

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno VII, n. 27

MISSION n. 51

Board editoriale e Comitato scientifico: Giovanni Addolorato, Roberta Agabio, Fabio Caputo, Giorgio Cerizza, Mauro Cibir, Giovanni Galimberti, Ina Hinnenthal, Ezio Manzato, Antonio Mosti, Felice Nava, Biagio Sanfilippo, Valeria Zavan

Redazione: Mauro Cibir, Ezio Manzato, Felice Nava, Sara Rosa, Valeria Zavan

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:
missiondirezione@tiscali.it

Redazione Mission: Via Mazzini, 54 - 20060 Gessate (Mi)

SAGGI, STUDI E RICERCHE

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Progetto Ben Essere Donna. Intervento di prevenzione e promozione della salute rivolto a donne con problematiche alcol correlate

Cinzia Luigia Celebre*, Pamela Filiberto**, Claudia Milieich***

Introduzione

L’evidenza scientifica suggerisce una maggiore vulnerabilità fisica e biologica della donna agli effetti dell’alcol. È stato dimostrato che, rispetto agli uomini, le donne vanno incontro a intossicazioni più gravi bevendo minori quantità di alcol, sviluppano patologie più severe in tempi più brevi (Mancinelli e Guiducci, 2004) – si parla in questo caso di effetto telescopico – dimostrano danni più rilevanti nei processi cognitivi e nella prestazione psicomotoria, con maggiore rischio di rimanere vittime di incidenti e di violenze (Greenfield, 2002)¹.

Studi clinici condotti per determinare le caratteristiche degli individui al momento del loro inserimento in un programma di trattamento, hanno evidenziato che le donne tendono a entrare in trattamento dopo pochi anni di

abuso, ma al momento del loro ingresso presentano un quadro clinico più severo, comparato a quello degli uomini (Grella, 2008). In particolare, mentre nell’uomo l’alcolismo è più spesso associato a uso di sostanze, con poliabuso, e a disturbo di personalità antisociale (Compton *et al.*, 2005), la donna tende a riportare un maggiore *distress* psicologico e disturbi dell’umore come ansia e depressione. Inoltre, presenta conflitti interpersonali con la famiglia e problematiche legate alla genitorialità, una storia di traumi e violenze durante l’infanzia o in età adulta (Chapman e Gavrin, 1999).

L’attenzione alle differenze di genere nei problemi legati all’alcol emerge a partire dagli anni ’80 soprattutto negli USA, dove furono realizzati due importanti studi epidemiologici. Il primo l’*Epidemiologic Catchment Area* (ECA) evidenziò un rapporto uomo/donna di circa 5,17:1, mentre il secondo il *National Comorbidity Survey* (NCS) condotto dopo circa dieci anni evidenziò un sorprendente incremento della prevalenza di abuso e dipendenza da alcol nella popolazione femminile, con un rapporto uomo/donna di 2,45:1 (Mancinelli e Guiducci, 2004). Anche studi europei confermano il *trend* sull’uso di alcol nelle donne. Negli

* Dirigente Psicologa, S.C. Dipendenze Comportamentali e da Sostanze Legali, Dipartimento delle dipendenze dell’ASUITs.

** Psicologa.

*** Dirigente Psichiatra, Dipartimento delle Dipendenze ASUITs.

eventi organizzati in quegli anni², particolare attenzione fu dedicata al tema delle problematiche femminili legate all'uso di sostanze d'abuso e di bevande alcoliche in particolare (Mancinelli e Guiducci, 2004).

Storia dei trattamenti dedicati alle donne

Negli ultimi quattro decenni, le ricerche hanno sottolineato le differenze di genere nei disordini legati all'uso e abuso di sostanze e nella partecipazione ai trattamenti. Le donne mostrano di possedere delle caratteristiche psicosociali uniche associate all'abuso di sostanze. In particolare, manifestano uno scarso concetto di sé, bassa autostima, senso di colpa, biasimo autodiretto, e un'alta percentuale di disturbi dell'umore, come depressione, ansia, disturbo bipolare, ideazione suicidaria, disturbi alimentari, disturbi da stress post-traumatico (Ashley *et al.*, 2003).

Le terapie di cura nel campo delle dipendenze si sono evolute fino a incorporare un nucleo centrato sulle differenze di genere (Bloom *et al.*, 2003), in cui è presente la consapevolezza del ruolo del genere nell'influenzare le modalità di consumo e l'efficacia dei programmi di riabilitazione. Nel campo della ricerca comincia a svilupparsi un sostanziale filone di indagine sulle tematiche collegate al genere e ai comportamenti di abuso e si moltiplicano i primi programmi indirizzati ai bisogni specifici delle donne (Grella, 2008).

La situazione inizia a cambiare all'inizio degli anni '70³, con il conseguente abbandono del tradizionale modello generico di trattamento. In questi anni le principali ricerche si focalizzano sul periodo di iniziazione all'uso, sulla progressione della dipendenza, sugli effetti di alcol e sostanze a livello fisiologico, sul profilo clinico e i bisogni specifici di cura dell'uomo e della donna, sulle dinamiche sociali che facilitano o al contrario impediscono la partecipazione al trattamento (Grella, 2008). Ad esempio, i trattamenti focalizzati sul genere iniziano a tenere in considerazione i risultati di alcune ricerche che mostrano un'alta incidenza di esperienze traumatiche nelle storie delle donne così come del ruolo giocato dalle relazioni con il partner e con la famiglia nel determinare la dipendenza e il recupero delle donne (Covington, 2002).

A partire dal 1980 furono implementati diversi progetti nazionali con programmi e servizi dedicati in maniera specifica a donne in gravidanza e con figli – all'interno di programmi con partecipazione mista – con un conseguente incremento del numero di donne in trattamento (Grella, 2008).

Il diffondersi di programmi e trattamenti dedicati ai bisogni delle donne, a partire dalla fine degli anni '80 fino agli anni 2000, ha stimolato lo sviluppo di un numero crescente di studi volti a indagare le loro caratteristiche specifiche. Uno studio sperimentale condotto in Svezia con donne

a uno stadio iniziale di dipendenza da alcol, mostra una riduzione del consumo e un migliore adattamento sociale nel campione di donne inserite in terapie specifiche per genere rispetto a donne inserite in programmi misti (Dahlgren e Willander, 1989). Numerosi altri studi confermano l'efficacia di trattamenti orientati al genere (Orwin *et al.*, 2001; Greenfield e Grella, 2009; Greenfield *et al.*, 2007; Brady e Ashley, 2005). Nel 2004, l'Ufficio delle Nazioni Unite per il controllo della droga e della prevenzione del crimine (UNODC) – agenzia delle Nazioni Unite fondata nel 1997 – pubblica una monografia sul trattamento delle donne, nel mondo, con problemi di dipendenza. Nell'incontro di esperti riunitosi a Vienna diventa chiaro come molte delle tematiche che coinvolgono le donne dipendenti siano universali (Covington, 2008).

I modelli tradizionali di trattamento, come le comunità terapeutiche, cominciano ad arricchirsi di una serie più ampia di servizi, fino ad incorporare approcci terapeutici che supportano l'*empowerment* (Stevens e Arbiter, 1995). Questi consistono in proposte di un piano di lavoro centrato sull'identificazione e ricostruzione dei punti di forza delle donne, come le loro abilità sociali e di cura (Finkelstein, 1993). L'introduzione di queste novità è un passo importante se si considerano i risultati delle ricerche sulle comorbidità e i fattori di rischio. Ciò che caratterizza le donne che entrano in programmi di recupero – esposizione a traumi, disturbi dell'umore, difficoltà nelle relazioni – incoraggia infatti a considerare essenziale il lavoro sulle competenze e sul senso di efficacia personale (Grella, 2008). Lo dimostrano alcuni studi condotti su donne in trattamento che usufruiscono di maggiori servizi dedicati alla salute e al tema sociale, le quali riportano migliori risultati e una maggiore soddisfazione per il trattamento ricevuto (Smith *et al.*, 2002).

Teorie e modelli per il trattamento dedicato alle donne⁴

Con l'intento di fornire delle linee guida ai trattamenti specifici per donne, si sono sviluppati negli ultimi anni una serie di teorie e metodologie mirate al supporto della pratica clinica. Tra queste ricordiamo: l'approccio ecologico sociale (Stokols, 1996), la ricerca di azioni partecipative (McTaggart, 1996), la teoria dell'*empowerment*, il modello relazionale. Di seguito approfondiamo gli ultimi due approcci, essendo maggiormente in linea con l'approccio terapeutico seguito dal progetto.

La teoria dell'*empowerment* impegna gli operatori a pensare in termini di benessere anziché di malattia, di competenza invece che deficit, mettendo in evidenza i punti di forza piuttosto che le debolezze. I programmi di cura si propongono di fornire opportunità alle donne per riacquistare un senso di autoefficacia, autocontrollo e benessere, sostenendole nel loro percorso di ripresa della gestione

delle loro vite attraverso la riconquista di abilità e risorse funzionali (Belenky *et al.*, 1986).

Il modello relazionale è un paradigma teorico per lo sviluppo e il benessere psicologico delle donne. Partendo dal presupposto che ogni individuo è inserito in relazioni e che le relazioni con gli altri sono fondamentali per il benessere e la salute delle donne, i trattamenti che utilizzano questo approccio prestano particolare attenzione allo sviluppo di rapporti familiari sani, e relazioni significative con i pari e con gli altri (Belenky *et al.*, 1997).

Negli anni sono state proposte diverse forme di trattamento. Tra queste troviamo: servizi finalizzati a soddisfare le esigenze specifiche delle donne, come cure prenatali, educazione psicosociale, progetti di prevenzione da HIV o programmi di salute mentale; terapie di gruppo educativo e di sostegno, o forme di trattamento indirizzate al supporto dei molteplici ruoli delle donne. Tra le iniziative promosse sono compresi infine i programmi e servizi per sole donne, in un ambiente di trattamento esclusivamente focalizzato sulle tematiche e le esigenze legate al mondo femminile, dove un *setting* confortevole possa creare le condizioni per la discussione e la condivisione di esperienze comuni (Ashley *et al.*, 2003). A quest'ultimo gruppo appartiene il progetto Ben Essere Donna.

Il Progetto Ben Essere Donna

Analisi del contesto

Le donne che arrivano ai servizi specialistici per un problema alcol correlato sono in numero minore rispetto agli uomini. Tale dato risulta sottostimato in quanto il fenomeno è ancora sommerso. Nel 2017 sono afferite, alla S.C. Dipendenza da Sostanze Legali del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASUITs, 946 persone con un problema alcol correlato, di cui 259 sono donne (27,4%). L'abuso di bevande alcoliche rappresenta un fenomeno non ancora facilmente rilevabile, essendo spesso confinato nel privato o dissimulato per l'elevata riprovazione sociale. Questo rende difficile rilevare il fenomeno ed è motivo di riscontro tardivo.

Nel corso degli ultimi decenni, è tuttavia mutato il ruolo e la partecipazione della donna in una società che propone nuovi modelli di vita familiare, lavorativa e sociale, e che riduce le differenze di genere. Comportamenti giudicati socialmente per il sesso femminile, come il bere o il fumare in pubblico, sono oggi normalmente accettati (Scafato, 2004).

Le donne con problemi alcol correlati fanno parte di un gruppo molto eterogeneo, fra donne di ogni età ed appartenenza sociale. Il picco di maggior frequenza di un uso problematico per le donne si colloca tra i 35 e i 45 anni, anche se negli ultimi anni c'è stato un aumento dei consumi nelle fasce più giovani⁵.

Descrizione del progetto

Il progetto è stato avviato in via sperimentale nel luglio del 2012, con lo scopo di offrire un luogo accogliente rivolto a donne con problematiche alcol correlate, in carico alla S.C. Dipendenze da Sostanze Legali che, concluso il trattamento di disintossicazione, possano riappropriarsi di un benessere senza l'assunzione di sostanze psicotrope. Molte di loro provengono da contesti relazionali fragili e inadeguati a creare stabilità nei percorsi di cura, e manifestano la necessità di riprendere relazioni positive e di riscoperta della qualità della loro vita.

L'obiettivo generale è quello di integrare l'offerta di programmi terapeutici-riabilitativi che tengano conto delle differenze di genere e nello stesso tempo promuovere processi di inclusione sociale e sostegno di forme aggregative autonome, favorendo la partecipazione e l'*empowerment* delle stesse donne.

Gli obiettivi specifici del progetto sono: migliorare il quadro psicofisico di patologie alcol correlate; prevenire eventuali abbandoni dei programmi di cura (*drop-out*); contenere/eliminare l'uso di ansiolitici o altri farmaci sintomatici; riattivare una rete di supporto e di sostegno.

I risultati attesi sono: il miglioramento/stabilizzazione del quadro psicofisico e delle patologie correlate alla dipendenza; il mantenimento dell'astinenza delle donne che hanno concluso positivamente un percorso di disintossicazione; la prevenzione e/o contrasto ai possibili abbandoni del programma di cura (*drop-out*) nelle fasi di maggiore vulnerabilità; l'aumento dei momenti significativi di relazione e socializzazione delle donne coinvolte.

Le attività

Nel Centro di Promozione della Salute del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASUITs, un'équipe specialistica multidisciplinare ha attivato progetti personalizzati di promozione di stili di vita sani, proponendo trattamenti specialistici sanitari e di cura del corpo e del benessere psicofisico, interventi educativi e riabilitativi, attività di gruppo e di auto aiuto. L'équipe è composta da personale del DDD, con la collaborazione del privato sociale e del volontariato, con diverse figure professionali: un medico psichiatra, una psicologa, due educatori, una infermiera ed altri professionisti coinvolti su temi specifici.

La sede che si trova in una struttura del centro storico della città di Trieste, ha la particolarità di essere nel cuore della città vecchia, avere degli spazi accoglienti e un bel giardino, dove svolgere eventi all'aperto anche accessibili alla cittadinanza.

Per ogni persona inserita viene redatto un progetto di presa in carico personalizzato, che prevede i seguenti interventi:

- *counseling* informativo finalizzato all'orientamento all'interno della rete dell'offerta di cura, per promuovere scelte consapevoli;

- relazioni di ascolto dell'esperienza soggettiva e attenzione ai bisogni espressi;
- attività di cura del corpo e promozione del benessere utilizzando anche alcune tecniche della medicina naturale (es. idroterapia, la floriterapia e la fitoterapia) in un'ottica di *self-help* e di acquisizione di competenze per contrastare il rischio di ricaduta;
- incontri formativi e informativi teorico/pratici sui temi di corretta alimentazione e corretti stili di vita, con particolare attenzione al benessere attivato dal movimento;
- eventi aggregativi con uscite di gruppo, attività sportive e culturali, per potenziare le relazioni solidali e di autoaiuto, creare opportunità di integrazione sociale volte a migliorare l'autostima e l'autoefficacia;
- percorsi riabilitativi, di formazione e reinserimento socio-lavorativo in raccordo con i diversi attori della rete territoriale, con attività di supporto personalizzato e tutoraggio.

Due giornate settimanali con orario pomeridiano sono dedicate ai percorsi riabilitativi, mentre un sabato al mese è riservato alla programmazione e discussione degli eventi futuri. Inoltre, è prevista una serie di attività da realizzarsi al di fuori della sede. Tra le attività finalizzate alla promozione di relazioni solidali e integrazione sociale, ricordiamo: l'organizzazione di corsi ed eventi con altre realtà solidali, la partecipazione a spettacoli e manifestazioni, escursioni naturalistiche e culturali, l'organizzazione di momenti conviviali con familiari e amici, la realizzazione di eventi artistici come una mostra di arti visive e multimediali nell'ambito della prevenzione.

Il campione

Le donne che da luglio 2012 ad oggi hanno partecipato al progetto sono state 104, con un'età media di 52 anni. Il 61,5% sono donne con una diagnosi di dipendenza da alcol, il 25,1% con un problema alcol correlato associato ad un abuso di benzodiazepine, il 9,6% con una diagnosi di poliabuso ed il 3,8% con un problema di gioco d'azzardo patologico. Nel progetto sono state inoltre inserite 11 donne, con un partner alcolista, che evidenziano un problema di codipendenza.

Analizzando le variabili socio demografiche, al momento dell'inserimento le donne che risultano occupate sono il 48,1%, anche con un lavoro non stabile, il 27,9% sono disoccupate, 13,4% sono casalinghe ed il 10,6% sono in pensione.

Rispetto ai legami familiari il 54,8% delle donne risulta convivere con il partner, anche se quasi la metà di loro, il 49,1% (28 donne su 57), dichiarano di vivere un rapporto conflittuale con il partner. Il 31,7% sono single o separate e il 13,5% sono vedove. Ricostruendo la storia familiare delle stesse emerge che il 34,6% dichiara di essere stata vittima di maltrattamenti e/o violenza nella famiglia di origine o nella relazione con il partner.

Dall'avvio del progetto le donne che continuano un percorso di cura e di astinenza dagli alcolici sono il 70,2% (73 donne). Tra queste il 61,6% (45 donne) ha interrotto la frequenza del centro per motivi di lavoro e/o familiari, pur mantenendo un percorso di cura, mentre il 38,4% (28 donne) continua tutt'oggi a frequentare le attività del progetto. Dal 2012 ad oggi il 29,8% (31 donne) ha interrotto la frequenza in seguito a ricaduta nell'uso di sostanze e/o abbandono del percorso di cura.

Lo studio qualitativo: il focus group

Nel mese di dicembre 2017 è stato realizzato un *focus group* con un gruppo selezionato di 12 donne, con l'obiettivo di riflettere sul senso del progetto e sul valore che viene dato alle attività proposte. Le partecipanti sono state invitate a riflettere sulla loro esperienza, utilizzando il metodo del *brainstorming*. Partendo dalle parole chiave "benessere" e "donna", la discussione ha raccolto le diverse opinioni circa gli obiettivi del progetto, la percezione del benessere psicofisico, le motivazioni nel partecipare alle diverse attività, le aspettative e gli elementi di maggiore soddisfazione o insoddisfazione del progetto. Di seguito alcuni estratti commentati del *focus group*:

«"Benessere" come salute non solo fisica ma anche psicologica, stare bene con se stesse, stato di serenità, bisogno interiore di stare. Aver acquisito benessere con la mancanza di alcol». Il bere per tentare di vincere l'insoddisfazione e la sensazione di "essere prigioniere" di una condizione accettata per conformarsi al ruolo "destinato", è un dato clinico costante (Bracalenti, 2004). Ecco che il benessere diventa: «Soddisfazione di aver fatto qualcosa per me in questi ultimi anni, perché ho sempre dato. Adesso do qualcosa a me stessa».

L'importanza delle relazioni interpersonali viene sottolineata in particolare da una donna: «"Benessere" come stare bene anche in famiglia. Io adesso trovo questo benessere in famiglia perché, quando bevevo, avevo tutti contro di me. I figli arrabbiati, arrabbiati. E adesso trovo anche in famiglia questo ben stare».

Nella prospettiva dello *Stone Center's Relational model* (Surrey, 1997), è il basilare bisogno della donna di sentirsi ed essere in connessione con l'altro che la spinge a mantenere viva una relazione patologica (Bracalenti, 2004). Quando finalmente si prende consapevolezza della negatività della relazione che si sta vivendo, ecco che si parla di: «Libertà, nel senso di liberazione. Io non ero dipendente, ma avevo un marito dipendente. E quando ho deciso io di andare al posto suo a chiedere aiuto, è caduto un peso».

Le donne riconoscono di essere in possesso di abilità e punti di forza, e avvertono il bisogno di investire su questo potenziale per migliorare la propria vita (Sword et al., 2009): «Io sono dell'idea che le donne sono forti. Perché anche quanto va tutto male, sono comunque capaci di fare

qualcosa, di andare avanti. E allora le donne sanno come reagire, combattono e non si arrendono, sono delle guerriere». La forza è però collegata all'essere o al sentirsi sole. Si diventa guerriere da quando si nasce e per tutta la vita, o nel momento in cui è necessario fare da sole: «Io ho sempre dovuto fare tutto da sola. C'è stato l'aiuto, diciamo, le mani, l'aiuto concreto. Ma di testa ho sempre combattuto da sola, sempre».

Emerge un tema ampiamente affrontato in letteratura, che suggerisce come la dipendenza – o la codipendenza – nelle donne sia fortemente connessa a esperienze personali di *disempowerment* (Stevens et al., 2009): «Quando sono arrivata in alcologia ero al limite, veramente. Non sapevo più cosa fare. Non mi fregava più niente della mia vita. (...) Non ho mai accettato che lui bevesse, e alla fine ho divorziato e questo mi ha aiutato. Ma per prendere questa decisione ci ho messo anni, anni. Mio marito mi diceva che facevo schifo (...), tutto e di più mi ha detto nella mia vita. Ma lui non aveva ragione».

Il sentimento di isolamento e la vergogna per aver fallito possono rappresentare ferite narcisistiche estremamente dolorose che incrinano sia l'autostima sia il riconoscimento da parte di altri (Bracalenti, 2004): «All'inizio del mio percorso, quando le mie figlie hanno chiesto aiuto al posto mio, mi sono sentita molto umiliata. Ero una donna umiliata (...) ce l'avevo con il mondo intero. (...) I miei figli mi hanno umiliata, mi sono sentita la donna più bassa, sporca». E poi: «Io bevevo solo di notte, con una grave depressione, bevevo di notte. Di giorno, mai bevuto. Mai toccato alcol, perché mi vergognavo che qualcuno potesse vedermi così».

Emerge nelle donne la difficoltà nel formarsi un senso di identità personale, nel quale emerge l'abilità di separare i propri bisogni da quelli degli altri (Sword et al., 2009): «Il benessere per una donna è difficile. Perché siamo sempre a pensare agli altri, sono sempre gli altri davanti a noi che hanno la precedenza. Abbiamo sempre qualcuno a cui prestare le nostre cure».

Si discute in gruppo uno degli obiettivi del progetto, che consiste nel promuovere processi di sostegno e inclusione sociale. Come emerge dai racconti delle donne e confermato anche dagli studi, spesso il vissuto da alcoliste è segnato dall'isolamento e dalla distanza dalle tradizionali risorse di supporto. Così la partecipazione in un gruppo potrebbe ristabilire una connessione vitale e assicurare nuove risorse (Walde et al., 2002): «Non è mai abbastanza per me. Ogni volta è uno stimolo nuovo. Perché può succedere l'aggregazione così, nei discorsi, e può succedere l'aggregazione nei momenti ludici, nei trattamenti, quando siamo andate in gita, nelle piccole cose. E quindi per me è di vitale importanza».

Molti studi sottolineano che il dare e ricevere supporto sociale può essere un fattore strumentale al processo di recupero (Sword et al., 2009). Ascoltare i racconti di altre donne e seguire anche i loro miglioramenti incoraggia e infonde un senso di speranza (Sword et al., 2004): «Per me

è importante la socializzazione, l'universo femminile, questo sconosciuto. E sentire le storie delle altre mi dà forza». All'interno del programma le donne si sentono al sicuro perché libere da pregiudizi e manipolazioni, e in grado di condividere con altre le loro storie (Sword et al., 2004): «Si parla della vergogna e qua non si ha nessuna vergogna, siamo tutte più o meno uguali».

Attraverso il coinvolgimento nel programma, le donne rafforzano il proprio valore, elemento che risulta significativo considerando che le donne alcoliste tendono a manifestare bassi livelli di autostima (Sword et al., 2004): «All'inizio mi sentivo un po' imbarazzata. Dicevo: "mi merito tutto questo? Dopo che le ho combinate di tutti i colori?" Mi sentivo anche un poco in colpa di venire qua e di prendermi un qualcosa, di stare bene».

Conclusioni

Sebbene non siano disponibili dati sperimentali ricavati da un'indagine quantitativa, lo studio qualitativo effettuato mostra che il progetto sembra rispondere alle esigenze specifiche riportate dalle donne con patologie alcol correlate. L'esperienza operativa risulterebbe efficace nel rafforzare la motivazione al percorso di cura e di cambiamento, nel fornire competenze e strategie personali atte a superare la fase critica ed a fronteggiare le dinamiche tipiche della dipendenza. Le diverse *partnership* contribuirebbero a qualificare e arricchire ulteriormente l'offerta del servizio. Inoltre la disponibilità di uno spazio di cura e di aggregazione occuperebbe un ruolo fondamentale nel favorire la costituzione del gruppo, che col passare degli anni, è diventato sempre più numeroso ed autogestito. Il consolidarsi dei rapporti interpersonali è avvenuto anche grazie alla realizzazione di eventi che hanno coinvolto, oltre la rete familiare, il territorio cittadino.

Il progetto, alla luce delle testimonianze delle donne, diventa un percorso di grande valore per il loro programma di cura e guarigione. Il trattamento di riabilitazione promuove un cambiamento di atteggiamento delle donne coinvolte. Da fruitrici di un servizio, diventano così soggetti attivi facendosi loro stesse promotrici consapevoli di salute. Si passa quindi dall'auto-aiuto all'organizzazione di eventi di prevenzione sul tema alcol, lungo un *continuum* che vede le donne sviluppare competenze di vita e strategie di *empowerment*.

Note

1. Con "effetto telescopico" si intende il fenomeno per cui la donna, pur iniziando a bere più tardi, manifesta complicanze molto più precocemente rispetto all'uomo (Travaglini e Giardinelli, 2005).
2. Nel 1988 il Gruppo Pompidou organizzò il *First Pompidou Group Symposium on Women and Drugs*, e nel 1993 a Praga fu

presentato l'*International Expert Seminar on Women and Drugs*, seguito da un secondo *Pompidou Group Symposium on Women and Drugs* nel 1995.

3. Il *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) promuove il primo programma di trattamento dedicato specificatamente a donne con problemi di abuso da sostanze nel 1973-1974 (Grella, 2008).
4. Paragrafo tratto da Stevens S.J., Andrade R.A., Ruiz B.S. (2009). Women and substance abuse: Gender, age, and cultural considerations. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8(3): 341-358. doi: 10.1080/15332640903110542.
5. Dati ricavati dalla piattaforma mFp del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASUITs.

Bibliografia

- Ashley O.S., Marsden M.E., Brady T.M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 29(1): 19-53. doi: 10.1081/ada-120018838.
- Belenky M.F., Bond L.A., Weinstock J.S. (1997). *A tradition that has no name: Nurturing the development of people, families, and communities*. Basic Books.
- Belenky M.F., Clinchy B.M., Goldberger N.R., Tarule J.M. (1986). *Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind* (Vol. 15). New York: Basic books.
- Bloom B., Owen B., Covington S. (2003). Gender-responsive strategies. *Research, practice and guiding principles for women offenders*: 31-48. doi: 10.1177/0734016806288335.
- Brady T.M., Ashley O.S. (2005). *Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS)*. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. doi: 10.1037/e304222005-001.
- Chapman C.R., Gavrin J. (1999). Suffering: the contributions of persistent pain. *The Lancet*, 353(9171): 2233-2237. doi: 10.1016/s0140-6736(99)01308-2.
- Compton W.M., Conway K.P., Stinson F.S., Colliver J.D., Grant B. F. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*. doi: 10.4088/jep.v66n0602.
- Covington S. (2002). Helping women recover: Creating gender-responsive treatment. *The handbook of addiction treatment for women: Theory and practice* (pp. 52-72).
- Covington S.S. (2008). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of psychoactive drugs*, 40(sup5): 377-385. Testo disponibile al sito: www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1.pdf. Data di consultazione: 14 marzo 2018. doi: 10.1080/02791072.2008.10400665.
- Dahlgren L., Willander A. (1989). Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 13(4): 499-504. doi: 10.1111/j.1530-0277.1989.tb00366.x.
- Finkelstein N. (1993). Treatment programming for alcohol and drug-dependent pregnant women. *International Journal of the Addictions*, 28(13): 1275-1309. doi: 10.3109/10826089309062189.
- Greenfield S.F. (2002). Women and alcohol use disorders. *Harvard review of psychiatry*, 10(2): 76-85. doi: 10.1080/10673220216212.
- Greenfield S.F., Grella C.E. (2009). Alcohol & Drug Abuse: What Is "Women-Focused" Treatment for Substance Use Disorders? *Psychiatric services*, 60(7): 880-882. doi: 10.1176/appi.ps.60.7.880.
- Greenfield S.F., Brooks A.J., Gordon S.M., Green C.A., Kropp F., McHugh R.K., ..., Miele G.M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug & Alcohol Dependence*, 86(1): 1-21. doi: 10.1016/j.drugaldep.2006.05.012.
- Grella C.E. (2008). From generic to gender-responsive treatment: Changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(sup5): 327-343. doi: 10.1080/02791072.2008.10400661.
- Mancinelli R., Guiducci M.S. (2004). La donna e l'alcol: vulnerabilità biologica. *Ann Ist Super Sanità*, 40(1): 19-23.
- McTaggart R. (1996). Issues for participatory action researchers. *New directions in action research* (pp. 243-256). doi: 10.4324/9780203392935_chapter_13.
- Orwin R., Francisco L., Bernichon T. (2001). *Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: A meta-analysis*. Fairfax, VA: Center for Substance Abuse Treatment.
- Psicoterapeuta R. (2004). Aspetti psicologici connessi all'uso di alcol. *Ann Ist Super Sanità*, 40(1): 11-17.
- Scafato E. (2004). Epidemiologia dell'alcol e mondo femminile. *Ann Ist Super Sanità*, 40(1): 25-33.
- Stevens S.J., Arbiter N. (1995). A therapeutic community for substance-abusing pregnant women and women with children: Process and outcome. *Journal of psychoactive drugs*, 27(1): 49-56. doi: 10.1080/02791072.1995.10471672.
- Stevens S.J., Andrade R.A., Ruiz B.S. (2009). Women and substance abuse: Gender, age, and cultural considerations. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8(3): 341-358. doi: 10.1080/15332640903110542.
- Stokols D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American journal of health promotion*, 10(4): 282-298. doi: 10.4278/0890-1171-10.4.282.
- Surrey J.L. (1997). The relational model of women's psychological development: Implications for substance abuse. *Studies*, 335, 351.
- Sword W., Jack S., Niccols A., Milligan K., Henderson J., Thabane L. (2009). Integrated programs for women with substance use issues and their children: a qualitative meta-synthesis of processes and outcomes. *Harm reduction journal*, 6(1): 32. doi: 10.1186/1477-7517-6-32.
- Sword W., Niccols A., Fan A. (2004). "New Choices" for women with addictions: perceptions of program participants. *BMC public health*, 4(1): 10. doi: 10.1186/1471-2458-4-10.
- Travaglini R., Giardinelli L. (2005). Fenomeno alcolismo e differenze di genere. *Giorn Ital Psicopat*, 11: 437-444.
- Walde H., Urgenson F.T., Weltz S.H., Hanna F.J. (2002). Women and alcoholism: A biopsychosocial perspective and treatment approaches. *Journal of Counseling & Development*, 80(2): 145-153. doi: 10.1002/j.1556-6678.2002.tb00177.x.