello stress
- Sviluppo creatività e percezione corporea
- Sviluppo motivazione
- Capacità gestione del Craving
- Rafforzamento equilibrio asse PNEI
- Mantenimento astinenza

Out Put

- Valutazione percorso trattamentale
- Ipotesi progetto di sviluppo



Relazione tra attività ed obiettivi

Obiettivi	Riassetto cogn/comp.	Svil. capacità assertive	Svil. capacità gestione stress	Svil. creatività e percezione corporea	Svil. motivazione	Capacità gestione Craving	Raff.o equilibrio asse PNEI		
Attività principali									
Lavoro di gruppo psicoeduc									
Terapie espressive (arte/danza/ musica)									
Attività di mindfulness e rilassamento									
Tecniche Bio-energetiche									
attività fisica intensiva individuale e di gruppo									
Colloqui di sostegno psicoeduc.									
Terapie sanitarie sostitutive									
Gruppi multi familiare e motivazionale									
Vita comunitaria									

Fase Dimissioni

La comunità non si occupa della costruzione di processi di inserimento, ma considerandosi quale intervento fortemente specialistico intende restituire all'ospite ed alla rete di sostegno individuale gli elementi di valutazione e le indicazioni per il sostegno.

Negli ultimi 15 giorni di permanenza pertanto al responsabile della comunità è affidata la responsabilità di convocare servizi di riferimento e famiglia per a restituzione della Valutazione del percorso e l'ipotesi di prosieguo.

Risultati di fase e obiettivi

- Progettazione dimissioni e reinserimento con famiglia e servizio inviante:
- trattamento ambulatoriale territoriale
- proseguimento trattamento riabilitativo presso CT

Out Put

- Valutazione multidisciplinare
- Indicazioni di sviluppo progettuale

Attività principali

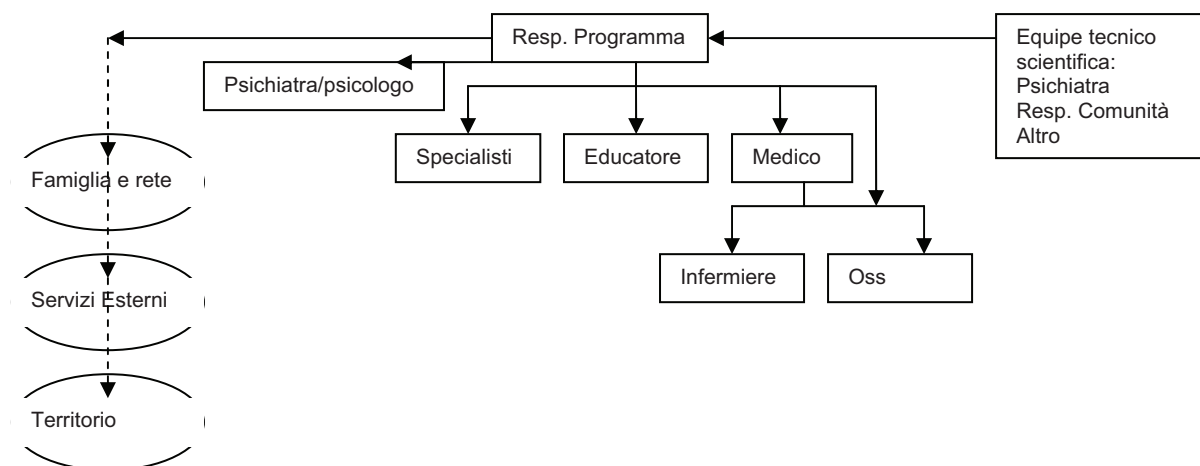
- Colloquio famiglia ed ospite
- Colloquio servizi

Organizzazione

La copertura delle 24 ore è così ipotizzata:

	H gg	8.00	9.00			13.00	14.00			18.00			23.00		9.00
medico	5														
infermiere	5														
educatore	15														
oss	8														
Specialista	5														

Organigramma



REGOLE, DIRITTI, DOVERI

L'esperienza della Comunità deve essere una precisa e libera scelta della persona che si avvicina a questo percorso riabilitativo.

Tale scelta impegna gli ospiti al rispetto del programma proposto e delle norme esplicite che regolano la vita comunitaria.

1. la comunità promuove tra i propri ospiti la possibilità di espletare il proprio voto politico e amministrativo, l'esercizio della propria fede e delle pratiche che ne derivano, la propria appartenenza politica, sindacale e culturale, la possibilità di mantenere e coltivare i propri interessi individuali, di curarsi, anche con medicine non convenzionali.
2. la comunità si propone di valorizzare le differenze di genere e di rispettare e tutelare, nelle proprie scelte operative, la dimensione del femminile e del maschile all'interno del gruppo.

3. la comunità, garantisce agli ospiti il diritto di espletare le proprie funzioni genitoriali e si propone come risorsa di accompagnamento e di sostegno.
4. la comunità garantisce come diritti a ciascuna persona i beni essenziali ed i servizi di base per l'alimentazione, l'alloggio, l'igiene personale, le cure sanitarie di base, l'informazione ed il tempo libero in misura uguale per tutti gli ospiti.
5. i beni ed i servizi individuali, ovvero l'abbigliamento, i prodotti per l'igiene personale, le cure sanitarie specialistiche, i farmaci e rimedi della MNC, le uscite personali programmate, le sigarette, sono a carico dell'ospite o della famiglia.

Tutela della Privacy

Al momento dell'ingresso ad ogni ospite viene presentata e fatta sottoscrivere la modulistica inerente alla Legge 196/03 sulla Privacy.

La documentazione personale degli ospiti è raccolta in apposite cartelle, in archivi protetti, alle quali accede solo il personale autorizzato.

La persona potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.L.196/03 potendo accedere ai suoi dati personali, chiedendone la modifica, l'aggiornamento, o la cancellazione, ovvero opporsi al loro utilizzo, per motivi di legittimità.

Tutela della salute

La salute degli ospiti viene seguita in maniera specifica dal medico della struttura e viene garantita l'adeguata assistenza medico infermieristica, anche avvalendosi delle strutture sanitarie esterne al servizio.

Ogni ospite continua ad essere seguito dal suo medico di base e dal personale medico se proveniente dal Noa e dal Sert di appartenenza.

L'aspetto sanitario medico è sicuramente importante, ma con tutela della salute s'intende anche aiutare gli ospiti a prestare attenzione ai bisogni del proprio corpo, avere cura di sé, non abusare di farmaci, seguire una dieta equilibrata e specifica, fare un'attività sportiva regolare.

Regole di comportamento

Il programma prevede un sistema di norme che regola la vita comunitaria nel quotidiano:

- Orario sveglia e fine giornata, pranzo, cena, riunioni, attività, ecc.
- Il coinvolgimento costante nella gestione dei lavori quotidiani (pulizie, cucina, lavanderia) e della manutenzione della casa, del giardino e dell'orto
- Procedure igienico-sanitarie

Regolamento interno

All'interno della comunità sono previste le seguenti regole:

1. Divieto di introdurre in comunità qualunque tipo di sostanza stupefacente. Eventuali farmaci prescritti dal medico vanno consegnati, per la somministrazione agli operatori.
2. E' vietato il consumo di bevande alcoliche
3. E' consentito fumare, in modo regolamentato e limitato, negli spazi e nei momenti stabiliti dal programma
4. Rispetto degli orari (inizio e termine delle attività, pranzo, pause ecc.)
5. Regolarità della frequenza alla comunità: ogni eventuale ritardo, assenza, uscita o spostamento dalla comunità deve essere programmata e concordata preventivamente con gli operatori.
6. Le uscite dalla Comunità avverranno con l'accompagnamento di un operatore, di un familiare o di un ospite senior individuato dagli operatori.
7. All' ingresso in Comunità il Responsabile del Programma concorda la modalità di gestione del denaro con l' utente. Non è consentito chiedere o concedere prestiti ad altri ospiti.
8. L'uso del telefono e dei cellulari è regolato e concordato con il Responsabile del programma e dallo staff terapeutico
9. Non è tollerata qualsiasi manifestazione di violenza.
10. Rispetto dell'ambiente e degli oggetti della comunità: eventuali danni dovranno essere risarciti.
11. Controllo regolare e periodico, senza preavviso, dello stato di astinenza mediante esami delle urine e/o Narcan-test

Uscite, Permessi e Visite

Gli ospiti sono tenuti a chiedere con un certo anticipo il permesso per allontanarsi dal servizio al referente clinico e responsabile del programma chiedendo il foglio di permesso. Nel caso d'uscite brevi l'operatore di servizio terrà un quaderno dove l' utente segnerà la data, l' ora di uscita, l' ora del rientro ed il motivo del permesso. Le visite d'amici e parenti vanno preannunciate e concordate con il responsabile del programma.

Le relazioni sentimentali

La teoria e la pratica terapeutica definiscono ostacolanti le forme di relazioni sentimentali elettive tra ospiti della medesima comunità. Lo staff terapeutico valuterà individualmente tali eventuali situazioni e deciderà se e come sia possibile la continuazione del percorso intrapreso.

Ricorsi e reclami

I ricorsi e i reclami devono essere indirizzati all'Amministratore Delegato di Relazione Impresa Sociale srl e inviati via raccomandata con ricevuta di ritorno presso la sede operativa in Via Ventura n. 4 20136 Milano o via mail con ricevuta di lettura a info@relazioneimpresasociale.it

I ricorso e i reclami non possono essere in nessun modo anonimi e devono riportare tutte le informazioni necessarie affinché la Direzione possa provvedere tempestivamente a contattare l'interessato comunicandogli l'avvio di una indagine interna che sarà attivata entro cinque giorni dall'avvenuto ricevimento del ricorso o del reclamo.

Al termine dell'indagine che non potrà comunque superare i trenta giorni il Consiglio di Amministrazione provvederà a fornire risposta al richiedente.



L'ALCOL

L'abuso e la dipendenza alcolica presentano caratteristiche peculiari rispetto a quelle delle droghe illegali, di cui bisogna sapere e tenere conto e tuttavia la dipendenza ha un pattern costante e riproducibile in sé poiché alla fine i circuiti neurofisiologici coinvolti sono identici per tutte le sostanze.

La principale peculiarità dell'Alcol è che si tratta d'una sostanza/droga legale, accettata e sostenuta da modelli culturali correnti, sottovalutata nella sua pericolosità bio-psico-sociale, disponibile e diffusa ad ogni livello e in ogni luogo, nonostante che L'Alcol sia la sostanza più frequentemente associata ad atti d'aggressività e violenza, auto-eterodiretta, infortuni, incidenti stradali, comportamenti antisociali e impulsivi in genere. L'Alcol altera fortemente le capacità lavorative, la produttività e le capacità e le funzioni sociali e relazionali dell'individuo, facendone un nucleo disfunzionale e un fattore di costo e disgregazione del tessuto socio-famigliare.

Inoltre è consumato spesso in associazione ad altre droghe o farmaci aggravando o producendo altri effetti tossici neurobiologici, psico-dislettici e anomalie comportamentali. Quando abusato da individui a rischio o sotto soglia per patologie mentali, spesso ne produce la slatentizzazione o la manifestazione e in ogni caso aggrava la prognosi di soggetti con malattie neuro psichiche. Negli adolescenti altera l'evoluzione delle strutture cortico frontali e ne inibisce le funzioni di controllo pulsionale e intellettive.

L'Alcol è la sostanza psicotropa che presenta i più gravi e persistenti effetti tossici danneggiando i tessuti e producendo patologie funzionali e d'organo somatiche e psichiche in modo acuto e cronico.

Effetti dell'alcol sui tessuti e sul metabolismo:

- attraverso l'azione diretta sulla membrana cellulare;
- attraverso i suoi metaboliti: acetaldeide e radicali liberi dell'ossigeno che inducono un processo di "invecchiamento "accelerato" che si evidenzia sul piano clinico nella frequenza di disturbi cognitivo comportamentali in individui abusatori di bevande alcoliche anche in età presenile;
- interferendo col metabolismo e l'assorbimento di nutrienti, farmaci e idroelettroliti;
- Interferendo e alterando l'asse neuroendocrino e in particolare il corticosurrenalico e il sistema dello STRESS inducendo così sia aumento del craving, sia deficit immunitario, sia disturbi dell'umore e del ritmo sonno veglia;

La suscettibilità individuale agli effetti dell'alcol è il risultato di una complessa interazione tra geni e ambiente. Gli enzimi coinvolti nel metabolismo dell'alcol sono polimorfi e

presentano variazioni genetiche che ne alterano le proprietà cinetiche, modulando la sensibilità individuale agli effetti della sostanza.

Ciò spiega la diversa modulazione dell'espressività genetica familiare della malattia alcolica e nello stesso tempo indica l'importanza dell'approccio olistico alla cura:

"Visione Olistica" significa tenere conto non solo della totalità ma anche del fatto che c'è un resto, un di più che rende il discorso di quel soggetto unico e irripetibile e che ciò fa di ogni cura la cura di quell'individuo e non di quella malattia."

In base a queste considerazioni appare chiaramente che un progetto terapeutico integrato della malattia alcolica debba comprendere sia la cura dei disturbi tossicologici che il riequilibrio del sistema PNEI (psico-neuro-endocrino-immunologico) che il riassetto delle relazioni sociali e familiari, nella logica d'una rinnovata collocazione etica del

soggetto nei riguardi delle logiche consumistiche e designificanti dell'attuale immaginario mediatico sociale.

LA COCAINA

L'associazione tra le due sostanze d'abuso ha determinanti socio culturali, neurobiologiche e biochimiche. Infatti alla classica considerazione che l'effetto sedativo dell'alcol riduce o controlla l'effetto psicostimolante della cocaina, si deve aggiungere il ruolo svolto dal cocaetilene, metabolita formato dalla combinazione delle due sostanze. Oltre ad essere estremamente tossico a livello epatico e cardiovascolare, sembra avere azione euforizzante e gratificante persino superiore alla cocaina a causa della prevalente azione dopaminergica non associata ad effetti inibitori serotoninergici.

In genere le due sostanze (alcol e cocaina) non hanno un peso paritetico nel comportamento d'abuso del soggetto, infatti si possono identificare alcolodipendenti abusatori di cocaina e dipendenti da cocaina abusatori d'alcol, quasi sempre si associa il consumo più o meno frequente di cannabis.

Le fasi e le metodologie del trattamento di entrambi i gruppi sono uguali e presuppongono la sospensione totale del consumo di sostanze, mentre differenze s'incontrano nei risultati attesi in quanto le ricadute nell'uso di cocaina sono più frequenti e meno controllabili delle ricadute alcoliche. La cocaina, infatti, introduce altri fattori di disequilibrio del sistema fronto-cortico- limbico e neuroendocrino, in altre parole l'asse HPA, i glucocorticoidi e le beta-endorfina, cioè il sistema dello stress.

E' infatti un dato acquisito che, nonostante che la cocaina possa indurre ansia e panico, mediante induzione del rilascio di CRH, l'esposizione a stimoli stressanti e avversivi può sensibilizzare l'individuo agli effetti gratificanti della droga in modo tale che questi ultimi siano più importanti del sottostante effetto ansiogeno.

Disfunzionalità e anomalie comportamentali sono a lungo nascoste o sotto traccia per la famiglia e l'ambiente poiché l'abuso è meno evidente e scoperto e quindi è spesso l'esplosione di una patologia mentale o crisi economiche lavorative a scoprire la problematica.

In base a questi dati si può ipotizzare la necessità da una parte di intervenire sulla regolazione del sistema neuroendocrino, dall'altra di indurre la creazione di vie di gratificazione alternative e fisiologiche che permettano all'individuo di riattribuire significatività emozionale e capacità gratificante agli stimoli "naturali" e quotidiani che sono stati oscurati e demotivati dal fascio di luce focalizzato dalla sostanza.

L'attuale difficoltà di proporre una terapia farmacologica sostitutiva efficace, nella logica della riduzione del danno, e la mancanza di farmaci avversivi o anticraving specifici, come per l'alcol, concentra significativamente l'attenzione su logiche trattamentali multidisciplinari integrate che intervengano a livello cognitivo comportamentale, psicologico, psicofarmacologico e socio culturale, attraverso l'attivazione e il coinvolgimento del sistema familiare, protagonista insieme al paziente della cura e l'utilizzo del gruppo, elementi già storicamente presenti nella metodologia trattamentale alcolologica.

COMORBILITÀ

Numerosi studi concordano nell'individuare una percentuale tra il 50 e il 65% di soggetti comorbili per disturbi psichiatrici di cui i più rappresentati sono i disturbi di personalità e in particolare BPD. Questo dato diventa ancora più consistente per il SUD da Cocaina in cui oltre al BPD è fortemente associato l'antisociale (DAP) e l'ADHD. Si considera che i due fattori predittivi negativi per la probabilità di ricaduta sono il numero delle disintossicazioni con ricovero e la presenza di un disordine di personalità.

LO STIGMA

La **stigmatizzazione** è il fenomeno sociale che attribuisce una connotazione negativa a un membro (o a un gruppo) della comunità in modo da declassarlo a un livello inferiore. Oggetto di studio della sociologia e dell'antropologia la stigmatizzazione è uno strumento utilizzato dalla comunità per identificare i soggetti devianti. Il teorico principale della materia è stato il sociologo canadese Erving Goffman che ha individuato le quattro fasi che portano all'attribuzione dello *stigma* sociale.

1. La prima fase consiste nella scelta delle differenze (biologiche, psicologiche, sociali o di altro tipo) che possono essere utilizzate per discriminare gli individui. Per es. in termini di differenze biologiche il colore degli occhi risulta di solito irrilevante mentre il colore della pelle assume la forma di categoria sociale.
2. La seconda fase consiste nell'attribuire degli stereotipi negativi a queste categorie *artificiali*.
3. La terza fase consiste nell'operare una distinzione tra *stigmatizzati* e *non-stigmatizzati*.
4. La quarta fase consiste nell'effettiva perdita di status per l'individuo stigmatizzato.

Reazioni alla stigmatizzazione

La maggior parte degli individui soggetti a stigmatizzazione cerca di ribellarsi a questo processo ritenuto ingiusto. Ciò è possibile grazie a tre modalità principali:

- Celare o tacere gli indizi su cui si fonda lo stigma sociale. non rivelando la propria diversità se non a un ristretto numero di persone fidate.
- Attuare *tecniche di neutralizzazione* volte a giustificare la devianza, soprattutto nei casi di devianza sociale.
- Cercare e organizzare una rete di aiuto comune tra stigmatizzati dello stesso tipo.

Alla stigmatizzazione si lega il processo **dell'etichettamento** (o **della reazione sociale**) che focalizza l'attenzione sul processo di costruzione del comportamento deviante non occasionale che sarebbe favorito, in maniera involontaria e paradossale, proprio dalla reazione della collettività e delle istituzioni.

Attraverso l'assegnazione dell'etichetta al protagonista di un atto trasgressivo , secondo la teoria dell'etichettamento, si innescherebbe un processo in grado di trasformare l'autore vero (o presunto) di un singolo atto in un deviante cronico. Influirebbero su questo processo sia le conseguenze della diffidenza, della disistima e della stigmatizzazione della collettività, in grado di ristrutturare la percezione di sé da parte del "deviante" ("convincendolo"), sia l'isolamento e l'esclusione sociale che materialmente le istituzioni totali (dal carcere ad alcune comunità) provocano. L'etichettamento produrrebbe quindi conseguenze deleterie sia a livello di rappresentazione sociale e di autopercezione che di opportunità e di frequentazioni.

Questo processo, soprattutto nel caso di soggetti deboli, può dare il via ad una vera e propria carriera di azioni devianti rendendo possibile anche il passaggio dall'atto originario a forme di cronicità anche più gravi, ed a un'ostilità o a un distacco dal corpo sociale. Secondo la teoria dell'etichettamento sarebbero vittime dell'etichettamento soprattutto coloro che compiono alcuni tipi di azioni che suscitano "allarme sociale" e che non dispongono di mezzi materiali nè di una reputazione o di uno status consolidato in grado di contrastare la penetrazione dell'etichetta. Inoltre la definizione stessa dei comportamenti da stigmatizzare (reati, o anche atti non penalmente rilevanti come il consumo di droghe), sarebbe influenzata dal diverso potere di influire sull'opinione pubblica e sulle leggi detenuto dagli strati più agiati. Per contrastare questo processo dannoso la teoria dell'etichettamento suggerisce parsimonia nella somministrazione delle azioni riparatorie, l'ampia adozione di misure alternative finalizzate al reinserimento ed alla cancellazione dell'etichetta (deistituzionalizzazione).

Oltre a ciò un'approccio che tiene conto della teoria dell'etichettamento previene il rischio di indurre l'effetto della profezia che si auto avvera o altrimenti definito il paradosso della predestinazione.