



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia
e Psicologia applicata**

Corso di laurea in Psicologia clinico-dinamica

Tesi di laurea Magistrale

**Configurazioni di sé, del trattamento e del servizio in
consumatori di sostanze al momento dell'ingresso in
una comunità terapeutica: uno studio attraverso
l'Analisi del Discorso (DA)**

Configurations of the Self, the treatment and the service in
substance users at the moment of entering a therapeutic
community: a Discourse Analysis (DA) study

Relatrice:

Prof.ssa Elena Faccio

Correlatore:

Prof. Antonio Iudici

Laureando:

Berardelli Tobia

Matricola:

1198042

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE.....	5
1. “TOSSICODIPENDENZA”	9
Cosa intendiamo con “droga”?	10
Teorie, modelli e metafore della tossicodipendenza	12
Consumi, consumatori e servizi, oggi.....	22
2. ANALISI DELLA LETTERATURA.....	29
Droghe e ricerca.....	29
Alleanza terapeutica, drop-out ed efficacia.....	31
Analisi di pratiche discorsive.....	35
Identità e pratiche discorsive in una Comunità Terapeutica	38
3. PRESUPPOSTI TEORICI ED EPISTEMOLOGICI.....	43
Epistemologia e paradigma antropomorfo.....	44
Psicologia discorsiva e narrativismo	48
Sé e identità	52
4. OBIETTIVI E METODOLOGIA	57
Domanda di ricerca e obiettivi	58
Partecipanti e metodo di selezione	60
Strumento di ricerca.....	62
Metodologia d’analisi	64
5. RISULTATI	71
Come viene configurata la Comunità Terapeutica?.....	71
1.1 CT come rifugio	71
1.2 CT come liberazione definitiva	74
1.3 CT come scoperta di sé e di nuovi valori	77
1.4 CT come simbolo di cambiamento.....	79
2. Come viene configurato il trattamento?	82
2.1 Trattamento come disintossicazione.....	82
2.2 Trattamento come intervento psicologico	84
2.3 Trattamento come apprendimento di competenze.....	87
2.4 Trattamento come perseguimento di una vita ideale.....	89
2.5 Trattamento come esperienza incerta	91
3. Come viene configurato il sé?	92
3.1 Sé come persona incapace/a cui manca qualcosa, con esplicita richiesta d’aiuto	93
3.2 Sé come persona che non accoglie pienamente l’esigenza di un cambiamento	96
3.3 Sé come persona che esprime l’intenzione di provare a cambiare	99
6. DISCUSSIONE.....	103
Ricerca e riflessività.....	103
Analisi dei risultati.....	108
1. CT.....	108
2. Trattamento	115

3. Sé.....	122
7. CONCLUSIONI.....	131
Limiti e sviluppi	136
<i>Bibliografia</i>	<i>143</i>
<i>Ringraziamenti</i>	<i>157</i>

INTRODUZIONE

Il lavoro che segue nasce da una serie di osservazioni operate nel corso dei mesi trascorsi all'interno di alcune Comunità di recupero, propriamente “Servizi residenziali terapeutico-riabilitativi per tossicodipendenti e alcolodipendenti”, per lo svolgimento dei tirocini curriculari *pre-lauream* triennale e magistrale.

Nello specifico, queste sono andate a focalizzarsi attorno ad alcune criticità legate all'interazione utente-servizio, dettate al contempo dall'architettura strutturale e organizzativa e da prassi operative. Si è così portato avanti un ragionamento circa il senso che la comunità, e quanto viene esperito quotidianamente in essa, assume per coloro che ne fruiscono.

In particolare, la co-costruzione di una domanda d'aiuto esplicita e coerente con il programma è emersa come elemento di grande complessità, implicando una costante negoziazione dei significati relativi a sé e agli interventi funzionali al raggiungimento di obiettivi che sono generalmente poco operazionalizzati, oltre che scambi interattivi conflittuali circa il senso della permanenza nel servizio e i criteri con cui sancirne la fine. Ciò ha sottolineato la necessità di approfondire, valorizzando quanto le persone che consumano sostanze hanno da dire su di sé, le significazioni con cui i neo-utenti delle comunità accedono ai servizi.

Il focus di questa ricerca, dalla natura qualitativa, è quindi l'esplorazione delle aree relative alla definizione di sé, del trattamento e del servizio, rilevando come alcuni contenuti disponibili culturalmente vengano utilizzati per configurare realtà differenti, a partire da cui la Comunità assume un significato diverso per ogni persona.

La fase d'ingresso nel servizio è stata identificata come centrale, data la scarsa formalizzazione delle procedure che la costituiscono e la necessità di affrontare tempestivamente il bagaglio di conoscenze e competenze con cui le persone vi si approcciano (Iudici et al., 2020).

Si è quindi scelto di focalizzarsi specificatamente sugli utenti che hanno appena iniziato il percorso in una Comunità, approfondendo le loro configurazioni discorsive tramite una serie di domande aperte, scritte, analizzate al fine di ragionare sugli orientamenti all'azione che generano e, conseguentemente, sul valore che queste possono rivestire per la strutturazione di un servizio e di un intervento.

Come viene narrato il proprio disagio? A quali teorie si attinge per spiegarlo eziologicamente? Per quali obiettivi la Comunità viene ritenuta pertinente? Quali modalità d'intervento possono permettere di perseguirli?

E poi, come vengono utilizzati questi contenuti per posizionare sé stessi in relazione al servizio, lo staff e gli altri significativi?

Questi sono alcuni dei temi discussi, mantenendo vivido il presupposto che i partecipanti non siano monadi cognitivamente isolate ma parti di un processo interattivo culturale e istituzionale (Salvini et al., 2011), senza quindi ricercare una verità data e intrinseca ma ragionando sul senso strategicamente comunicativo che ha quanto rilevato.

La ricerca è preceduta da una serie di capitoli volti ad avvalorare la necessità d'interfacciarsi al consumo di sostanze a partire da una prospettiva pluralista ed ermeneutica, tentando di approfondire alcuni discorsi che ruotano attorno a esso.

Il capitolo 1, "Tossicodipendenza", è dedicato a un approfondimento del consumo di sostanze, inteso come realtà complessa che coinvolge una molteplicità di attori, la cui manifestazione è mediata da una serie di teorie e tipizzazioni che ne delineano le forme

(Zamperini, 2002) (Salvini et al., 2011). Si è ragionato sul significato di “droga” e le connotazioni che ruotano attorno a chi ne fa uso, fino a mostrare il valore che questa assume nella società contemporanea e le caratteristiche dell’offerta d’aiuto attualmente disponibile.

Il capitolo 2, “Analisi della letteratura”, rende conto del modo in cui la ricerca scientifica ha approcciato tali questioni, contribuendo a plasmare un determinato immaginario collettivo, per poi evidenziare lo stato dell’arte relativo alle tematiche prese in esame in questo lavoro.

Si è argomentato circa il valore strategico, oltre che relativo a questioni etiche e di diritto, di costruire percorsi che si muovano lungo un implicito di reciprocità e collaborazione con le persone che si rivolgono ai servizi, mostrando alcune delle implicazioni che ciò comporta, per poi approfondire il rapporto fra la permanenza in una struttura terapeutica e la propria costruzione discorsiva identitaria (Chen et al., 2016) (Janeiro et al., 2018) (Iudici, 2011) (Goffman, 1961/2010).

Il capitolo 3, “Presupposti teorici ed epistemologici”, ha permesso di esplicitare le premesse teoriche fondanti il senso e i metodi della ricerca, a partire dalla cornice epistemologica entro cui ci si è mossi, di natura antropomorfa, socio-costruzionista e interazionista (Harrè & Gillet, 1996) (Gergen, 1985) (Berger & Luckmann, 1997) (Blumer, 1969/2006).

Nel capitolo 4, “Obiettivi e metodologia”, vengono presentati la domanda di ricerca e gli obiettivi su cui sono stati poi progettati lo strumento e le metodologie per analizzare i testi raccolti, coincidenti con Analisi del Discorso e Teoria del Posizionamento (Mantovani, 2008) (Goodman, 2017) (Davies & Harrè, 1990).

Le persone che hanno partecipato alla ricerca sono state complessivamente ventisei, di genere maschile e femminile e appartenenti a quattro strutture differenti, incontrate entro quindici giorni dal loro ingresso nella Comunità.

I capitoli 5, 6 e 7 costituiscono rispettivamente “Risultati”, “Discussione” e “Conclusioni”.

Si è tentato di ragionare non solo nell’ottica della significatività di quanto rilevato, ma delle potenziali ripercussioni applicative che ciò comporta.

Il lavoro, infatti, non si propone di dimostrare alcunché in maniera ipotetico-deduttiva, ma ha uno scopo in prima istanza esplorativo, per analizzare alcune pratiche discorsive strategicamente centrali in un momento altamente significativo e rilevante quale l’ingresso in CT, ed è successivamente rivolto al sollecitare alcune riflessioni circa le tipizzazioni dei consumatori e le teorie relative al cambiamento su cui sono stati costruiti, e tutt’ora agiscono, i servizi d’aiuto.

1. “TOSSICODIPENDENZA”

Qualunque discorso relativo al consumo di sostanze psicotrope deve fin da subito sottolineare la natura situata, storicamente e contestualmente, e la molteplicità di prospettive a partire da cui la “droga” è stata pensata, studiata e contrastata.

Un’analisi della letteratura a oggi prodotta in relazione alle droghe è quindi un processo sincronico, in quanto coesistono modelli e teorie alternative, e diacronico, data la costante evoluzione del discorso relativo alle sostanze. Le voci coinvolte trascendono il solo mondo accademico, e vi è un elevato numero di *stakeholders*.

Differenti modalità di configurare l’ “oggetto” droga elicitano differenti elementi salienti, differenti configurazioni del consumatore e differenti aspetti ritenuti centrali per l’intervento.

La rappresentazione sottostante a ogni ricerca e il gruppo di premesse implicate “dispongono la selezione e la formulazione dei problemi, la determinazione di quali sono i dati, i mezzi da usare nella loro raccolta, i tipi di rapporto cercati tra i dati e le forme, in cui le proposizioni sono formulate.” (Blumer, 1969/2006, p. 73).

Prima ancora di ragionare criticamente sulle attuali conoscenze nell’ambito in questione è quindi necessario interrogarsi sugli impliciti su cui queste sono andate a fondarsi.

Il discorso sul consumo di sostanze si è orientato alla ricerca di un “perché?”, portatore di una domanda normativa e correzionale e permeato di giudizi valoriali, senza essere coadiuvato sufficientemente dall’approfondimento del “come”, ossia di un ragionamento circa la forma delle convinzioni e dei procedimenti conoscitivi adottati (Salvini et al., 2002) (Salvini et al., 2011).

A sua volta, parlare di “Comunità terapeutica” (d’ora in poi “CT”), implica confrontarsi con un’entità complessa e in costante evoluzione, che ha fatto il suo ingresso nel panorama italiano a cavallo fra gli anni Sessanta e Settanta, ispirandosi a esperienze nate principalmente nel territorio statunitense nel decennio precedente e al modello comunitario promosso in Inghilterra da Maxwell Jones.

Le prime realtà si fondavano su uno spirito volontaristico e spirituale, orientando l’intervento alla ricerca di una completa astinenza e avvalendosi spesso di un leader carismatico, con intento terapeutico-salvifico (Fenini & Briatore, 2002) (Raimo, 2012).

A partire da queste prime esperienze gli interventi rivolti all’utilizzo di sostanze psicotrope si sono moltiplicati ed evoluti, grazie anche al loro progressivo intersecarsi con i servizi pubblici e alla conseguente azione di regolamentazione e sistematizzazione cui sono andati incontro.

Considerando questo contesto mutevole, in cui si modificano le sostanze, le abitudini di consumo e i consumatori così come le offerte di aiuto, questo lavoro vuole offrire un contributo per analizzare l’incontro fra le persone che si rivolgono ai servizi e le modalità con cui le CT vi si interfacciano e si strutturano.

Cosa intendiamo con “droga”?

Circoscrivere l’ambito di pertinenza del termine “droga” è un primo passo fondamentale per chiarirne la natura complessa e multi-fattoriale, oltre che per operare una prima demistificazione di quanto considerato ovvio e auto-evidente dal senso comune (Turchi, 2009).

L'ideologia etico-politica risulta più pertinente di una mera definizione scientifica nel rendere conto della distinzione semantica fra droga e farmaco, oltre che delle sue ripercussioni (Salvini et al., 2011).

La connotazione di droga “buona” o “cattiva”, e quindi di rimedio o di mera sostanza stupefacente, si lega a scopi, contesti e valori d'uso (Ongaro Basaglia, 1982/2012), fino all'emblematica rappresentazione di “non droghe” relativa a sostanze legali quali alcol e nicotina, i cui costi sociali sono equiparabili, se non maggiori, ai loro corrispettivi illegali (Epstein, 1996).

Secondo Szasz (1974/1977) è nel termine *pharmakos* che si può rintracciare la radice etimologica di parole moderne come farmacologia e farmacopea, riferita al valore di “capro espiatorio”.

L'evoluzione in *pharmakon*, in cui coesistono la dimensione di medicina, droga e veleno, permette poi di sottolineare la fondamentale impossibilità di distinguere chiaramente fra droga e farmaco, riconducendo l'intero discorso a un processo di costruzione sociale piuttosto che di categorie ontologicamente date (Ongaro Basaglia, 1982/2012).

Per l'autore, la natura di capro espiatorio ha accompagnato la droga sino a oggi, facendo della sua denigrazione uno strumento funzionale al controllo sociale e all'attestazione dei valori ritenuti culturalmente condivisibili, con il supporto di una progressiva medicalizzazione e reificazione riduzionistica.

La negatività della droga non si limita alle sue proprietà intrinseche ma, nel discorso pubblico, all'atto stesso dell'assumerla (Zamperini, 2002).

Questa frattura si va via via acuendo tramite una riduzione biologica della discussione sulla droga e gli ideali di salute e malattia fondanti la società occidentale contemporanea, con il risultato di investire di esclusive qualità positive il farmaco, emblema della

possibilità di annullare qualunque negativo-sofferenza, e demonizzare invece quanto si attesta sull'altro versante della dicotomia (Ongaro Basaglia, 1982/2012).

Il consumo di droghe sembra aver accompagnato l'essere umano sin dal 4000 a.C. (Escobedo, 1996/2008) e un approccio storico permette di rendere conto delle molteplici fluttuazioni che ha subito sia relativamente alle modalità d'uso sia nelle pratiche discorsive che lo hanno via via accompagnato. Una specifica riflessione a riguardo sembra affermarsi solo a partire dalla fine del Settecento (Zamperini, 2002), dipanandosi in una molteplicità di ambiti del sapere che spesso mostrano la presunzione di poter esaurire il discorso entro i propri domini (Salvini et al., 2011).

La semantica di "droga" è anche fortemente vincolata alle pratiche di contrasto adottate e all'architettura dei servizi di aiuto offerti, in quanto entrambi co-partecipano alla sua costruzione sociale.

Piuttosto che provare a rispondere al quesito di cosa la droga sia, supponendo la possibilità di fornire una risposta univoca e a-situata, sembra più congruo tentare di rendere conto di come la "rappresentazione sociale" (Moscovici, 2005) della droga e dei suoi consumatori venga prodotta interattivamente attraverso processi intersoggettivi, a partire dai modelli che spiegano i comportamenti dei consumatori (Turchi & Fenini, 2002).

Teorie, modelli e metafore della tossicodipendenza

Come detto in precedenza, vi sono tracce di consumo di sostanze da parte dell'essere umano fin dalle prime forme di civiltà. Seppur spesso oggetto di attenzione in quanto elemento potenzialmente critico, questo si è attestato come fenomeno di vaste dimensioni

solo nel ventesimo secolo, a partire da cui è iniziata un'esplicita azione di contrasto volta a mitigarne i costi sociali (Escobedo, 1996/2008) (Raimo, 2012).

Senza entrare nel merito dell'efficacia, della legittimità e dei presupposti degli interventi passati e in atto, è fondamentale tentare di comprendere come i recenti eventi abbiano fortemente mutato il mondo del consumo di sostanze e il modo in cui “droga” e “drogati” sono socialmente costruiti.

Nel 2011, la American Society of Addiction Medicine (ASAM), forniva questa definizione di dipendenza: “...è una malattia cronica del cervello, riguardante l'area motivazionale, i diversi tipi di memoria e i circuiti ad essi collegati”, evidenziandone poi la natura recidivante e la possibilità diagnostica a partire da elementi fisiologici.

Qualunque tentativo di definire la dipendenza da sostanze si scontra con una realtà altamente complessa e finisce inevitabilmente con il conferire valori differenti ai diversi domini che la denotano.

Gran parte dell'attuale discorso pubblico e accademico si fonda su una presunzione di oggettività e imparzialità, avvalendosi di termini relativi al campo della medicina e colonizzando ogni altro sapere, fondandosi sul cosiddetto “realismo empirico (o monista)” (Faccio et. al, 2010), e di conseguenza ritenendo le teorie una conseguenza, e non un presupposto, della realtà. L'idea è quella di spogliare la droga del simbolismo che l'ha fin qui accompagnata per svelarne la natura di “nuda merce” (Castoldi, 1994), così facendo riconducendola al prevedibile, diagnosticabile e trattabile, esemplificabile nella condizione di “malattia” (prettamente biologica).

L'accostamento fra consumo di sostanze e malattia si è affermato solo nella prima parte del Ventesimo secolo (Acker, 2012), inserendo ufficialmente la diagnosi di “assuefazione alla droga” fra le malattie mentali elencate dall'American Psychiatric Association (APA)

nel 1934 (Szasz, 1974/1977), parallelamente alle prime grandi manovre proibizioniste (Escobedo, 1996/2008).

Al di là della sua pertinenza o meno, fondamentalmente impossibile da sancire data la natura di costruzione culturale di “malattia” (Acker, 2012), parlare del consumo di sostanze in questi termini ha conseguenze corpose sotto molteplici aspetti.

In linea con il processo in corso di sostanziale medicalizzazione della vita e di individualismo di massa (Ehrenberg, 1998/2010), il consumo di sostanze viene ridotto a mero sintomo, conseguenza di un disturbo sottostante o di una mancanza/eccesso (Turchi & Fenini, 2002). Il soggetto viene limitato a oggetto passivo di fronte alla sostanza, che diventa vera destinataria di tutte le riflessioni e degli interventi e isolata dal contesto sociale. A dispetto dell’esistenza di molteplici condotte e traiettorie di consumo che sconfessano l’idea di una progressione lineare e cronica (Nono Libro Bianco sulle Droghe, 2018) (Zamperini, 2002), la teorizzazione di consumo come malattia priva i consumatori di una qualsivoglia intenzionalità, promuovendo un messaggio anti-controllo suggerendo l’impossibilità di condurre stili d’assunzione non totalizzanti e regolati.

Il “terapeutismo” (Szasz, 1974/1977), inizialmente incompatibile con gli approcci più repressivi, si è poi affermato come uno strumento ineguagliabile per de-politicizzare il tema della droga, giustificare pratiche coercitive e indurre i consumatori stessi a praticare su di sé le etero-attribuzioni fin lì subite. Marginalizzazione e devianza sono state progressivamente patologizzate (Ongaro Basaglia, 1982/2012) e ogni opinione critica derubricata ad atteggiamento antiscientifico.

I consumatori hanno visto venir meno la possibilità di rifiutare le tipizzazioni loro apposte, data l’impossibilità di negare un sapere che si presenta come oggettivo e privo di ideali sottostanti.

Pensarsi malati permette anche di legittimare e reiterare le proprie condotte, accedendo a pene alternative in caso di illeciti e svicolandosi dall'etichetta di deviante e marginale, pur non rispettando le norme vigenti. Si parla a tal proposito di "identità perfette" (Turchi & Fenini, 2002).

Lo status di malato viene parzialmente meno in ambito penale, dove solamente gli stati di intossicazione cronica comportano la non imputabilità (art. 95 Codice penale), in apparente contraddizione con quanto detto finora relativamente alla non intenzionalità.

Il modello della malattia ha, però, permesso di affrontare l'innegabile disagio personale e sociale che talvolta consegue al consumo di sostanze con metodi alternativi a quelli repressivi, lenendo il senso di colpa vissuto spesso in seguito ai tentativi fallimentari di cessare i consumi (Acker, 2012).

A mio parere, questo è sintomo dell'incapacità di sostenere un discorso che, affrancandosi dall'idea di "colpa", sia in grado di contemplare la "responsabilità", riconoscendo l'apporto che ognuno fornisce alla costruzione del proprio disagio senza che questo porti a una stigmatizzazione e colpevolizzazione, fornendo strumenti d'aiuto a cui ogni cittadino ha il diritto di accedere a prescindere dalle condotte operate.

Una volta riconosciuta la complessità del tema in questione e la conseguente inadeguatezza del solo costrutto "malattia" a saturarne i significati, è centrale anche problematizzare la dimensione di "cura" e svincolare terapia e *counselling* dagli impliciti di controllo sociale che tuttora li accompagnano, riconoscendo la libertà decisionale dei soggetti e non vincolando l'aiuto a una condotta di astinenza (Epstein, 1996).

Il modello del vizio (Turchi & Fenini, 2002), storicamente antecedente a quello della malattia ma tuttora in voga, avvalora ulteriormente quanto detto.

Configurando i consumatori come devianti e trasgressori di una norma morale, si riconosce al soggetto una competenza e capacità intenzionale, paragonando il consumo di sostanze a qualunque altro comportamento in cui norme sociali e giuridiche vengano contravvenute. L'accostamento fra devianza e sostanze è stato indubbiamente acuito dalle politiche proibizioniste operate a inizio del secolo scorso negli Stati Uniti, laddove la cooperazione fra puritanesimo e terapeutismo, sottesa anche da motivazioni economiche e di stampo razziale, ha posto le basi per l'esacerbarsi del "problema droga" e della criminalizzazione del settore (Escohotado, 1996/2008).

Il controllo sociale viene così demandato ad agenzie di natura repressiva e stigmatizzante, non contemplando la dimensione di aiuto, concessa invece al "malato".

In questo caso per il consumatore è salvaguardata la possibilità di operare auto-attribuzioni differenti dalle etero-attribuzioni subite, in quanto la natura intenzionale dell'agito gli permette di significarlo con esiti differenti.

La centralità dei processi di etichettamento è stata approfondita a partire dagli anni Sessanta da studiosi quali Howard Becker, David Matza, Edwin Lemert ed Erving Goffman, i quali si sono affrancati da un riduzionismo individualista per contemplare come il processo deviante sia il precipitato di dinamiche che trascendono il singolo agente.

Concependo il "perché?" come un quesito mal posto e di scarsa utilità pragmatica, ci si è focalizzati sulle modalità, il "come", un agente divenga deviante e a partire da quali assunzioni venga considerato tale. I processi di devianza primaria e secondaria, di carriera deviante, stigmatizzazione e di prospettiva naturalistica sono alcuni fra i principali apporti di questi studiosi alla comprensione della devianza, e per esteso al processo di tipizzazione del "tossicodipendente" (Gherardini & Tesi, 2002).

Un altro aspetto dell'esperienza tossicomane che la emancipa da un riduzionismo biologico è la mediazione semantica che i suoi effetti fisiologici e fenomenologici subiscono: a fronte dell'assunzione della medesima sostanza, le esperienze dei consumatori differiscono in base a costrutti mentali e culturali, oltre che a fattori contestuali e situazionali (Salvini et al., 2002). L'atteggiamento reificante ha portato a porre maggior enfasi sulle peculiarità bio-chimiche proprie delle sostanze, ritenendo possibile una sovrapposizione fra comportamenti socialmente significativi e i correlati neurofisiologici dell'esperienza tossicomane. Ancora una volta è bene sottolineare la centralità della dimensione biologica, ma questa non può configurarsi come unico elemento d'analisi in quanto non è in grado di spiegare la diversità di comportamenti ed esperienze proprie dei consumatori, oltre che l'utilizzo e i valori connessi alle sostanze.

Le narrative usate per anticipare e spiegare i consumi hanno una forte rilevanza nel decorso del rapporto con la sostanza, e vanno considerate il risultato di un'interazione sociale piuttosto che costrutti endemici all'individuo (Järvinen & Ravn, 2015).

Il consumatore di sostanze è considerabile un agente di scelte, mediate dalla ricerca di una particolare esperienza di sé, che va via via costruendo un'identità centrata sulla sostanza. Questa evolve in relazione agli sforzi attivi della persona di conferire senso alla propria esperienza e adattarsi al contesto. A dispetto della sensazione di perdita di controllo e comprensione, i consumatori "sanno più di quanto possono dire", nel senso di delineare il consumo tramite molteplici significazioni pur senza un'esplicita formalizzazione e volontà (Burrell, 2010).

Le peculiarità simboliche e metaforiche connesse al consumo di sostanze psicotrope si sono evolute nei diversi tempi e contesti. Nonostante ancora oggi si riscontri il

conferimento di un valore magico a certe droghe, come anticipato si può riscontrare una progressiva laicizzazione dei consumi che ha via via tentato di ridurre la droga a mera sostanza chimica, concependo i suoi effetti come causalmente e rigidamente indotti da un'azione biochimica, di esclusiva pertinenza dell'ambito medico.

La natura magica e simbolicamente integrata a una dimensione rituale e collettiva è stata via via erosa, in particolare grazie ai progressi scientifici nell'ambito della farmacologia (Ongaro Basaglia, 1982/2012).

È con Ippocrate che la droga perde il suo carattere sovranaturale, convertendosi a strumento di cura, assumendo molteplici valori simbolici (Escotado, 1996/2008).

Nel complesso, l'utilizzo di sostanze si può considerare un processo costantemente in atto lungo la storia dell'essere umano, ma la sua natura problematica sembra essersi affermata come centrale nel discorso pubblico solo a partire da una serie di evoluzioni di natura sociologica, industriale, legislativa e simbolica, avvalorando la natura complessa e multifattoriale della questione e l'impossibilità di ascrivere i comportamenti di consumo socialmente costruiti alle esclusive caratteristiche intrinseche delle sostanze.

Le metaforizzazioni, intese come “forme linguistiche che possono contribuire a generare le esperienze che le persone hanno di sé, degli altri e del mondo” (Faccio & Salvini, 2007, p.123), contengono “modi di descrivere, di rappresentare, di costruire concettualmente la realtà, e soprattutto indicazioni per l'azione” (Faccio & Salvini, 2007, p.132), contribuendo a plasmare l'esperienza del consumatore. Allo stesso modo la costruzione sociale del “drogato” si avvale di elementi metaforici che, attraverso un reiterato utilizzo, convalidano la tipizzazione propria delle categorie stigmatizzate e ne diventano caratteristica naturale (Goffman, 1963/2012).

La droga è stata al contempo magia e morte, demonio e salvezza, rimedio e cibo o viaggio e immagine, ed è bene affermare la natura metaforica che riguarda anche il concepirla come malattia. Nel complesso, per rendere conto della natura polifonica e dialogica dell'esperienza drogastica, la droga può essere considerata “testo”, da interpretare ermeneuticamente (Zamperini, 2002).

Per rendere conto della multi-fattorialità del consumo di sostanze è possibile avvalersi di due costrutti differenti, la cui distinzione è puramente strumentale e non vuole suggerire assenza di contiguità e sovrapposizione: tossicodipendenza e tossicofilia.

Con “tossicodipendenza” si fa riferimento al “bisogno incoercibile e compulsivo di una droga, necessaria a mantenere un equilibrio fisiologico e a evitare i sintomi dovuti all'astinenza” (Salvini, 2002, p. 7).

Ci si riferisce così a una dimensione di necessità, la quale sembra via via aver saturato buona parte delle prospettive di studio e intervento sulla droga, avvalendosi spesso del “craving” come giustificativo a ogni comportamento di consumo reiterato (Anton, 1999) (Fenini & Baciga, 2020).

Le teorie sulla tossicodipendenza ricorrono così al costrutto di malattia e ad approcci di eziopatogenesi, medicalizzando i comportamenti dei consumatori (Di Maso et al., 2002).

Buona parte dei modelli considerano la dipendenza come risultato di una “forza deterministicamente intesa”, sia questa “bisogno” o “rinforzo”, farmacologico e biochimico. Varie sono anche le teorie relative alle predisposizioni individuali, di natura genetica, pulsionale, di personalità o psicopatologiche, talvolta valorizzando il ruolo di fattori ambientali e sistemico-familiari (per un approfondimento, vedi De Rossi & Vento, 2016).

Le variabili biologiche, metaboliche, neurochimiche e temperamentali non verranno approfondite in questa sede, seppur siano senza dubbio estremamente rilevanti nell'analisi dei fenomeni di astinenza e tolleranza, così come di piacere/benessere (Bressa & Pisanu, 2012) (De Rossi & Vento, 2016).

Altrettanto rilevanti, nelle conseguenze di etero ed auto tipizzazione e per le loro implicazioni, sono gli aspetti identitari che vanno a costruirsi in relazione all'idea di "tossicodipendente". La costruzione sociale del termine lo porta a rappresentare consumatori, ancor prima che persone, caratterizzati da assenza di auto-determinazione, mancanza di competenze cognitive e maturità, su cui buona parte delle proposte di intervento sono andate a costruirsi, contribuendo a generare la realtà che presupponevano di modificare (Iudici et al., 2013).

Parlare di "tossicodipendente", inoltre, implica muoversi sul piano del realismo monista, andando a trascurare le esperienze proprie di ciascuna persona e le modalità con cui i consumatori interpretano il proprio repertorio narrativo e comportamentale (Salvini et al., 2011).

Le variabili biologiche, incluse le predisposizioni e vulnerabilità genetiche, non giustificano in toto il trasformarsi di un rischio probabile in un consumo problematico.

È stato quindi introdotto il costrutto di "tossicofilia", con cui viene indicata "la ricerca da parte delle persone degli effetti gratificanti di una o più sostanze psicoattive, utilizzate per modificare intenzionalmente il proprio stato corporeo e mentale, ricavandone esperienze cognitive ed emotive dotate di senso e di significato soggettivo" (Salvini, 2002, p. 6). L'aspetto centrale è riscontrabile nel preservare un'idea di intenzionalità, negata dalla tossicodipendenza, tramite cui rendere conto dei modi in cui le persone

ricercano stati psicologici e fisiologici, cambiamenti o conferme della propria idea di Sé, così come esperienze sociali significative e di condivisione (Iudici et al., 2013).

Gli aspetti psicologico-sociali e biologici sono fondamentalmente inscindibili nel processo dell'esperienza drogastica, ma la loro giustapposizione può diventare utile ai fini di un intervento che voglia dar valore ai significati propri e unici della persona in questione.

È per il tramite e in conformità a questi ultimi, legati all'articolazione identitaria del singolo ed estrinsecati anche attraverso le tentate soluzioni con cui si prova ad affrontare il problema, che la persona sceglie i propri agiti (Salvini & Zanellato, 1998).

Parlare di consumo di sostanze per mezzo della tossicofilia permette anche di emanciparsi dall'idea che l'assunzione sia mossa esclusivamente da presupposti patologici, da categorizzare e diagnosticare.

Allo stesso tempo, questa sottolinea la natura situata delle pratiche discorsive relative alla droga e al suo consumo, valorizzando la matrice trans-individuale, intersoggettiva e individuale che le permea (Salvini, 2002).

L'approccio morale, stigmatizzante e focalizzato sui comportamenti, può essere coadiuvato, se non sostituito in toto, da uno votato all'analisi semiotica.

Ciò permette di valorizzare gli aspetti identitari e processuali vissuti dalla persona che consuma sostanze, imprescindibilmente in un preciso contesto (Iudici et al., 2013).

La tossicofilia, concepita come strategia cognitiva e narrativa, oltre che come paradossale cura di sé, ci permette di osservare le condotte a partire dalla prospettiva del consumatore, operando una rivoluzione conoscitiva tanto restia a manifestarsi nel campo delle dipendenze (Salvini et al., 2011).

Per concludere, la potenzialità di cambiamento è minata da *filia* e dipendenza bio-chimica, ed entrambi i domini richiedono di essere considerati in qualunque intervento, valorizzando un approccio multidisciplinare e d'equipe.

Consumi, consumatori e servizi, oggi

Una volta evidenziata la natura contestuale e situata del consumo di sostanze, è bene considerare lo scenario entro cui si vanno muovendo i consumatori oggi.

Questo, come precedentemente detto, è frutto di pratiche e narrazioni generate interattivamente, in luoghi e momenti differenti, a cui il sistema dei servizi di aiuto partecipa attivamente, convalidando teorie e promuovendo più o meno esplicitamente condotte e stili di vita.

I vari modelli che hanno trattato la droga come elemento sub-culturale e intrinsecamente legato alla devianza sembrano non essere più in grado di rendere conto di condotte che si sono svincolate da specifiche identità e contesti. La stereotipia propria della figura del “tossicodipendente eroinomane” consolidatasi nel secolo scorso fornisce una visione anacronistica e strumentalmente inadeguata, nonostante la reticenza a rivisitarla da parte delle agenzie preposte alla costruzione di pratiche d'aiuto.

La velocità dei mutamenti in atto è tale da indurre una fondamentale “contrazione del presente” (Rosa, 2010/2015), ossia una “crescita dei ritmi di decadenza dell'affidabilità di esperienze e aspettative...” (p. 13, *ivi*), che si configura come elemento critico per qualsiasi forma di intervento, che sia di contrasto o terapeutico.

Il World Drug Report (UNODC, 2019) stima in 271 milioni il numero di persone fra i 15 e i 64 anni che hanno consumato droghe nell'anno precedente, sottolineando una tendenza ascendente ormai ben consolidata. In Italia, il 20% dei giovani adulti consuma cannabis, l'1,7 % cocaina e si stimano 235.000 consumatori di oppiacei ad alto rischio (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019).

Al di là del costante affermarsi sul mercato di nuove droghe, in particolare le cosiddette *designer drugs*, sono le intenzionalità e gli obiettivi che sottendono i consumi ad aver subito un mutamento, seppur bi-direzionalmente influenzate dal sistema di produzione e commercio delle sostanze.

Il paradigma prestazionale (Chicchi & Simone, 2017), fondato su ideali neoliberisti di auto-realizzazione e impresa di sé, promuove un consumo che viene privato del suo significato collettivo per diventare asservito alla ricerca di un sé più performante, strumentale alla realizzazione di obiettivi secondari (Nizzoli, 2012). Piuttosto che il tentativo di trascendenza di un mondo censorio, assumere sostanze diventa coerente alla necessità di dover fare e dover essere (Byung, 2020/2012) (Bauman, 2005/2008), senza per questo trascurare la matrice di disagio psico-sociale da cui ancora oggi emergono esperienze di consumo problematiche.

Il ritardo della gratificazione è stato spogliato di valenza morale per diventare fardello e sintomo di inadeguatezza, contemporaneamente alla volontà di bandire e de-significare qualunque forma di sofferenza e impasse esistenziale propria delle società occidentali iper-medicalizzate (Byung, 2021)

La distanza, sociale e spaziale, fra consumatori e non consumatori è andata in parte svanendo fino a una situazione di forte prossimità, fisica ma anche culturale e simbolica, parallelamente a retoriche normalizzanti che fanno delle sostanze un'alternativa

percorribile anche per coloro che non si identificano nel “tossicodipendente” emarginato (Lombi, 2012).

Se, come afferma Ongaro Basaglia (1982/2012), “il controllo e il dominio sulle cose e sulle esperienze è proporzionale alle alternative di cui si dispone” (p. 116, ivi), le classi egemoni sono tuttora in grado di asservire l'utilizzo a bisogni e desideri propri di una cultura dominante a loro assonante, mentre i meno agiati subiscono in maniera più passiva, seppur ancora intenzionale, la natura drogastica della società contemporanea.

La poli-assunzione è diventata ormai la norma, parallelamente all'incrementarsi di condotte d'uso moderato che vanno a incrinare l'idea di ineludibile dominio della sostanza sulla soggettività che ne fruisce.

A dispetto dei mutamenti in atto, i servizi incontrano difficoltà ingenti nell'evolversi coerentemente alle richieste d'aiuto che pervengono loro.

Il lavoro di ricerca che si andrà a dipanare nei capitoli successivi ha, tra gli altri, lo scopo di rilevare come l'utenza si approccia a un servizio, la Comunità Terapeutica residenziale, il cui assetto organizzativo e comunicativo risulta obsoleto fintanto che questa non sia in grado di aggiornarsi in relazione alle persone, i contesti e le richieste che vanno via via modificandosi.

La Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia (Dipartimento Politiche Antidroga, 2021) evidenzia come i Serd abbiano attualmente in carico 125.428 utenti, da sommarsi alle 65.520 persone che usufruiscono di servizi per questioni relative all'alcol (Ministero della Salute, 2019).

L'età media è in aumento (50 % ha fra i 30 e i 40 anni) e la netta maggioranza degli assistiti è maschile (86 %).

Dell'utenza, la gran parte consuma eroina (62 %) o cocaina (22 %) come sostanza primaria, con la seconda in costante aumento. Ben il 26 % (14.148) della popolazione carceraria ha problemi di tossicodipendenza (Dipartimento Politiche Antidroga, 2021).

Per comprendere maggiormente questi numeri è estremamente rilevante analizzare come i servizi siano andati trasformandosi, a partire dalla prima Legge sulla droga (n. 685, 22 Dicembre 1975) a oggi.

Si è già brevemente accennato alla natura terapeutico-salvifica delle prime esperienze d'aiuto, ed è importante sottolineare come queste, muovendosi sugli impliciti di una droga incontrollabile e intrinsecamente sbagliata, abbiano fondato le basi per approcci particolarmente rigidi e votati alla sola astinenza.

La selettività propria dei programmi residenziali, in quel momento generalmente le uniche alternative disponibili, si manifestava in richieste insostenibili per un'utenza che entrava nelle strutture a causa di un malessere spesso contingente che, una volta sopito, non giustificava più il prosieguo del programma (Grosso, 2012).

Con il problema AIDS, nella fine degli anni Ottanta si è avuto un incentivo per interrogarsi su differenti modalità d'aiuto, promuovendo una visione maggiormente orientata alle necessità degli utenti, dapprima introducendo nuovi spazi e metodologie nei programmi già in atto e poi differenziando strutture e programmi in relazione ai diversi *target* interessati (Grosso, 2012).

Ciò ha permesso la strutturazione di servizi orientati a obiettivi differenti dalla mera astinenza, permettendo l'avvicinamento di persone che sarebbero altrimenti rimaste prive di una qualsivoglia forma d'aiuto professionale. Questo permette di introdurre uno degli elementi nevralgici relativi al consumo di sostanze, ossia il cosiddetto *sommerso*, che si stima intorno al 45% dei consumatori (Fenini & Briatore, 2002).

Non solo un elevatissimo tasso di *drop out* che mina fortemente l'efficacia delle CT - il 50 % non supera i primi 10 mesi di programma (Fenini & Briatore, 2002) - ma anche una molteplicità di persone con condotte d'uso critiche che rimangono sconosciute ai servizi (Gilchrist, et al., 2014).

Al di là di pratiche di consumo problematiche conclamate, secondo Leonardo Grosso del Gruppo Abele “l'impressione è che tra la dipendenza patologica e il consumo controllato sia in crescita una zona intermedia che non si rivolge ai servizi (tranne pochi che si attrezzano in quella direzione), molto variegata e frammentata per culture d'uso, stili di assunzione, etc., che richiederebbe interventi di prevenzione secondaria e di riduzione del rischio e del danno, prima ancora che una presa in carico precoce, che, se attuata, deve poter assumere alcune caratteristiche indispensabili: “soft” , “client oriented”, in anonimato, non stigmatizzata e non connotata.” (Nono Libro Bianco sulle droghe, 2018, p. 28).

Un ulteriore elemento di criticità è il fatto che la gran parte delle conoscenze relative alle esperienze dei consumatori provengano da ricerche svolte con persone incontrate all'interno dei servizi, rappresentanti un estremo che è indubbiamente informativo ma poco rappresentativo delle condotte più regolate e integrate, favorendo la visione di un consumo incontrollabile, inevitabile destino di assoggettamento alla sostanza.

La proposta di servizi in Italia, per buona parte operata dal privato sociale, si delinea in tre fondamentali macro aree (Dipartimento Politiche Antidroga, 2021):

- 1- servizi a bassa soglia, centri drop-in, unità mobili e servizi di pronta accoglienza;
- 2- servizi ambulatoriali;
- 3- servizi semi-residenziali/diurni, residenziali e specialistici.

L'auspicio è la creazione di una rete di strutture, sempre più integrate al territorio di riferimento e alla comunità di cui fan parte, che operi sinergicamente con obiettivi differenti e complementari.

L'obiettivo è l'affrancarsi il più possibile da mansioni di controllo sociale, garantendo alle persone assistite un aiuto disinteressato in grado di assicurare *privacy* e flessibilità, pur scontrandosi con un dibattito pubblico polarizzato in contro/a favore l'uso di sostanze, decisamente infruttuoso per generare pratiche di reale aiuto.

Attualmente le CT non sembrano essere coerenti con il principio di sussidiarietà e *governance* che regola lo sviluppo dei sistemi sanitari, a cui sono sempre più demandate funzioni di coordinamento e attivazione delle risorse territoriali: la frattura delle relazioni e l'isolamento sociale del portatore del problema sembrano modelli attualmente superati, ed è anticipabile una progressiva richiesta di "prese in carico sempre più economiche con tempi più ristretti a livello di permanenza residenziale e compatibili con il mantenimento della residua competenza e articolazione sociale di giovani e meno giovani utilizzatori dei servizi." (Palumbo & Dondi, 2012, p. 28).

Poste queste premesse, c'è da interrogarsi sull'efficacia e la pertinenza delle CT, ancorate a ideali d'istituzionalizzazione totale ed estremamente restie a inserire pratiche di riduzione del danno parallelamente alla ricerca d'astinenza, vincolandosi ad un'idea di "cura" di stampo biologicista dal cui affrancamento potrebbero trarre giovamento anche i consumatori (Tibirica et al., 2019).

2. ANALISI DELLA LETTERATURA

Droghe e ricerca

Come già anticipato nel capitolo precedente, parlare di consumo di sostanze e ricerca implica necessariamente l'assunzione di una prospettiva, un paradigma, una serie di impliciti a partire da cui pensare e condurre uno studio.

Questi, a dispetto della ricerca fittizia di oggettività e neutralità, si muovono in accordo alle declinazioni che “droga” e “consumatori di sostanze” - se non “drogati” o “tossici” - assumono per la teoria di riferimento.

È per questo che, avvalorando i presupposti dello studio che verrà presentato nei capitoli seguenti, è necessario evidenziare fin da subito una delle principali peculiarità che la ricerca relativa alla droga ha manifestato da sempre: la fondamentale estromissione delle persone che consumano sostanze non solo in aspetti di progettazione e analisi, ma paradossalmente anche nella raccolta dati stessa, generalmente ridotta alla sola verifica piuttosto che all'esplorazione.

In accordo con una lunga tradizione che considera i più vulnerabili come incapaci di fornire informazioni sulle proprie vite ed esperienze, la ricerca ha partecipato al processo di costruzione sociale dei consumatori di sostanze oggettivandoli e dipingendoli come alterità, data e definita, “su” cui operare (Tutenges et al., 2015), in modo ancora più marcato che con altri gruppi che orbitano attorno alle istituzioni d'assistenza sanitaria (McKeganey et al., 2004).

Il risultato è stata una generale trascuratezza di quanto le persone potessero dire in relazione ai propri vissuti, alle proprie aspirazioni e alle modalità con cui provare a

perseguirle (Iudici et al., 2013) (Miles & Hubermann, 1994), oltre che il venir meno di diritti fondamentali in alcune istituzioni preposte all'aiuto, da considerare come derive estreme ma allo stesso tempo come deviazioni coerenti con gli assunti paradigmatici che sottendevano l'idea di droga e drogati.

Questo è stato favorito dal concepire il consumo di sostanze come inevitabile soccombere di ogni possibilità di autodeterminazione, costruendo l'identità del tossicodipendente come quella di una persona incapace di operare scelte votate al proprio benessere, portando alla sua riduzione a mero "paziente", in particolare quando concepito come vittima di una "malattia" (Tait & Lester, 2005).

La metafora della malattia mette nelle mani degli esperti le esperienze dei consumatori, privati di potere di significazione e spinti da credenze e atteggiamenti degli operatori a operare su di sé pratiche discorsive deresponsabilizzanti e lesive della propria immagine (Zamperini, 2002).

Lo sviluppo della *Brain research* e la centralità attribuita al cervello malato hanno esacerbato le dinamiche in atto, spostando ancor più il focus su elementi che delegittimano ogni tentativo di dare enfasi alle esperienze e ai vissuti delle persone che consumano (Nono Libro Bianco sulle Droghe, 2018). Si è così promosso, inoltre, un progressivo disinteresse verso studi che tentino di approfondire modelli terapeutici quali le CT, in parte a causa delle difficoltà di operazionalizzazione e prevedibilità, con quest'ultima che sembra essere l'unico criterio di legittimazione attualmente in auge (Guelfi, 2012).

Allo stesso tempo, con l'intersecarsi fra pratiche sanitarie d'aiuto e concezioni neoliberali, negli ultimi quindici anni si è incrementata la tendenza a richiedere alle persone, assimilate a clienti, una valutazione retroattiva di quanto esperito all'interno di un servizio o un trattamento, così come a coinvolgerle nelle fasi di progettazione e

formulazione degli obiettivi, seppur in maniera ancora insufficiente (McKeganey et al., 2004) (Neale, 1997) (Morris & Gannon, 2008).

La possibilità di operare scelte reali relativamente alla propria salute, esercitando il diritto a scegliere dove rivolgersi e affermare assertivamente le proprie richieste, sembra però riservata alla sola porzione di coloro che hanno accesso ad informazioni, trasporti e possibilità di muoversi (Tait & Lester, 2005).

Gran parte della letteratura disponibile si avvale di metodologie quantitative (Neale et al., 2007) (Chen et. al, 2016), favorite anche dall'alto tasso di drop-out e dall'economicità delle stesse, portando avanti un approccio deduttivo che dà per assodata una certa configurazione delle sostanze e della dipendenza (Rhodes & Moore, 2001) che non è stata sufficientemente supportata dalla partecipazione dei diretti interessati (Neale et al., 2005).

Le ricerche qualitative hanno invece incentivato, pur faticando ad inserirsi nel discorso pubblico sulla droga, una migliore comprensione culturale andando a favorire direttamente il cambiamento sociale e l'inclusione delle minoranze, oltre che una progressiva intersezione fra differenti discipline e teorie (Gergen et al., 2015).

Al di là di questioni etiche e di diritto, quali evidenze supportano l'efficacia di un approccio che consideri la co-costruzione e la co-significazione come elementi cardini di ogni intervento e servizio?

Alleanza terapeutica, drop-out ed efficacia

La ricerca che verrà presentata nei prossimi capitoli si è andata costruendo a partire da un assunto cardine: rilevare le pratiche discorsive che gli utenti operano relativamente al

servizio, al trattamento e a sé stessi al momento dell'ingresso in una CT è fondamentale per co-generare un intervento adatto alle necessità della persona e strutturato a partire da un'analisi delle modalità discorsive con cui l'individuo dà forma alla propria realtà.

La letteratura annovera la difficoltà di instaurare un rapporto di cooperazione, oltre che le problematicità strutturali di un'interazione fra operatori e utenti che si muove al confine fra mansioni di controllo sociale e d'aiuto, come fattori a cui imputare un tasso di drop-out che può raggiungere il 57 % nei servizi residenziali (Deane et al., 2012).

La fase iniziale di un intervento sembra configurarsi come centrale per la formazione di un rapporto generativo e la nascita della cosiddetta alleanza terapeutica (Janeiro et al., 2018) - costruito che talvolta rischia di scadere nella reificazione e nel venir considerato come proprietà piuttosto che processo - a loro volta correlati alla qualità del coinvolgimento e dell'adesione al trattamento (Meier et al., 2005).

La percezione del programma e dell'esperienza d'ingresso è predittiva della permanenza all'interno del servizio, ma la maggior parte degli studi ha preferito indagare le caratteristiche degli utenti (demografiche, motivazionali, biografiche, relative ai consumi ecc...) per spiegarne il decorso piuttosto che valutare come operatori e strutture si interfaccino con le realtà cui vanno incontro (Chen et al., 2016), con una sostanziale assenza di risultati significativi (Hawkins et al., 2008).

Questo è anche sintomo di una visione strettamente medicalizzata della dipendenza, che configura il drop-out come risultato di una sottostante patologia o anormalità esclusivamente ascrivibile al paziente (Brorson et al., 2013).

Staff e terapeuti dovrebbero cercare di coinvolgere l'utenza nelle decisioni che riguardano il trattamento (Tibirica et al., 2019), contemplando le personali visioni di ognuno in modo da intercettare teorie e configurazioni che, se trascurate o ancora peggio negate in quanto

intrinsecamente “sbagliate”, portano a minare uno degli aspetti ritenuti maggiormente rilevanti dagli utenti nel valutare la qualità di un programma: la competenza e la disponibilità comunicativa dello staff, generalizzabile nella percezione di essere parte attiva imprescindibile nel proprio trattamento (Becker et al., 2016).

A dispetto del livello di disagio e compromissione in cui una persona vive è comunque possibile rilevare elementi informativi che facilitino la progettazione di strategie d'intervento in grado di motivarla e coinvolgerla (Lovejoy et. al, 1995), consapevoli che la durata della permanenza all'interno del programma sia elemento essenziale per la sua efficacia (Chen et al., 2016).

Un'altra criticità è la difficile sovrapposizione fra le modalità in cui sono generate le richieste d'aiuto e quanto poi viene offerto dal servizio: la percezione di aver ricevuto un trattamento adeguato al problema che si ritiene di vivere è stata infatti rilevata come una variabile centrale per gli utenti, a sua volta correlata all'efficacia degli interventi (Morris & Gannon, 2008).

Questo lavoro si pone, tra gli altri, anche l'intento di rilevare le modalità attraverso cui le persone configurano la propria condizione di consumatori e anticipano le possibili modalità per una sua risoluzione o trasformazione.

Ciò nasce dall'aver osservato, all'interno di strutture residenziali, come interventi che aspirino a essere efficaci debbano necessariamente muoversi a partire da un presupposto pluralista e costruttivista, nel senso di tenere ben presente la possibilità che gli utenti configurino il consumo di sostanze da prospettive personali che possono mal conciliarsi con quelle praticate in una determinata struttura terapeutica.

Se screditate, trascurate o non rilevate può venire alimentata la percezione che il trattamento sia poco pertinente con le necessità che la persona ritiene di avere, implicando le conseguenze sopracitate.

Si è rilevato, ad esempio, come le persone ricerchino spesso interventi d'aiuto di natura individuale, sottostimando l'utilità di approcci educativi e di gruppo, ricercando la risoluzione degli scompensi bio-chimici con poco interesse a dedicarsi alle ragioni sottostanti (Iudici et al., 2020). Se l'aiuto offerto si pone come incongruente a questi presupposti, senza un adeguato lavoro di significazione - che non deve scadere nel convincimento, dati gli assunti di autodeterminazione già citati - si genera la situazione per cui molti utenti decidono di interrompere anzitempo i programmi e migrare ad altre strutture ritenute più in linea con le proprie richieste, sulla base di elementi poi sistematicamente sconfessati che portano all'abbandono dell'idea che un intervento possa risultare efficace (Iudici et al., 2020) (Grosso, 2012).

Capire cosa venga ritenuto di qualità da parte degli utenti permette inoltre di: strutturare un sistema sanitario maggiormente orientato al paziente, promuovere comportamenti orientati alla ricerca di benessere e all'utilizzo degli strumenti offerti dal servizio, così come un aumento della *compliance* e una gestione migliore delle lamentele (Sofaer & Firminger, 2005).

In conclusione, si può affermare che generalmente appaia più importante la percezione di star ricevendo un trattamento di qualità piuttosto che l'oggettiva qualità tecnica dello stesso (Becker et al., 2016), pur tenendo presente che uno stato di apparente soddisfazione dell'utente possa anche essere dettato dalla scarsa incisività di un intervento eccessivamente accomodante che non sappia essere generativo, senza per questo suggerire il ritorno in auge di un approccio confrontazionale, con la sua malcelata aggressività, stigmatizzazione e giudizio morale (Guelfi, 2012).

Analisi di pratiche discorsive

A partire dalla cosiddetta “svolta narrativa” avvenuta a partire dagli anni Ottanta, la ricerca qualitativa ha iniziato ad analizzare le produzioni discorsive delle persone che consumano sostanze al fine di rilevare le modalità tramite cui ognuno, imprescindibilmente calato in un contesto sociale e discorsivo, significa gli eventi della propria vita e li ordina in forme narrative coerenti e strutturate

Il consumo è così concepito come sempre significativo e può quindi essere compreso a partire dalla prospettiva della persona (Burrell, 2010).

Ciò si è affermato come particolarmente rilevante per un gruppo storicamente stigmatizzato ed etichettato come quello in questione, in cui gli aspetti identitari sembrano avere ancor più rilevanza data la rigidità e incisività delle tipizzazioni socialmente prodotte.

La meta-analisi di Copes (2016) rende conto di come consumare sostanze metta in una posizione di estrema vulnerabilità identitaria, che è narrativamente negoziata tramite lo strenuo tentativo di venire identificati come consumatori funzionali, adattati e in grado di mantenere forme di controllo e auto-controllo, valori centrali nella nostra società.

La costruzione di confini sociali, intesi come distinzioni concettuali fra gruppi costruiti come antitetici, è uno strumento tramite cui le persone generano sentimenti di prossimità e affiliazione a coloro che sono ritenuti socialmente più desiderabili e allo stesso tempo pongono una distanza sociale dai marginalizzati.

Sono stati rilevati alcuni processi tipici: ad esempio, il processo di costruzione di sé viene portato avanti per affermazione ma anche per contrasto, ed è così che si ha la tendenza a personalizzare e dettagliare i resoconti dei propri agiti per mostrare come siano il risultato

di intenzionalità e pensiero, mentre i “tossici” vengono ridotti a persone monodimensionali in balia di una sostanza (Turchi et al., 2002) (Rødner, 2005).

Allo stesso modo, si ricercano narrative che mostrino l’appropriatezza e la fondamentale normalità delle proprie condotte, favorendo le stereotipie che il discorso *mainstream* sulla droga adotta.

L’aspetto fisico, la salute mentale, le modalità di reperimento e di assunzione delle sostanze, il mantenimento di altri ruoli e mansioni e le motivazioni che hanno condotto all’uso, sono alcuni fra i contenuti utilizzati per distinguersi da un “altro” che è “drogato”, “tossico”, “fattone” e così via.

L’affiliazione narrativa a un gruppo ha conseguenze pragmatiche sulle condotte relate al consumo, in quanto a partire da essa le persone si rendono intelligibili anche ai propri occhi. Tali conseguenze possono essere al contempo funzionali o critiche, favorendo il mantenimento di *agency* e controllo e la distanza da alcuni comportamenti ritenuti incongruenti con l’immagine del consumatore funzionale, o promuovendo tipizzazioni dei consumatori che impediscono a molti di cercare un aiuto che ritengono pensato per “altri”, oltre che una visione vittimizzante degli stessi.

Si è anche approfondito il valore di una risignificazione del passato in quanto fondamento per la potenzialità di un nuovo *self*: il senso attribuito al passato è bidirezionalmente legato alle potenzialità d’azione future, e viene armonizzato in relazione alla prospettiva sul presente e ai piani per il futuro (Järvinen, 2004).

Ciò che è stato è letto per il tramite di ciò che è, e viceversa, in uno scambio dialettico e mai concluso.

Ogni descrizione biografica implica necessariamente l’adozione di un preciso impianto narrativo causale, e come già anticipato i consumatori operano una frattura retorica fra un

passato di consumo e un presente di redenzione, in maniera da creare una barriera strategica alla promozione di una nuova immagine positiva di sé (Järvinen, 2004).

Una specifica spiegazione ha il valore di azione sociale (Gergen, 1985), in quanto porta sempre con sé un valore prospettico oltre che uno retrospettivo, suggerendo delle azioni possibili e un preciso *locus of control* (Järvinen & Ravn, 2015) e mediando il rapporto con le sostanze in aspetti sia fenomenologici che comportamentali (Burrell, 2010).

Va poi sottolineato nuovamente come le persone costruiscano la propria identità personale elaborando, attraverso un processo di appropriazione e personalizzazione, le teorie disponibili nelle narrative proprie delle identità culturali, istituzionali e organizzative (Loseke, 2007). Questo, ben lungi dall'essere un evento deterministicamente generato, è frutto di perenni riformulazioni favorite da contesti e interlocutori diversi, oltre che dall'intenzionalità che sottende strategicamente differenti presentazioni di sé (Järvinen & Andersen, 2009), e “la collocazione della persona all'interno della trama di significati tessuta nelle relazioni ed interazioni sociali rende possibili, ed anche logicamente e moralmente plausibili ed accettabili, alcuni discorsi piuttosto che altri.” (Turchi et al., 2002, p. 755).

È a partire da questo presupposto che nel prossimo paragrafo si approfondirà come la ricerca abbia indagato l'incidenza di contesti istituzionalizzati e medicalizzati come le CT nel favorire l'adozione di determinate narrative, a volte legate paradossalmente alla mortificazione di sé e della propria agentività.

Identità e pratiche discorsive in una Comunità Terapeutica

Che valore ha, in relazione al modo in cui una persona conosce e narra sé stessa, l'ingresso in una CT? Che implicazioni pragmatiche comporta inserirsi in un contesto strutturato, permeato di determinate retoriche e che, a dispetto di una progressiva apertura e intersezione col tessuto locale, mantiene spesso i connotati di istituzione totale, nel senso di porsi come inglobante e totalizzante tramite un impedimento dello scambio sociale e fisico con l'esterno?

In contrasto a una concezione riduzionistica e individualista che ascrive ogni comportamento a istanze autoreferenziali, una parte della ricerca ha progressivamente dato risalto a “come l'architettura di alcuni servizi può generare processi di attribuzione di ruolo e di identità connotabili in termini di devianza o di salute, e incidere nel modo attraverso cui l'utente configura sé stesso.” (Iudici, 2011, p. 68).

Antesignano di questa svolta paradigmatica è indubbiamente Goffman, che con il suo lavoro pubblicato sotto il titolo di *Asylums* (1961/2010) ha avvalorato l'idea che le nostre tipizzazioni relative ad alcune categorie marginalizzate fossero anche frutto delle pratiche agite nei contesti istituzionali d'aiuto e delle implicazioni che un modello terapeutico basato sull'esclusione e la mortificazione del sé comporta.

Pur non rivolgendosi esplicitamente a persone che consumano sostanze, Goffman ha il merito di aver favorito l'emancipazione dall'assunto che queste agissero in quanto mosse esclusivamente da fattori intrinseci e disposizionali, portando a interrogarsi su ciò che l'architettura dei servizi genera in termini di rappresentazioni di sé e di costruzione di nuove biografie.

A partire dal momento in cui l'ingresso in una struttura diventa anticipabile e contemplabile, ha inizio una "carriera morale", vale a dire un "insieme di mutamenti regolari nel sé e nell'immagine di sé di una persona, così come nel giudizio di sé e degli altri che tale carriera comporta" (Goffman, 1961/2010, p. 153): questi possono essere funzionali o meno al tentativo di trasformazione delle condotte in un'ottica di salute, e a mio parere è bene sottolineare fin da subito l'impossibilità di una generalizzazione che fondi pratiche trasversali a tutti, pur ponendo come imprescindibile un'attenzione al rispetto e al tentativo di non reiterare stigmatizzazione e giudizio morale.

Frank & Walters (2021) hanno approfondito gli antecedenti e le teorie che conducono all'ingresso in CT, mostrando come le narrative legate a volontà e motivazione risultino incongruenti con le reali modalità con cui le persone accedono ai servizi: esse sono il frutto di un'interazione fra fattori personali, sociali e strutturali. Le pressioni di pari e familiari, la criminalizzazione, le necessità di autosostentamento e lo stigma etero e auto praticato sono solo alcune delle variabili che favoriscono l'incontro con le strutture.

I servizi a bassa soglia sembrano maggiormente coerenti con queste dinamiche, concependo il percorso di abbandono dei consumi come graduale, non lineare e complesso.

Per quanto riguarda la fase d'ingresso in CT, elemento centrale di questa ricerca in quanto ritenuto critico per generare determinati posizionamenti reciproci fra staff e utenti, così come per favorire una particolare modalità di fruizione del servizio e il rilevamento di alcune configurazioni relative a sé e alla struttura, la letteratura manifesta una sostanziale trascuratezza che si traduce poi nell'assenza di prassi strutturate e nella sottostima dell'importanza di tale momento (Iudici et al., 2020).

La fase di ammissione è cruciale affinché servizio e utente condividano gli obiettivi dell'intervento tracciando le variabili rilevanti e l'adeguatezza della richiesta, e andrebbe gestita in modo tale da essere parte integrante del trattamento e non come fase preventiva di sola anamnesi e transizione.

Ogni istituzione è infatti legata alla produzione di una specifica "identità organizzativa" (Loseke, 2007), costruita al contempo da esplicite narrative e da azioni e prassi.

Per giustificare le proprie procedure organizzative e offrire potenziali modalità di risoluzione dei problemi, queste devono formulare, più o meno esplicitamente, delle immagini del loro utente "tipico" e delle sue necessità.

Le persone che entrano in un servizio imparano fin da subito a praticare determinate teorie, talvolta in ottica strumentale al raggiungimento di obiettivi, ma anche iniziando a pensarsi in maniera coerente alle etero-tipizzazioni subite, pur mantenendo una potenzialità generativa e di significazione. Järvinen (2004), ad esempio, ha rilevato come l'accettazione dell'identità di "alcolista" promuova l'adozione delle teorie favorite dal servizio, altrimenti oggetto di resistenza.

Il praticare su di sé la teoria del malato o del dipendente ha però grosse ricadute pragmatiche (Iudici, 2011) (Järvinen, & Andersen, 2009), e al di là dell'appropriatezza epistemologica queste vanno indagate nelle implicazioni che comportano. È indubbiamente critica la passivizzazione dell'utente che è propria del modello medico, dato l'implicito di de-responsabilizzazione che suggerisce e la riduzione d'ogni discorso alla narrativa della guarigione (Kooyman, 2012).

Per comprendere quali trasformazioni possano risultare più generative per la costruzione identitaria della persona, Dingle et al. (2015) suggeriscono valutazioni routinarie delle

configurazioni dei ruoli sociali, dei *network* e delle identità, particolar modo in una fase iniziale del trattamento.

Nel loro studio risulta centrale la transizione da un'identità centrata sulla sostanza ad una centrata sul recupero, a cui riconducono buona parte del trattamento. Anch'essi rilevano come l'ingresso in un servizio possa implicare una perdita della complessità identitaria, che per Goffman era anche "morte civile" e spoliazione di ruoli, poi colmata dalle narrative relative alla redenzione e dal senso di affiliazione e appartenenza al gruppo.

McIntosh e McKeganey (2000) mostrano come il tentativo di recupero passi attraverso la costruzione di una narrativa legata a esso, che può strutturarsi a partire da: una reinterpretazione delle condotte d'uso passate e delle relazioni con altri consumatori, al fine di porle in una luce negativa, una ristrutturazione identitaria che oscilla fra il vero sé, ciò che la sostanza ne ha fatto e ciò che potrà essere, e l'abilità di fornire una spiegazione convincente sulle motivazioni e le modalità del proprio recupero, strumento importante per avvalorare agli occhi degli altri quanto si sta tentando di portare avanti, così facendo ricercando *feedback* positivi su cui poi costruirsi.

Andersen (2015) pone l'accento sul fatto che tali narrative siano generate in un contesto interattivo e favorite dal contesto terapeutico, oltre che dalla specifica situazione di rilevamento delle stesse. Un servizio opera un'implicita pressione verso l'adozione di alcune teorie, attraverso la messa in discussione di alcuni resoconti o il continuo interrogare i suoi utenti relativamente a questioni che riguardano il cambiamento, promuovendo una costante auto-riflessione.

L'idea che alcuni contenuti siano intrinsecamente sbagliati e contrari al cambiamento può generare comportamenti di apparente allineamento a quanto suggerito dagli operatori in ottica puramente strumentale, oltre che al timore di manifestare dubbi e pensieri anticipati come critici per la narrativa del recupero.

Nel complesso, la CT si afferma come un contesto narrativo in cui si alternano storie che vengono incoraggiate ed altre che vengono invece silenziate.

Lovejoy et al. (1995) sottolineano che rilevare come i pazienti vedono il trattamento e il processo di recupero può aiutare nel design delle strategie di trattamento, ma nella loro ricerca ciò viene fatto esclusivamente in ottica retroattiva, oltretutto solamente con coloro che hanno concluso il programma. Questi possono ricercare determinate narrative ritenute funzionali al significare il trattamento in modo coerente con la persona che da lì in avanti progettano di essere. Rilevare tali contenuti in ottica anticipativa piuttosto che retrospettiva permetterebbe di immaginare modalità efficaci di inserimento dei soggetti nelle attività proposte dal servizio, così facendo co-generate con l'utenza.

Per concludere quanto detto, ci sono alcuni quesiti su cui interrogarsi per immaginare dei servizi che rivestano realmente il ruolo terapeutico che si prefiggono e che siano capaci di mettersi in discussione, a costo di mutare pratiche ormai assodate.

È necessario transitare tramite il pensarsi tossicodipendenti/alcolisti per un percorso di emancipazione dalle sostanze?

Le CT sono in grado di negoziare queste tipizzazioni e di dotarsi della flessibilità sufficiente per non imporre coercitivamente l'adozione di particolari teorie, in particolare quando medicalizzate?

Ancora, l'esclusione sociale che una CT comporta per i suoi utenti è sempre necessaria per coloro che faticano a gestire il loro consumo o rischia di essere iatrogena, spoliando il sé e forzandolo a identificarsi con il solo ruolo di dipendente, con la conseguente mortificazione e il senso di fallimento biografico che comporta?

3. PRESUPPOSTI TEORICI ED EPISTEMOLOGICI

Fin dalle prime pagine di questo lavoro si è sottolineata la centralità di una riflessione rigorosa circa i presupposti teorici delle modalità conoscitive adottate, essendo queste inestricabilmente relate alle metodologie e ai prodotti di un'indagine scientifica.

Tali modalità devono attestarsi entro lo stesso piano epistemologico in cui è situato l'oggetto in questione, per ambire a uno statuto di scientificità che produca "asserzioni" sottoponibili a verifica e passibili di falsificazione, in contrasto con le "affermazioni" prodotte dal "senso comune" (Turchi & Maiuro, 2007). Quest'ultime sanciscono una realtà definendola "vera", senza esplicitare le categorie conoscitive in essere, con forti effetti pragmatici a dispetto della loro pertinenza.

La realtà generata diventa implicito comune a tutti coloro che vi partecipano, ed è quindi fondamentale contemplarla in quanto matrice discorsiva entro cui vanno muovendosi le persone con cui gli studiosi si interfacciano.

Riprendendo il sociologo William Thomas (1928): "Se gli uomini definiscono certe situazioni come reali, esse sono reali nelle loro conseguenze".

Questo capitolo vuole andare a presentare in maniera maggiormente organica le fondamenta gnoseologiche a partire da cui verranno letti i testi prodotti dagli utenti di CT che hanno partecipato a questo lavoro, mostrando le principali correnti teoriche che hanno progressivamente emancipato parte della psicologia, e più in generale delle cosiddette scienze sociali, da assunti positivisti, interpretazioni causali e reificazioni improprie.

Epistemologia e paradigma antropomorfico

La cornice epistemologica di questo lavoro si fonda sui presupposti del cosiddetto post-modernismo, la cui frattura paradigmatica si è andata acuendosi e formalizzandosi in psicologia a partire dal lavoro di William James (1890), databile verso la fine del Diciannovesimo secolo.

A dispetto di una tradizione positivista che andava consolidandosi, la posizione pragmatista e pluralista ha promosso una rivoluzione copernicana relativa all'idea di realtà: non più data e indipendente dai soggetti di conoscenza, ma strumento prodotto interattivamente, vero nelle sue conseguenze e nelle possibilità d'azione che va generando, dove le teorie sono strumenti e non risposte definitive valutabili dal grado d'adesione a un ipotetico seppur insondabile reale (Fasola & Inghilleri, 2011).

La nozione di verità viene sostituita da quella di utilità, nella sua accezione di generatività e cambiamento, valutabile attraverso l'adeguatezza alle esperienze/conseguenze future, e l'affermazione di determinate teorie scientifiche sembra non dipendere più dalla sola validità empirica ma anche da vicissitudini sociali, situate geograficamente e temporalmente (Faccio et al., 2010).

Pur essendosi poi ramificate in molteplici teorie e metodologie, queste premesse hanno favorito una generale transizione da un paradigma meccanomorfico, causale ed esplicativo, a uno antropomorfico, semiotico ed ermeneutico.

Il primo, ancor oggi dominante nelle scienze della psiche, riduce l'agire umano a eventi psichici direttamente interrogabili, decontestualizzando e universalizzando. La principale assonanza si ha con il modello conoscitivo proprio della medicina occidentale, traslato impropriamente a una disciplina il cui oggetto sfugge a un riduzionismo analogo.

La persona è così un prodotto, le cui condizioni di anormalità e devianza vengono reificate, individualizzate e interpretate come sintomo di una degenerazione, assimilata a malattia (Salvini, 2007).

La realtà viene concepita come ontologicamente data e osservabile (“realismo monista”), o come inconoscibile ma avvicinabile tramite mappe fondate sul principio del “come se” (“realismo ipotetico”) (Turchi & Maiuro, 2007).

La profusione di modelli di natura ipotetico-deduttiva che ricercano l’adesione a una realtà recondita ha comportato un “assortimento di schemi tra loro conflittuali in rapporto alla natura e alla composizione della società umana e la consistente facilità con la quale gli aderenti a ciascuno schema lo “convalidano” attraverso la propria ricerca” (Blumer, 1969/2006, pp. 86-87), favorendo l’adozione di immagini stereotipate delle realtà sociali indagate dai ricercatori senza che queste venissero verificate e approfondite, con *bias* etnocentrici fondati su concetti di senso comune propri della *middle class* americana ed europea (Harrè & Gillet, 1994/1996).

Il paradigma antropomorfo, al contrario, concepisce la persona come coagulo di un sociale con cui è in perenne dialogo, un agente attivo depositario di intenzionalità calato in contesti interattivi in cui la comunicazione assurge a elemento chiave (Pagliaro & Dighera, 1996).

Differentemente dalle teorie psicologiche maggiormente in voga nel Ventesimo secolo, l’elemento intenzionale sottolinea l’agire finalizzato proprio di ogni soggettività. Questo apre a nuove forme d’intervento e responsabilizzazione, incongruenti con l’idea di un essere umano in balia di forza che lo trascendono, siano queste pulsioni, tratti disposizionali o fattori bio-chimici.

La teoria rappresentazionale del reale, fondata su assunti cartesiani e supportata dal primo Wittgenstein, viene meno di fronte all'accento posto sull'apporto costruttivo operato dalla persona, protagonista dei mondi a cui partecipa e incapace di operare osservazioni neutre, come vuole invece la prassi scientifica positivista.

La posizione costruttivista (Castiglioni & Faccio, 2010) ha così approfondito il tema del rapporto fra conoscente e conosciuto e si è posta come epistemologia trasversale a diverse discipline e teorie, fino a ricondurre la natura stessa del mondo della vita quotidiana, inteso come spazio di consenso simbolico, a costruzione interattiva frutto di un processo sociale comunicativo, e non mera estrinsecazione di predisposizioni biologiche (Berger & Luckmann, 1966/1997).

Il ricercatore ha quindi l'imperativo di approfondire e interrogare il mondo empirico con cui si interfaccia, in modo tale da operare una progressiva fusione di orizzonti (Blumer, 1969/2006) (Gadamer, 1960/2001) che gli permetta di rispettarne la natura.

La prospettiva interazionista, sviluppatasi negli Stati Uniti nel primo trentennio del Novecento a partire dai lavori di Mead (1934/2018), ha dato particolare enfasi al significato e alla sua genesi interattiva.

I capisaldi dell'Interazionismo Simbolico, seguendo Blumer (1969/2006, p. 38), sono:

- gli esseri umani agiscono verso le cose sulla base del significato che queste hanno per loro;
- il significato è derivato da, o sorge, dall'interazione sociale di ciascuno con i suoi simili;
- questi significati sono trattati e modificati lungo un processo interpretativo usato dalla persona nel rapporto con le cose che incontra.

La dimensione esplicativa della psicologia viene quindi scalzata dalla tensione verso la comprensione (ermeneutica) (Gadamer, 1960/2001), intesa come ricostruzione del contesto di senso entro cui una persona agisce. Va da sé che il significato, che sia esplicito e consapevole o implicito, diventa il reale destinatario di ogni indagine psicologica e il terreno primario per generare cambiamenti, retoricamente o tramite l'azione di ristrutturazione che l'azione (sociale) comporta.

L'alterità diventa condizione necessaria per la nascita stessa della mente, e l'esistenza umana viene concepita come imprescindibile co-esistenza, in quanto il significato si costituisce solo attraverso lo scambio simbolico fra almeno due persone (Salgado et al., 2005) (Mead, 1934/2018), a dispetto di quanto sostenuto da un costruttivismo maggiormente individualista quale quello di Kelly (1955).

La mente rimane sociale anche in assenza di altri, per mezzo dell'assunzione di ruolo e del processo di comunicazione sociale che viene riprodotto nel dialogo che ogni persona intrattiene con sé stessa.

L'interazione è simbolica nel momento in cui il soggetto è in grado di evocare in sé la risposta che il proprio gesto evoca negli altri, utilizzandola come controllo della propria condotta futura e come significante di quella passata (Mead, 1934/2018).

La prospettiva drammaturgica di Goffman (1956/1997) ha poi approfondito lo studio delle interazioni nelle pratiche quotidiane, mostrando come reciproci posizionamenti e adesioni a modalità interattive prescritte culturalmente regolino l'interfacciarsi dei soggetti.

L'assunzione reciproca di ruolo, o meglio l'universalizzazione del processo di assunzione dei ruoli, coincide con quello che Mead chiama "altro generalizzato", e diventa fondamento dell'esperienza sociale.

I contributi dell'Interazionismo Simbolico relativamente a temi quali la devianza e l'etichettamento sono già stati accennati in precedenza, e si configurano come centrali nel discorso sulle sostanze per la promozione di un'attenzione relativa al “come”, a scapito del “perché”, e alla dimensione processuale e collettiva di comportamenti altrimenti individualizzati e medicalizzati.

Un'importante critica allo *status quo*, in particolare alle posizioni ritenute scientificamente neutre e oggettive che celano invece costrutti culturali con origini sociali e politiche, è sorta a partire dal movimento del Costruzionismo sociale, che ha in K. Gergen (1985) un suo rappresentante d'elezione.

Viene anche sottolineata la portata sociale della scienza, ribadendo gli effetti pragmatici che le teorie scientifiche hanno, affiancandosi all'Etnometodologia di H. Garfinkel nel dare valore allo “studio dei modi in cui i membri di un gruppo etnico danno senso alla propria esperienza e comprendono la loro stessa attività” (Faccio et al., 2010, p. 41).

Psicologia discorsiva e narrativismo

La psicologia dell'intenzionalità, del significato e della sovrapposizione fra sociale e individuale ha trovato nel linguaggio, inteso come “insieme di espedienti semiotici che consentono la comunicazione” (Salgado et al., 2005, p. 18), l'elemento precipuo attraverso cui si manifesta l'interazione sociale e prende corpo la soggettività.

Inoltre, negando la presenza di forze subliminali a muovere le individualità, la psicologia stessa diviene “lo studio delle modalità e delle strategie che le persone utilizzano, in quanto soggetti attivi e pianificatori, attraverso sistemi simbolici in contesti a volte

pubblici a volte privati al fine di attuare progetti e di raggiungere scopi” (Pagliaro, 2006, p. XI).

Il fondamento epistemologico si trova nel “realismo concettuale” (Turchi & Maiuro, 2007), per il quale viene meno la possibilità di trattare dei fatti in sé ma si conferisce valore alle categorie di conoscenza utilizzate dall’osservatore per descrivere il suo mondo, finendo così per produrne uno a loro somiglianza.

Wittgenstein, con la “teoria dei giochi linguistici” (1953/2009), si affranca dall’idea di un linguaggio come specchio di un mondo dato, per sottolineare la natura situata dello stesso e il fatto che il significato si generi in relazione all’uso che ognuno fa dei segni, così come delle regole e dei vincoli, in un dato momento.

I fenomeni psicologici acquistano consistenza nei discorsi e nelle significazioni, sondabili anche attraverso i resoconti che le persone riportano su di sé, tenendo presente la natura socialmente mediata di ogni narrazione e le “convenzioni narrative” che ogni posizione del parlante implica, pur affermando la possibilità pressoché inesauribile di rinegoziare la natura di ogni fenomeno psicologico (Harrè & Gillet, 1994/1996).

Si può parlare di seconda rivoluzione cognitiva, a partire da cui viene introdotta una “psicologia discorsiva” che, ispirandosi ai lavori di Mead e Vygotskij e transitando per Etnometodologia, Costruzionismo sociale ed Etogenia, concepisce lo studio della mente come “un modo di capire i fenomeni che sorgono quando differenti discorsi socioculturali vengono integrati in un individuo umano identificabile situato in relazione a quei discorsi” (Harrè & Gillet, 1994/1996, p. 25).

Parlare o scrivere diventano orientamenti all’azione (Austin, 1962/2019), che vengono approfonditi tramite l’analisi delle “pratiche discorsive”, ossia sistemi di segni regolati da norme d’uso che vengono impiegati intenzionalmente, in quanto diretti a/verso qualcosa.

Al contrario di una psicologia ipotetico-deduttiva, non ci si avvale di rappresentazioni astratte ma ci si attiene ai linguaggi ordinari, considerati fenomeni psicologici in sé e non superficie di un'attività mentale celata più in profondità e causalmente relata a determinate manifestazioni.

La comunicazione intersoggettiva viene ricondotta alla capacità di “dislocarsi”, intenzionando le prospettive altrui per il tramite del linguaggio, e l'attività clinica fondata su tali presupposti non esautora la persona dal ruolo di figura competente del proprio disagio, attribuendo valore ai significati che questa vi attribuisce.

La trasformazione delle modalità attraverso cui la persona configura il proprio disagio diventa parte centrale del cambiamento, con la necessità di rivolgersi al come vengano create e mantenute le proprie realtà, teorie e convinzioni, desunte dal “testo” portato, inteso come tutto ciò che è rilevante nel veicolare a sé e agli altri determinate idee e posizioni (Baciga & Fenini, 2019) (Salvini et al., 2012).

È per questo che, piuttosto che dare ulteriore legittimità allo stereotipo che vuole i consumatori di sostanze come incapaci di parlare di sé in maniera informativa, è necessario rivolgersi alle modalità tramite cui questi configurano le realtà che abitano e vi danno sostanza discorsivamente.

Non è la situazione in sé, ma la prospettiva su di essa di coloro che la abitano, a interessare il ricercatore, che non potrà essere letta esclusivamente a partire da categorie interpretative universali.

Grazie ai contributi di J. Bruner e R. Harré si sviluppa così una rinnovata attenzione verso le narrazioni, attraverso cui le persone comunicano e interpretano le proprie esperienze. Ogni persona significa gli eventi avvalendosi di un determinato repertorio linguistico, conferendovi coerenza in modo tale da generare linee narrative condivisibili e

comunicabili, e così facendo rendendole più reali anche ai propri occhi (Mantovani, 2008).

Il processo di socializzazione stesso consta di un apprendimento verbale che dà consistenza a una determinata realtà, determinando una matrice comune entro cui le esperienze individuali vengono lette e raccontate per divenire parte di un racconto condiviso (Berger & Luckmann, 1966/1997).

Il raccontarsi non è ridotto a comunicazione di elementi interni alla mente, ma luogo di costruzione identitaria e del sé, frutto di costante interpretazione da parte della persona narrante e soggetto a fluttuazioni contestuali che fanno venire meno la ricerca di una verità definitiva (Turchi et al., 2002).

Si è già parlato nel capitolo precedente dell'intersezione fra presente e passati possibili, narrativamente costruiti e legati alle possibilità d'azione futura, così come dell'iscrizione degli eventi in *plot* coerenti che diventano categorie biografiche a partire da cui ogni evento è codificato e significato (Järvinen, 2004) e dell'utilizzo strumentale di alcune narrative per generare vicinanza o distanza dai gruppi più o meno socialmente desiderabili (Copes, 2006).

Analizzando i racconti delle persone che consumano sostanze, si sottolinea il valore testuale della droga, e “la conoscenza del consumatore di droghe non può che essere dialogica, in quanto rinvia alla polifonia del discorso con cui i diversi soggetti partecipanti organizzano narrativamente la propria esperienza, nell'ambito di una cultura” (Zamperini, 2002, p. 31).

L'adesione a determinate metafore, l'utilizzo di teorie e di criteri esplicativi conferisce consistenza all'esperienza del consumatore, imprescindibilmente legato alle narrative disponibili culturalmente e alle declinazioni assunte nel contesto sociale e geografico che abita (Turchi et al., 2002).

Per il tramite delle figure linguistiche e dei tropi adottati si manifesta così il tentativo di organizzare e descrivere la realtà (Gergen, 1995) (Burck, 2005).

In relazione a quanto detto, il repertorio condiviso (Mantovani, 2008) in una CT, e più in generale in ogni contesto istituzionalizzato o terapeutico, andrà considerato come saliente nel momento in cui vengono analizzate le produzioni discorsive di coloro che lo popolano, rimarcando la valenza intersoggettiva e transiente e l'utilizzo strumentale e negoziale che il loro utilizzo può comportare (Andersen, 2015).

L'organizzazione, nel nostro caso coincidente con la CT, esiste nella misura in cui gli attori la creano attraverso il discorso, strumento tramite cui la realtà sociale viene creata e non solamente descritta (Mantovani, 2008).

Interagendo con gli altri e assumendo un determinato ruolo vi è una continua negoziazione della propria realtà, dove la persona si serve “delle interpretazioni che il contesto culturale di appartenenza mette a sua disposizione per definire continuamente la sua posizione, il suo essere-nel-mondo, utilizzando un modo di narrare sé stessa di volta in volta ritenuto a lei più congeniale” (Turchi & Baciga, 2002).

Sé e identità

Coerentemente ai presupposti epistemologici fin qui presentati, costrutti quali l'identità o il sé non si riferiscono a entità reificate e ontologicamente consistenti di per sé, ma assumono il carattere di processi che riguardano la persona in quanto polo relazionale e che vengono costantemente rielaborati attivamente.

La comparsa di un sé è inevitabilmente sociale, e coincide con la competenza di auto-oggettivazione che solo lo scambio significativo con gli altri può promuovere: gli

atteggiamenti altrui nei miei confronti divengono significante di me stesso, reso oggetto ai miei occhi, per il tramite dell'assunzione di ruolo e della dislocazione che questa implica.

Il Me, saturato degli atteggiamenti altrui, viene costantemente mediato dall'Io, che genera attivamente significati coerenti alle immagini che si hanno di sé (Mead, 1934/2018).

Celebre è la formulazione di Mead degli stadi di *play*, ossia primaria assunzione di ruolo, e *game*, come partecipazione ad una struttura organizzativa normata, per sviluppare la competenza di evocare internamente gli atteggiamenti, gli impliciti relazionali e comunicativi di una determinata comunità: l'“altro generalizzato”, così, diventa fondamento per lo sviluppo del sé ma anche modalità tramite cui viene esercitato un controllo sulla condotta dei singoli membri di una collettività.

Per rendere conto della partecipazione individuale a trame simboliche collettive e dell'intersezione fra i due livelli ci si può avvalere del costrutto di “sé dialogico” (Salgado et al., 2005), con cui superare il dualismo cartesiano che vede uno scarto ontologico fra individuo e società.

Mentre il sé viene considerato identità situazionale, contingente e provvisoria (Della Rocca & Mussoni, 2002), secondo Salvini (1998) con identità personale si intende “il risultato di diversi processi psicologici, intrapersonali ed interpersonali, che confluiscono in una struttura organizzatrice della conoscenza individuale relativa a sé stessi”.

Questa genera interpretazioni che conferiscono coerenza e continuità con la propria autobiografia, nei termini in cui la raccontiamo a noi stessi, e promuove comportamenti in linea con le idee che abbiamo su di noi. Il sé si esprime discorsivamente, prendendo corpo attraverso l'uso dei pronomi, e si manifesta nel senso di avere una responsabilità d'agente e una locazione spazio-temporale e sociale (Harré & Gillet, 1994/1996).

Adottando un certo “posizionamento narrativo” (Bamberg, 1997), la persona afferma implicitamente: “è così che voglio mi vediate”. Viene così sconfessato ogni tentativo di essenzializzare il sé, sottolineando il suo carattere situato e mutevole, così come esso sia il sia frutto di negoziazioni e intenzioni.

Il concetto di sé emerge tramite le “rappresentazioni di sé”, con cui il soggetto si proietta operativamente e ricerca informazioni per convalidare le proprie teorie, selezionando contesti adatti a ricevere determinati feedback e vivere esperienze coerenti e rielaborando retroattivamente gli eventi autobiografici.

In un certo senso l’essere umano è “un organismo che interagisce con sé stesso attraverso un processo sociale nel quale si dà indicazioni” (Blumer, 1969/2006, p. 56).

Le necessità di mantenere un’integrità longitudinale e di produrre resoconti condivisibili e adatti ai criteri narrativi propri di un certo contesto sono gli elementi centrali che conferiscono unicità alla soggettività (Harré & Gillet, 1994/1996) (Järvinen, 2004), ed è quindi importante tenere a mente le peculiarità di costruzione attiva che riguardano gli aspetti identitari di ognuno.

Le conseguenze dei processi di tipizzazione sono largamente documentate (Iudici et al., 2014) (Järvinen & Andersen, 2009) (Dingle et al., 2015), e particolarmente rilevanti in discorsi pregni di stereotipie come quello relativo al consumo di sostanze.

Aderendo alle identità tipizzate socialmente plasmate, le persone trovano un sistema di orientamento cognitivo per auto-valutarsi e orientarsi verso determinati agiti (Turchi & Baciga, 2002).

Approfondire l’apparato retorico con cui una persona si narra e legge quanto esperisce, quindi, diventa il miglior modo per anticiparne le condotte future e modulare gli interventi atti a generare cambiamento, pur muovendosi nell’assoluta assenza di determinismo causale.

Ogni teoria praticata su di sé ha una propria legittimità e non è compito del clinico, o di chi di riveste un ruolo assimilabile, sconfessare o invalidare le narrazioni delle persone: data l'impossibilità di descrivere univocamente e definitivamente la realtà, sono le conseguenze pragmatiche e strategiche di una specifica costruzione identitaria a dover diventare elemento discriminante fra ciò che è utile o meno in relazione agli obiettivi posti.

4. OBIETTIVI E METODOLOGIA

I capitoli precedenti hanno voluto rendere conto della complessità del tema “consumo di sostanze”, sostenendo l’idea che i consumatori si muovano in un contesto discorsivo a cui partecipano una molteplicità di attori e istituzioni.

Pur subendo spesso le scelte che altri operano per e su di loro, le persone che consumano sostanze partecipano comunque attivamente alle realtà che vanno co-generando, mantenendo l’intenzionalità che contraddistingue ogni individuo osservato a partire da premesse epistemologiche di realismo concettuale e socio-costruzionismo.

È per questo che diventa fondamentale approfondire come il discorso sulle sostanze venga fatto proprio e praticato da ciascun consumatore, generando azioni potenziali e favorendo determinate pratiche piuttosto che altre.

Ogni attore è al contempo parlante e parlato, data la partecipazione a narrazioni collettive con significati e contenuti poi personalizzati, re-interpretati e modulati individualmente.

Il momento in cui un consumatore si interfaccia ai sistemi preposti a fornire assistenza e aiuto specialistico è particolarmente critico, dal momento che vengono promosse inevitabilmente nuove configurazioni identitarie e avviene l’incontro con teorie relative al consumo e ai consumatori che possono differire da quelle fin lì praticate.

Il rapporto fra servizi e consumatori diventa un processo di perenne negoziazione, oscillante fra distanza e vicinanza e reso ancora più delicato dagli aspetti di illegalità e stigma che connotano le sostanze stupefacenti.

Approfondire la natura discorsiva di tale negoziazione vuol dire affrancarsi dall’idea che il parziale fallimento dei servizi sia da ascrivere esclusivamente alla natura malata e viziata dei consumatori, favorendo una prospettiva interattiva e processuale.

Domanda di ricerca e obiettivi

La fase di ingresso in un servizio residenziale come la CT è stata rilevata come un momento particolarmente importante per il decorso del programma, ma al contempo scarsamente sistematizzato (Iudici et al., 2020) (Janeiro et al., 2018) (Chen et al., 2016).

Al di là delle prassi specifiche, inevitabilmente vincolate a obiettivi e caratteristiche della specifica struttura, nel capitolo dedicato all'analisi della letteratura è stata evidenziata la centralità dell'approfondire come le persone accedano a un servizio, nei termini dei significati che vi conferiscono e delle teorie che praticano in relazione a esso: tra queste vi sono miglior alleanza terapeutica, responsabilizzazione, percezione di essere parte attiva nel proprio programma, riduzione dei tassi di abbandono precoce, oltre che la raccolta di elementi imprescindibili per pensare un intervento personalizzato e co-costruito (Tutenges et al., 2015) (Lovejoy et al., 2015) (Tait & Lester, 2004).

È a partire da queste premesse che si è formalizzata la domanda di questa ricerca:

come persone che consumano sostanze psicotrope legali e illegali configurano il servizio, il trattamento e sé stesse nella fase di ingresso in una CT?

In particolare, si vogliono approfondire i discorsi praticati per interrogarsi sui processi di significazione adottati e su cosa questi vadano generando.

La natura stessa dello studio suggerisce l'assenza di ipotesi formalizzate in partenza da verificare successivamente, nonostante il *corpus* d'aspettative con cui inevitabilmente ci si avvicina a qualsiasi processo conoscitivo e di ricerca (Mantovani & Spagnoli, 2003) (Potter, 1996).

Relativamente alla configurazione di sé, si vuole indagare la costruzione retorica dell'oggetto droga e dell'atto d'assumerla, così come le ripercussioni identitarie e di

tipizzazione legate al fatto di pensarsi o meno consumatori, avvalendosi dei discorsi socialmente disponibili e delle varie teorie sui consumi entro cui prendono corpo.

Allo stesso modo, integrando una letteratura che ha indagato come consumatori socialmente integrati negozino la normalizzazione dei propri agiti (Rødner, 2005) e come utenti residenziali costruiscano narrative di cambiamento in un contesto istituzionalizzato (Andersen, 2015), si vogliono approfondire i discorsi praticati in un momento di transizione biografica quale l'ingresso in un servizio, potenzialmente foriero di risignificazione delle condotte passate e delle idee su di sé.

Verrà anche analizzato come la CT divenga pensabile come percorso potenziale, coerentemente alle modalità con cui si significano le proprie problematiche, e di conseguenza quali siano le teorie sottostanti al funzionamento del servizio e alle sue strategie d'intervento.

L'obiettivo non è esclusivamente rivolto alla rilevazione di contenuti e ipotetici atteggiamenti, ma al valutare l'utilizzo strumentale che questi possono ricoprire nel promuovere una certa immagine di sé e determinati agiti, pur sottolineando un'ottica non causale e interattiva.

Non si tratta solo del pensarsi in un certo modo, ritenendo vi sia una realtà intra-mentale data e definita adottando la prospettiva promossa da alcune teorie cognitive (Mantovani, 2008), ma del dirsi e mostrarsi agli altri e quindi a sé, in modalità ritenute pertinenti e strumentali al contesto e a ciò che si vuole, più o meno intenzionalmente e consciamente, conseguire.

La costruzione di un'identità non-dipendente sembra essere centrale nel percorso di emancipazione da condotte problematiche di consumo (McIntosh & McKeganey, 2000) (Selseng & Ulvik, 2016) (Dingle et al., 2015), e questa può essere frutto di un'interazione fra servizio e utente che richiede flessibilità e riflessività.

È per questo che sembra necessario approfondire al contempo il *cosa* e il *come* si estrinsechino le significazioni operate dai nuovi utenti di CT, ritenendo queste non frutto di costrutti interni e individuali ma costruzioni mutevoli e strumentali, intrinsecamente contestuali e intenzionali: non si è quindi alla ricerca di universalità e supposta verità, ma all'approfondimento di come ognuno, in un preciso momento e in un preciso *setting*, dia corpo alla propria realtà (Speer, 2002) (Lupton, 1992).

Partecipanti e metodo di selezione

La ricerca è stata condotta grazie alla collaborazione di ventisei persone che consumano sostanze psicotrope legali e illegali e hanno avuto accesso a un servizio residenziale terapeutico-riabilitativo da non più di quindici giorni.

Di queste, diciannove sono di genere maschile e sette di genere femminile, con un'età media di 37.7 anni, compresa fra i 20 e i 58, in assonanza ai dati medi nazionali rilevati dal Dipartimento Politiche Antidroga (2021)

Per tredici di loro questo era il primo ingresso in un servizio residenziale, pur essendosi spesso già interfacciati con i Ser.D. di riferimento o con servizi d'altra natura.

Cinque hanno avuto accesso al servizio come misura alternativa alla detenzione, elemento che viene ritenuto informativo e indubbiamente rilevante in relazione alla produzione di alcuni contenuti, ma che non modifica gli impliciti fondanti la ricerca, essendo inoltre una realtà con cui i servizi si interfacciano quotidianamente.

Inoltre, come sottolineato dalla letteratura e da questa stessa ricerca (Guelfi, 2012) (Gilchrist et al., 2014), le modalità per il cui tramite le persone accedono ai servizi sono ben più numerose e varie della sola idea stereotipata di “motivazione” e “scelta personale

frutto di riflessioni”, sconfessando l’idea che coloro che vi entrano attraverso il sistema giudiziario siano intrinsecamente differenti.

I partecipanti sono stati selezionati grazie alla collaborazione di quattro servizi a carattere residenziale, rispettivamente in Veneto e Lombardia, con i quali ho avuto modo di interfacciarmi quotidianamente per sei e otto mesi, avendovi svolto i tirocini curriculari *pre-lauream* triennale e *pre-lauream* magistrale oltre che una breve esperienza lavorativa. Queste strutture comprendono programmi terapeutico-riabilitativi e moduli specialistici per alcol dipendenti e polidipendenti.

È stato scelto di includere nella ricerca solo coloro che avevano già fisicamente avuto accesso alla struttura e non coloro che erano in lista d’attesa, ritenendo che contesti differenti suggeriscano contenuti e configurazioni differenti e che di conseguenza vi sia una discrepanza potenzialmente significativa fra il pensarsi come futuro utente di CT e il viverli come già parte di un percorso ormai *in fieri*.

È altrettanto chiaro che questo non implichi alcun’interpretazione o vincolo causale, ma abbia favorito una maggior omogeneità, anche esperienziale, fra i partecipanti, oltre che modalità più agevoli di reperimento e incontro degli stessi e l’evitare di interfacciarsi a persone che per svariate motivazioni decidono di non accedere più al servizio.

Per gli stessi motivi, si è scelto di includere solo coloro che erano nelle primissime fasi del programma (quindici giorni massimo), considerando l’aspetto mutevole che denota i contenuti rilevati in relazione alle esperienze vissute nella struttura e sottolineando l’importanza di interfacciarsi precocemente ai nuovi utenti.

L’incontro con circa metà dei partecipanti, inoltre, è avvenuto in un momento di isolamento precauzionale degli stessi, dettato dalle politiche di ingresso in strutture residenziali legate all’emergenza Covid-19.

Questo ha favorito la rilevazione di produzioni discorsive operate da persone già presenti all'interno della CT, senza per questo aver partecipato ad attività e interagito coi discorsi praticati nella quotidianità del servizio.

Strumento di ricerca

Lo strumento scelto consiste in un questionario a domande aperte composto da otto quesiti, costruiti in modo tale da indagare le tre aree tematiche di riferimento per la ricerca, ossia pratiche discorsive relative al servizio, al trattamento e ad aspetti identitari e di definizione di sé.

Nello specifico, i quesiti sono:

1. Come sei arrivato a prendere la decisione di entrare in CT?
2. Quali sono le situazioni per cui consiglieresti a una persona di rivolgersi ad una CT?
3. Come pensi che possa realizzarsi il percorso di trattamento in una CT?
4. Quali obiettivi intendi raggiungere in questo percorso?
5. Come la CT potrebbe agevolarti nel raggiungere i tuoi obiettivi?
6. Immagina di essere alla fine del trattamento con la CT in cui ti trovi, cosa pensi sarà cambiato rispetto a oggi?
7. Come descriveresti una persona che accede a una CT per consumatori di sostanze psicotrope legali e illegali?
8. Come descriveresti te stesso in relazione al tuo inserimento in CT?

Le domande sono state progettate in modo tale da promuovere risposte aderenti a determinati temi pur permettendo una potenziale ampiezza di contenuti e forme (Baciga & Fenini, 2019).

La scelta dei termini è stata mossa dall'intento di evitare qualsiasi accezione valoriale e di giudizio, utilizzando forme il più possibile generiche e scevre da teorie esplicite, pur essendo impossibile privare il linguaggio dei suoi vincoli intrinseci e tenendo presente l'inevitabile influenza che l'adottare determinate formulazioni ha nel modo in cui vengono formulate le risposte.

Ancora una volta, questo diventa problematico solo parzialmente, dato l'assunto che ogni produzione discorsiva sia inevitabilmente interattiva - anche nel dialogo con sé stessi - e che quindi non sia possibile accedere a una versione neutra e autentica della stessa, non per impedimenti metodologici ma per sua ontologica inconsistenza (Burck, 2005) (Lupton, 1992).

Posto ciò, si sono comunque adottati vocaboli che possano facilmente lasciare ampio spazio a risposte molteplici e differenti.

La scelta delle domande aperte è imprescindibile per le teorie epistemologiche adottate, mentre la forma scritta e strutturata è conseguenza di alcune riflessioni.

In prima istanza si è scelto di costruire un questionario parzialmente analogo a quello che ho visto somministrare come prassi operativa durante il mio tirocinio magistrale, periodo in cui ho avuto modo di valutarne la generatività e la pertinenza in relazione a metodologie d'analisi di produzioni discorsive.

La forma dei quesiti li rende anche utili strumenti d'intervento, data la loro intenzione di generare impliciti di responsabilizzazione e di orientamento alla progettualità, temi che verranno poi mostrati come centrali.

La compilazione scritta e autonoma, inoltre, ha permesso ai partecipanti di esprimersi più liberamente in relazione a temi fonte di reticenze e vergogna, data la criticità del condividere elementi particolarmente personali e talvolta spiacevoli con un ricercatore sconosciuto.

La forma scritta ha anche vincolato a una certa linearità discorsiva e argomentativa, favorendo alcune riflessioni circa l'uso processuale di determinate costruzioni retoriche.

Pur marginalmente, poi, vi è stata una motivazione pragmatica e dettata dalla situazione precaria e mutevole causata dall'emergenza Covid-19.

Questa avrebbe reso potenzialmente critico il portare avanti interviste che avrebbero richiesto l'accesso alle strutture per un tempo prolungato, in un momento in cui non v'era alcuna certezza sulla possibilità o meno di farlo, con eventuali modalità telematiche che sarebbero state logisticamente problematiche per i servizi.

Per il modo in cui la ricerca è stata pensata, la forma scritta avrebbe reso più agevole il condurre la ricerca a distanza avvalendosi della collaborazione dei servizi.

Non vi erano vincoli di tempo e lo spazio era ampiamente sufficiente per articolare una risposta complessa, tanto da essere stato sfruttato raramente in toto.

Generalmente, il tempo impiegato per rispondere è stato fra i venti e i settantacinque minuti.

Metodologia d'analisi

L'analisi è stata ancorata ai presupposti teorici e metodologici propri dell'Analisi del Discorso (DA), intesa nella sua accezione di metodo sovraordinato, epistemologicamente caratterizzato da realismo concettuale, poi declinato in una molteplicità di prassi specifiche.

La DA si focalizza sulle conversazioni e i testi concependoli come pratiche sociali, ragionando sulle risorse da cui si attingono gli elementi attraverso cui queste prendono forma (Potter, 1996).

L'attenzione è rivolta agli strumenti retorici e le strutture linguistiche, integrando una mera analisi di contenuto con una relativa ai processi discorsivi per il cui tramite si riproduce una certa ideologia e si generano coerenti possibilità d'azione (Lupton, 1992) (Wetherell, 1998) (Wetherell & Potter, 1988).

Viene rimarcata l'essenza socio-politicamente situata di ogni parlante, assumendo la natura distribuita della conoscenza umana, rifiutando l'idea di oggettività o verità universale di quanto detto e concependo i discorsi come frutto di processi interattivi e discorsivi piuttosto che conseguenze di entità mentali intra-cognitive, interrogandosi circa il significato, tramite una prospettiva etnografica, che ogni discorso ha nello specifico contesto in cui è prodotto.

Il processo stesso della rilevazione dei testi sarà quindi oggetto d'esame, in quanto il ricercatore entra inevitabilmente a far parte della realtà in cui questi sono generati, attraverso la sua richiesta esplicita di rendere conto di sé e ciò che egli incarna e rappresenta.

Non si rifiuta l'idea di una cognizione individuale, ma si ritiene impossibile accedere a ciò che le persone "realmente pensano", essendo sempre coinvolte in una qualche forma di interazione sociale, anche nella sua apparente assenza (Goodman, 2017).

È anche per questo che le risposte date verranno analizzate solamente in quanto strettamente legate ai quesiti che le elicitano, non concependole come atteggiamenti generici svelati dalle domande ma ritenendole vincolate al modo in cui sono state sollecitate e prodotte.

Discorso e pensiero sono dialetticamente e bi-direzionalmente relati, senza ritenere il primo una mera estrinsecazione del secondo e sottolineando come le pratiche comunicative concorrano al tentativo di dare un senso, accettato socialmente, all'esperienza (Mantovani, 2008).

Coerentemente a tali premesse, questo lavoro non ha lo scopo di capire cosa i partecipanti pensino o sappiano, ma di comprendere come questi agiscano attraverso il linguaggio attingendo da discorsi socialmente salienti, operandone una personalizzazione asservita a obiettivi intenzionali e non, espliciti e non.

È quindi possibile ragionare sul tipo di realtà che tali discorsi concorrono a generare e sulle implicazioni pragmatiche così promosse.

Al contempo, i partecipanti non vengono considerati i soli responsabili di quanto generato, essendo solo co-autori del significato via via assunto dai testi prodotti, ed è quindi importante soffermarsi sul senso che quest'ultimi hanno entro un contesto discorsivo particolarmente connotato e chiuso quale la CT. Il potere conferito ai servizi è infatti, tra gli altri, quello di sancire la propria rappresentazione della realtà come naturale, neutrale, vera.

Il parlare diventa così *performance*, promuovendo una riflessione circa il *setting* e gli interlocutori coinvolti, oltre che gli ordini morali implicati culturalmente e istituzionalmente (Van Langenhove, 2017).

Attraverso l'analisi del linguaggio usato si cerca di evidenziare come le persone usino determinate narrazioni per costruire versioni differenti di realtà, costituendosi e plasmandosi dal punto di vista identitario in una continua rinegoziazione mediata linguisticamente (Burck, 2005).

Ci si sofferma su una serie di immagini, rappresentazioni, storie, ecc. valutando come queste vengano integrate all'interno di una coerenza narrativa per promuovere determinate immagini di sé e del mondo.

Adottando una serie di repertori di matrice collettiva, il consumo di sostanze viene narrato a partire da una molteplicità di teorie culturalmente disponibili, rese più o meno pertinenti dalle peculiarità della situazione in cui vengono evocate.

In linea con quanto detto nei capitoli introduttivi, le significazioni autobiografiche e le teorie circa droghe e “drogati” diventano tasselli di una realtà discorsiva entro cui i consumatori si muovono. L’ingresso nella CT comporta l’interazione con un’organizzazione che è al contempo creata momento per momento tramite le interazioni e sua volta contesto entro cui queste assumono senso e contenuti (Mantovani, 2008), luogo in cui i discorsi sono contemporaneamente i prodotti e gli elementi unificanti.

Il legame fra i testi prodotti e il gruppo sociale, in questo caso consumatori di sostanze che accedono a servizi terapeutici, non è causale e ci si distanzia dall’idea che alcune caratteristiche intrinseche dei partecipanti spieghino linearmente quanto detto (Potter & Wetherell, 1987).

Come detto, la DA si focalizza principalmente sulle azioni performatate tramite un certo discorso, sulle sue implicazioni e su cosa esso permetta (concretamente o in potenza) di ottenere, operando una parziale sovrapposizione fra il descrivere e il fare (Goodman, 2017) (Austin, 1962/2019).

Per approfondire questo carattere di manifesta intenzionalità del parlante, si è scelto di avvalersi del costrutto del Posizionamento (Davies & Harrè, 1990) (McVee et al., 2018) (Harrè & Van Langenhove, 1991) (Harrè & Moghaddam, 2014).

Questo permette di dare risalto agli aspetti dinamici attraverso cui prende corpo discorsivamente la formazione del sé, contrapposto alla staticità del “ruolo”.

Come affermato da Davies e Harrè (1990), una volta assunta una particolare posizione come propria, una persona vede inevitabilmente il mondo da tale prospettiva e nei termini delle particolari immagini, metafore, *story lines* e concetti che sono resi rilevanti entro le specifiche pratiche discorsive in cui ci si è posizionati.

Il posizionamento può coincidere con l'assunzione di un ruolo, in particolare nel momento in cui è presente un pre-posizionamento connesso allo status istituzionale di cui si gode (Hirvonen, 2016), come nel caso dell'utente di CT a cui viene chiesto di rendere conto di alcune esperienze biografiche e prospettiche e la cui libertà espressiva, inevitabilmente, è minata da alcuni impliciti di legittimità e pertinenza di alcune narrative all'interno del servizio.

Allo stesso tempo, ci si può riferire al posizionamento in termini di identità ben caratterizzate o meri oscillamenti di responsabilità, agentività e potere.

Attraverso il posizionamento si manifesta la forza illocutoria e intenzionale del parlante, che usa le parole per locare sé stesso e gli altri entro un sistema di diritti e doveri e, volontariamente o meno, mette in atto determinate conseguenze (Stephens et al., 2004).

Particolare rilevanza è assunta all'interno di una dimensione conversazionale, andando a influire sul decorrere dello scambio interattivo, ma il posizionamento si può formulare anche entro il dialogo con sé stessi (Harrè & Van Langenhove, 1991), come parzialmente avviene in questo lavoro.

La posizione si genera tramite affermazione e contrapposizione: viene favorita la collocazione entro gruppi denotati da caratteristiche funzionali agli intenti comunicativi sottostanti al discorso, distanziandosi tramite un processo di *othering* dai gruppi ritenuti non desiderabili e costruendo confini simbolici fra *in-group* e *out-group* (Copes, 2016). Questo processo prende forma utilizzando una serie di risorse culturali e alcune narrative ritenute dati di fatto, su cui imbastire narrazioni socialmente validate che coagulano entro un sistema pronominale (Selseng & Ulvik, 2016) (Davies & Harrè, 1990).

Come evidenziato in Harrè e Van Langenhove (1991), le posizioni posso essere di diversa natura e ordine, sottolineando come esse esistano entro un ordine morale che ne valida implicitamente la legittimità, il senso e la pertinenza.

Nei testi di questo lavoro ci si riferisce principalmente a auto-posizionamenti deliberatamente prodotti, entro cui i partecipanti costruiscono la propria agentività mediando la distribuzione di responsabilità circa le condotte operate e gli eventi biografici ritenuti rilevanti.

Al contempo, l'ingresso in una CT e la conseguente assunzione del ruolo di utente di comunità, porta a una progressiva sovra-imposizione di determinati auto-posizionamenti forzati: quando un'istituzione ha il potere di operare alcune scelte circa le persone che la popolano, operando giudizi morali e sul loro comportamento, chiede a queste di rendere conto di sé, promuovendo l'assunzione della posizione d'agenti. Tale posizione, però, può essere rigettata, fino all'affermazione della mancanza di consapevolezza e controllo dei propri agiti.

Come verrà poi approfondito, quindi, la ricerca stessa promuove alcune posizioni puramente dovute alle dinamiche interattive soggiacenti.

Le posizioni assunte diventano rilevanti in quanto mediano l'interazione fra utente e servizio, oltre che il dialogo che l'utente porta avanti con sé, permettendo di valutare le implicazioni per il decorso del programma e per le specificità della fase d'ingresso in struttura.

Il processo d'analisi è stato portato avanti individualmente e attraverso una lettura approfondita dei testi, operata separatamente in relazione alle tre macro aree tematiche su cui è andato a svilupparsi il lavoro.

Ci si è soffermati sui processi discorsivi utilizzati, attraverso cui contenuti anche differenti hanno assunto coerenza entro una medesima configurazione, rispettivamente della CT, del trattamento e di sé.

I repertori utilizzati dai partecipanti, relativi a contenuti quali teorie, immagini, metafore ecc. sono stati rilevati ragionando sul loro utilizzo in rapporto alle posizioni generate,

evidenziando che tipo di realtà hanno permesso di costruire, oltre che le loro funzioni e le possibili implicazioni collegate (Potter & Wetherell, 1987).

I risultati sono stati riportati evidenziando il contenuto della configurazione generata e mostrando poi i processi discorsivi sottesi, riportando numerosi stralci dei testi per supportare empiricamente le riflessioni fatte (Bondarouk & Ruël, 2004).

Dati i presupposti teorici sottostanti, non si è ricercata una significatività statistica di quanto raccolto ma si è dato maggior risalto agli elementi trasversali a una pluralità di partecipanti, talvolta mostrando anche elementi scarsamente rappresentati se ritenuti emblematici di alcuni discorsi socialmente praticati.

5. RISULTATI

Come viene configurata la Comunità Terapeutica?

Le riflessioni relative alle modalità tramite cui consumatori di sostanze configurano il servizio a cui accedono derivano dalle risposte date dai partecipanti ai primi due quesiti loro proposti, ossia:

1. Come sei arrivato a prendere la decisione di entrare in Comunità?
2. Quali sono le situazioni per cui consiglieresti a una persona di rivolgersi a una Comunità?

Tali domande hanno permesso di rilevare come i neo-utenti rendano conto delle situazioni che a loro parere hanno favorito l'ingresso nel servizio, evidenziando come la CT assuma un significato differente per ciascuno, nonché per chiunque vi si interfacci.

Alla CT vengono conferite caratteristiche, pratiche e obiettivi diversi coerentemente alla natura delle criticità che, adottando contenuti e processi differenti, sono state riportate.

Conseguentemente alle configurazioni prodotte, vengono a generarsi alcuni posizionamenti che promuovono certe azioni potenziali, dettate da diritti e doveri collegati, nei confronti del servizio e del programma.

1.1 CT come rifugio

Lungi dall'essere configurata meramente come struttura terapeutica, la CT emerge come catalizzatrice di una molteplicità di disagi da cui si cerca affrancamento tramite una

fondamentale estromissione dall'incedere costante del quotidiano, per trovare uno spazio di accoglienza e sostentamento, oltre che riparo e contenimento.

Piuttosto che sul consumo in sé, spesso le motivazioni addotte nel momento dell'ingresso nel servizio si focalizzano principalmente sull'insostenibilità delle conseguenze di esclusione sociale e d'incapacità ad adempiere mansioni basilari, non sempre riportate come esplicitamente derivanti dalle condotte d'abuso. **[1. lenire la solitudine – 2. affrancarsi dalle difficoltà a garantirsi un sostentamento di base]**

Contenuti quali la solitudine o la disoccupazione risultano primari, pur favorendo differenti posizionamenti - sottesi da impliciti riguardanti responsabilità e/o colpa - a seconda delle modalità con cui vengono presentati discorsivamente e in relazione ai processi di significazione adottati per rendere conto di come tali situazioni siano venute a generarsi.

“Se si è tossicodipendenti e si è soli tante volte non si sa dove sbattere la testa, ci si vede senza vie d'uscita: senza dubbio la comunità è un aiuto importante” - “Anche solo facendo sentire la persona in un posto sicuro, dove poter affrontare le sue paure con gente capace”.

La vita viene concepita come “scivolare via”, senza riuscire a “mantenere un'attività lavorativa o una quotidianità sobria”. “Non ce la facevo più a vivere”, dopo aver perso “il lavoro, la ragazza, la famiglia, la dignità, il rispetto per me stesso”.

Ancorandosi a una retorica fondata sulla perdita del controllo, delle competenze e di sé, viene a generarsi una narrazione biografica che concepisce la CT come ultima alternativa a ridosso di conseguenze irreversibili. **[3. riprendere il controllo – 4. evitare eventi potenzialmente rischiosi/letali]**

“Quando la tua vita è totalmente influenzata dalla sostanza. Nel momento in cui vorresti smettere ma non riesci e anzi continui verso quella direzione; quindi, ha totalmente il

controllo della tua forza di volontà”, così come “quando arrivi a perdere il tuo autocontrollo e quando non sai più che decisioni prendere nella tua vita”.

Narrandosi come incapaci e non all'altezza del portare avanti scelte votate alla gestione del consumo e al distanziamento dai contesti che ritengono favorirlo, diversi partecipanti si posizionano come bisognosi di un aiuto che non si manifesta tanto nelle pratiche, specialistiche e non, condotte in CT, quanto semplicemente in un dislocamento fisico e simbolico dalle sostanze. **[4. allontanarsi fisicamente e simbolicamente dalle sostanze]**

La natura istituzionalizzata e residenziale della CT viene considerata funzionale al ritagliare uno spazio dove poter anche solo pensare all'inserire elementi di cambiamento che altrimenti cozzano con condizioni di degrado dovute a esclusione sociale, difficoltà economiche o incapacità di modulare il consumo di sostanze.

La CT diventa anche una possibilità di respiro e distanziamento dalle costrizioni di un'identità stereotipata e stigmatizzata che sembra vincolare a un'etero-tipizzazione connotata e limitante, seppur l'ingresso in un servizio sia a sua volta un evento rilevante che posiziona inequivocabilmente come *“tossicodipendenti”* agli occhi degli altri: *“non è facile accettare di essere marchiati dalla società, perché non prendiamoci in giro, le persone ti guardano in maniera diversa”*. **[5. ricercare un respiro dai vincoli della stigmatizzazione sociale]**

Parte degli utenti adotta un posizionamento volto alla ricerca passiva d'assistenzialismo, dove questi si configurano come iscritti in dinamiche altrimenti non gestibili al di fuori del servizio, portando una vaga richiesta d'aiuto non operazionalizzata.

La CT viene configurata come salvifica di per sé, per prevenire lo *“sprofondare nell'abisso”* o il rischio concreto di perdere la vita: *“quando una persona [...] ha superato i propri limiti e sta rischiando che accada qualcosa di irrimediabile”*.

In più occasioni ci si riferisce al “*toccare il fondo*” come imprescindibile affinché la CT diventi un’opzione, sottolineando come la scelta di accedervi sia estremamente vincolata a un vissuto contingente e momentaneo di disagio piuttosto che alla progressiva maturazione intenzionale di un progetto di cambiamento.

Solo pochi utenti hanno sottolineato il decorso longitudinale di un’aspirazione alla cessazione del consumo, portando l’accesso in CT come frutto di una serie di pensieri “*sempre più frequenti e presenti da anni*” che hanno poi trovato concretezza a causa di determinati “*eventi scatenanti*”, quasi sempre legati a questioni giudiziarie, lavorative, familiari o di rischio.

La genesi di tale situazione di rischio viene dipanata lungo la bipolarità impotente-responsabile (Harrè & Van Langenhove, 1991), in modo tale da diventare il risultato rispettivamente del contatto con una sostanza intrinsecamente ingestibile o di condotte scriteriate e deliberate (“*ricerca di andare oltre, che non è mai abbastanza, avere quella voglia insana di trasformare qualcosa di piacevole quasi sempre (droghe – alcol – gioco) in qualcosa di negativo*”).

Complessivamente, sembra venire meno il tentativo di normalizzazione dei propri agiti passati, a scapito di una drammatizzazione e colpevolizzazione e di un posizionamento volto al biasimare sé stessi.

1.2 CT come liberazione definitiva

Complementare all’idea di CT come rifugio, in quanto basata sul medesimo processo di interruzione di condotte altresì ingestibili, è il configurare la CT come luogo di definitiva emancipazione: laddove i consumi vengono configurati come dipendenza, se non esplicitamente “*malattia*”, si attinge a discorsi relativi alla liberazione e alla cura,

reificando le proprie criticità e inscrivendole quindi in dinamiche *aut-aut* che non anticipano spazio di mediazione, se non quando ne viene data per scontata la natura cronica e quindi si palesa come unica alternativa un'implementazione di competenze di gestione (*“capire ed imparare definitivamente come convivere con questa maledetta e ingannevole patologia cronica che si chiama dipendenza”*). **[6. implementare competenze di gestione]**

Per alcuni, la presa di coscienza di *“avere una dipendenza”* viene portata come discriminante per la decisione di rivolgersi o meno ai servizi, denotando la CT come luogo d'elezione per *“curarla”*. **[7. curare la dipendenza]**

Si afferma di voler *“liberarsi definitivamente dalla dipendenza”* e *“interrompere definitivamente l'uso di sostanze”*, a fronte dell'idea che *“se una persona fa uso è giusto che in un momento della sua vita decida di farsi curare e uscire definitivamente da questo tunnel”*.

Il servizio è pensato come auspicabilmente risolutivo, senza articolare un'integrazione con un prima o un dopo, né con interventi d'altra natura, ritenendolo un luogo dove semplicemente *“dire basta”*, ponendo inoltre l'accento sul supposto ruolo persuasivo che si pensa un servizio dovrebbe avere nell'incentivare la decisione di aborre le droghe.

[8. persuadersi a decidere di interrompere i consumi]

Concepire il processo di recupero sotto forma di scelta (*“dire basta”*), inoltre, riduce la CT a luogo di cessazione dei consumi, la cui natura è prettamente decisionale e non frutto di un processo progressivo e multifocale.

Emblematico di quanto detto è il fatto che la CT assuma l'aspetto di un *“tentativo”* (*“ho deciso di tentare questa strada”* - *“dopo aver fatto diversi tentativi di smettere [...] ho deciso di fare questo percorso più lungo”* - *“consiglierei di tentare questo percorso ad una persona che, dopo vari tentativi (es: Serd), non è riuscita a interrompere*

definitivamente l'uso di sostanze”), in cui il fallimento è già preventivato e il successo è valutabile secondo criteri ben precisi, che ruotano solamente attorno al reiterare o meno il consumo dopo il percorso comunitario.

L'astinenza diventa obiettivo primario, finalità in sé e per sé che non viene quasi mai posta come alternativa all'implementazione di pratiche e processi di riduzione del danno.

La natura definitiva di questa “*liberazione*”, infatti, suggerisce l'idea che il percorso comunitario sia concluso in sé stesso, dove attraverso una serie di pratiche si va a estirpare il nucleo del consumo per poi “*ripartire da zero*”. **[9. ripartire da zero]**

Si predilige una posizione di oggettivazione e allontanamento da sé della “*dipendenza*”, concepita come realtà ontologicamente data, che non suggerisce una messa in discussione della persona nella sua interezza, ma piuttosto di un aspetto circoscritto quale il rapporto con la sostanza.

Viene quindi gestita discorsivamente la mediazione fra una posizione d'assunzione di responsabilità e autocritica con una di passività e inevitabile soccombere davanti a una droga che è “*bestia*”, descritta principalmente privilegiando una definizione medicalizzante di “*dipendenza*”, “*sostanza*” e “*patologia*”, in cui “*si è caduti*” come conseguenza lineare di “*eventi scatenanti*”, “*persone sbagliate*” o un generico “*qualcosa che ti ha portato ad usare le sostanze*”.

L'utilizzo pronominale e la forma attiva/passiva dei verbi costituiscono alcune strategie discorsive funzionali alla distribuzione di responsabilità: ne sono esempi le affermazioni “*la dipendenza ti rende sordo prendendoti in possesso*”, “*la droga mi ha emarginato da tutto e tutti*” o “*le sostanze ti stanno creando dei problemi*”, contrapposte a “*la vita che mi ero creata era vincolata solo dall'uso di sostanze*” o “*stavo facendo del male a me stesso e a tutte le persone che mi vogliono bene*”.

Questo, ovviamente, implica un posizionamento differente nei confronti del servizio e delle richieste di cambiamento che inevitabilmente porta, ponendosi come ricettori passivi di un intervento operato da altri o come imprescindibili attori del proprio percorso.

1.3 CT come scoperta di sé e di nuovi valori

Distanziandosi dall'idea di CT come solo percorso di cura, molti partecipanti si riferiscono al servizio come luogo educativo e di maturazione, dove capire, capirsi e imparare valori altri (*“sani”* o *“normali”*) su cui impernare una nuova vita: *“ritrovare me e capire che ci sono cose migliori da fare”*, *“prendere la via o il sentiero che può tracciare chi sono e chi vorrò essere”* a partire dal presupposto che *“credo che la CT rafforzi il carattere, ma ti lasci sempre quelle sfumature che permettono al proprio io di emergere”*.

Narrandosi come moralmente viziati e corrotti da un lungo periodo di abuso che ha portato a *“non riuscire più a capire chi sono diventata e vedere gli anni passare e rimanere dentro il circolo vizioso”*, alcuni utenti si posizionano come alla ricerca di un ambiente dove apprendere valori e regole propri di una vita senza sostanze, sottolineando la necessità di trovare uno spazio dove poter confrontarsi con sé stessi e *“mettersi alla prova a mente lucida per vedere meglio il mio problema e affrontarlo senza ogni volta scappare e dire ma sì tanto non cambia niente”*. **[10. apprendere valori e regole di una vita priva di sostanze]**

La *“vita allo sbando”* e il *“buttarsi via”* vengono contrapposti alla CT come modo per *“dare un senso alla vita”*, reiterando una mortificazione e drammatizzazione di sé e della propria biografia e ponendo la CT come depositaria di una responsabilità di radicale trasformazione assiologica. **[11. conferire un senso alla vita]**

Le condotte d'abuso vengono riportate come lesive di una supposta *“vera identità”*, configurando la CT come potenziale riemergere di un sé autentico: *“capire chi siamo al di fuori dell'utilizzo”*. **[12. riscoprire un proprio sé autentico]**

La sostanza viene concepita come entità a cui si è stati interamente devoti *“per una mentalità negativa o sbagliata”* a scapito di *“altri valori più importanti”*, focalizzando il processo di cambiamento su una maturazione identitaria complessiva, concretizzata nel *“rafforzare il carattere”* e *“fare i conti con il mio passato, le mie emozioni e la mia autostima”*, anche se l'ingresso in CT viene configurato raramente come dovuto a disagi psicologici ed esistenziali indipendenti dall'uso (*“lavorare su quello che veramente ci fa star male e buttar fuori le nostre vere emozioni”*).

[13. ricercare una maturazione e confrontarsi con i propri problemi]

Nella quasi totalità dei partecipanti si fa riferimento all'aspirazione al *“ricominciare”*, al *“riprendere in mano la vita”*, alla *“vita normale che conducevo prima di iniziare”*, senza problematizzare la propria biografia antecedente all'inizio dei consumi, o il percorso che ha portato al consumo, e quindi senza ricondurre l'ingresso in CT ad aspetti di sé che esulano dall'incapacità a gestire le sostanze o dall'incidenza che queste hanno avuto.

La sostanza diventa l'elemento chiave della deriva valoriale e identitaria, perno attorno a cui si è sviluppata la persona e non elemento con cui questa ha interagito dialetticamente.

In breve, è il consumo che, attraverso un processo giustificativo, è configurato come causa di una deriva rovinosa.

La posizione generata è quella di un'aspirazione - e quindi una preventiva accettazione - a un cambiamento che si manifesti attraverso la *“riflessione”* e la comprensione di aspetti specificatamente legati al consumo di sostanze. **[14. riflettere sulle proprie condotte passate]**

1.4 CT come simbolo di cambiamento

Per una parte dei neo-utenti l'ingresso in CT assume un valore comunicativo strategico all'interno del contesto sociale da cui provengono, in particolare in relazione alla famiglia.

Nell'atto di aderire a un servizio terapeutico coesistono la dimensione del favorire l'assunzione di identità *"tossicodipendente"* e del tentare di risignificarla assumendo la posizione di chi è consapevole dei propri disagi e disposto a chiedere aiuto, fino ad aderire all'identità di malato.

[15. assumere la posizione di malato/pentito/sofferente a scapito di quella di colpevole e moralmente viziato]

La scelta di rivolgersi a un servizio sembra manifestarsi come successiva a una dinamica di incoraggiamento, o vero e proprio convincimento, che è talvolta esplicita (*"sono arrivata al punto in cui mia mamma non ne poteva più [...], quando il mio psichiatra nel quale ritengo molta fiducia mi ha detto che era la soluzione migliore ho accettato"* – *"in particolare grazie alla mia famiglia ho avuto il tempo di fermarmi un attimo e pensare un po' a quello che stavo facendo"*) e talvolta conseguenza della progressiva perdita di riconoscimento e prossimità spaziale ed emotiva da parte dei familiari.

Questa, che sia già in atto o solo minacciata (*"non perdere le persone che mi vogliono bene, la mia compagna i miei genitori e mia figlia"*), viene riportata sovente come motivazione primaria nella decisione di rivolgersi alla CT, portando a quesiti generici e scarsamente operazionalizzati che ruotano attorno a contenuti di riconquista e riscatto (*"la voglia di entrare in comunità è nata dal bisogno di un riscatto sociale per dimostrare alle persone che sono cambiato e quindi avere un lavoro dignitoso, e soprattutto la soddisfazione delle persone che mi vogliono bene"* – *"ho scelto di entrare in comunità"*

per rifarmi” “ho preso la decisione perché ormai ero a terra e voglio riprendere in mano la vita”). **[16. accontentare le richieste familiari per tentare di essere nuovamente accolti – 17. usare l’ingresso in CT come evidenza di cambiamento, richiesto da servizi sociali/datori di lavoro/commissioni ecc.]**

L’abbandono da parte degli altri significativi sembra essere la principale evidenza di fallimento esistenziale, e ciò richiede una riflessione sul come questi contenuti diventino primari specialmente nel momento in cui si entra in una struttura come la CT.

L’ingresso nel servizio diventa scelta mediata da alcuni impliciti di reciprocità connaturati all’ambito familiare e legati al carattere morale di tale posizione (Harrè & Van Langenhove, 1991), in particolar modo quando viene assunto il ruolo di genitore e si sottolineano le responsabilità a esso associate (*“sono entrata in comunità perché ho un figlio di 11 mesi e la vita che stavo facendo non è consona [...] voglio fare il percorso di comunità e andare da mio figlio pulita e avere una famiglia giusta e normale”*).

[18. comunicare il proprio intento di essere una figura genitoriale idonea]

Talvolta risulta chiaro il tentativo di negoziare discorsivamente la posizione di figlio/a o genitore e quella di persona sola/emarginata, mediandone l’incongruenza: questo sembra funzionale al preservare una visione di sé come meritevole d’amore a prescindere dalle condotte operate, mantenendo attiva la speranza di essere nuovamente accolti grazie al percorso nel servizio.

Un utente, ad esempio, porta avanti al contempo una narrazione di *“emarginato da tutto e tutti”*, *“famiglia che mi ha cacciato di casa dopo la custodia cautelare facendomi terra bruciata con tutte le persone”* e una di *“insistenza delle persone a me care”* e *“soddisfazione delle persone che mi vogliono bene”*, mediandone la coesistenza anche attraverso l’utilizzo pronominale (Van Langenhove & Harrè, 1993) (Davies & Harrè, 1990).

“A me personalmente mi ha spinto la continuata insistenza delle persone a me care”
introduce poi una impersonale *“perdita dell’amore e amicizie e soprattutto famiglia”*, in cui ci si svincola da contenuti riferiti a come la persona abbia concorso affinché tale situazione sia venuta a generarsi.

2. Come viene configurato il trattamento?

Integrando quanto detto relativamente alle significazioni della CT come servizio e istituzione, si è poi cercato di rilevare come gli utenti configurino il trattamento a cui andranno incontro durante il programma.

I quesiti progettati per approfondire tale tema sono:

3. Come pensi che possa realizzarsi il percorso di trattamento in una CT?
4. Quali obiettivi intendi raggiungere in questo percorso?
5. Come la CT potrebbe agevolarti nel raggiungere i tuoi obiettivi?
6. Immagina di essere alla fine del trattamento con la CT in cui ti trovi, cosa pensi sarà cambiato rispetto a oggi?

È così possibile promuovere una riflessione relativa al rapporto dialettico fra quanto viene proposto durante un programma terapeutico e come i neo-utenti si posizionino nei suoi confronti.

Tale posizione prende forma a partire da una serie di modalità e teorie inerenti alle proprie problematiche, alle pratiche ritenute utili per fronteggiarle, alle prassi concepite idonee per un servizio e agli obiettivi anticipati come perseguibili fruendone.

Alcuni aspetti vanno inevitabilmente a sovrapporsi a quelli affrontati nel paragrafo precedente, ma sono stati analizzati distintamente per le motivazioni addotte nel capitolo relativo a obiettivi e metodologia.

2.1 Trattamento come disintossicazione

Per una parte esigua degli utenti il trattamento è parzialmente saturato da un mero processo di disintossicazione, a partire da cui gli obiettivi sono quelli della dismissione

di una terapia farmacologica, generalmente sostitutiva, e dell'accumulo quantitativo di astinenza, oltre che l'auspicio di una migliore modulazione dei sintomi d'astinenza grazie al supporto derivante dallo staff e dalle proprietà del contesto.

Pur venendo spesso configurata come una messa alla prova funzionale allo sviluppo di competenze di gestione, l'astensione dal consumo di sostanze e dal supporto farmacologico viene anche riportata come fine in sé, già manifestazione di un avvenuto cambiamento: *“ogni giorno è importante avere un giorno in più di astinenza da sostanze”, “eliminare i farmaci”, “eliminare il consumo di metadone”,* con un trattamento che si realizza *“già non toccando più droghe”*. **[1. accumulare giorni d'astinenza – 2. scalare/dismettere i farmaci]**

Per un utente in particolare la CT può essere un'agevolazione meramente *“aiutandomi nel periodo di astinenza, che non so quanto forte possa essere”*. **[3. gestire i sintomi d'astinenza]**

Al contempo viene anticipata la criticità derivante dal progressivo scalaggio farmacologico e dall'incrementarsi longitudinale del desiderio di consumare, dando per assodate alcune tappe evolutive del percorso e, indubbiamente, favorendone la costruzione.

L'isolamento sociale e fisico derivante dalla natura residenziale del servizio viene portato come strategico per supportare i processi di affrancamento dal consumo, focalizzandosi sulle agevolazioni che il contesto comunitario fornisce per l'astinenza/scalaggio senza riportare le criticità che un servizio istituzionalizzato può presentare, se non la difficoltà ad accettarne la durata e le limitazioni degli incontri con familiari/amici.

2.2 Trattamento come intervento psicologico

Buona parte degli utenti riconduce il nucleo dei propri disagi a questioni di natura emotiva e cognitiva, attingendo da un vocabolario psicologizzante che promuove la messa in campo di strategie terapeutico-consulenziali di natura, appunto, psicologica.

In generale si riscontra una difficoltà a costruire argomentazioni che fungano da collante fra il *cosa fare*, nel senso di quale strategia e pratica considerare funzionale, e il *perché farlo*, ossia come questo si riverberi poi su una modifica dei disagi così come configurati: è un esempio l'utilizzo smodato di riferimenti a “*traumi*”, “*demoni*” e “*lati oscuri*” senza che questi vengano chiaramente relati al consumo se non attraverso un principio causale estremamente vago e individualizzante, privo di riferimenti contestuali e processuali.

La teoria del cambiamento che soggiace alle risposte date sembra quindi o assente (pur nell'impossibilità epistemologica del non averne una) o vaga e stereotipata, estremamente dipendente dai discorsi praticati nei servizi e a livello *mainstream*.

Coerentemente a questo, gli obiettivi di natura psicologica si pongono principalmente su due livelli: il capire e il risolvere/sconfiggere.

La dimensione della comprensione, legata a contenuti quali il “*capire la causa effetto di determinate regole-pensieri*”, “*capire cosa mi porta a fare sempre gli stessi errori*” o “*capire dove ho sbagliato nel passato che mi ha portato a consumare sostanze*”, viene considerata compito della CT, e gli utenti si posizionano come in balia di forze interne e quindi come ricettori passivi di un processo di svelamento e chiarificazione, persuasione e indottrinamento.

La dimensione della risoluzione/sconfitta, invece, viene ancorata a contenuti quali “*superare i traumi che mi hanno portato all'uso di alcol*”, “*uscire da questa profondità di oscurità e ritornare alla luce*”, “*lavorare sugli angoli bui che non ho mai affrontato*”

o *“liberarmi dal desiderio ossessivo delle sostanze”*, ancora una volta legandoli causalmente al consumo e portando avanti dichiarazioni d'intenti scarsamente relate a operazioni concrete percorribili. **[4. affrontare traumi/demoni/angoli bui]**

Le strategie anticipate funzionali sono diverse: in primo luogo quella del confronto, approfittando delle caratteristiche di un servizio come la CT in cui vige una quasi totale condivisione e promiscuità spaziale con gli altri utenti, pur nel paradosso di concepire il *“capire di potercela fare da soli”* come un obiettivo. **[5. confrontarsi con gli altri utenti]**

Viene attribuita estrema rilevanza anche ai momenti formalmente strutturati di condivisione, quali i gruppi, prefigurando un aspetto generativo derivante dalla libertà di condividere aspetti di sé personali e dalla pluralità di prospettive a cui attingere.

[6. condividere elementi biografici e personali – 7. contemplare nuove prospettive]

Attraverso questi spazi si ritiene possibile operare una fondamentale ristrutturazione cognitiva votata alla ricerca di un *“cambio di mentalità”*, di *“visione della vita”*, che dovrebbe favorire la maturazione di un pensiero che supporti la presa di coscienza definitiva che *“il consumo mi ha rovinato la vita”*, *“non posso più permettermi di tornare indietro”*, *“capire che non posso più toccare alcol”*, per poi riuscire ad *“accettare una vita normale”* e portare a compimento quel processo di (auto) persuasione già menzionato, a partire dall'assunzione di una posizione di moralmente viziato e imbevuto in una serie di concezioni non sane sul vivere.

La possibilità di avvalersi di uno spazio maggiormente privato quale la psicoterapia viene menzionata solo da alcuni partecipanti, e solamente in un caso vi sono attribuite funzionalità differenti da quelle già proprie di gruppi/confronti con gli operatori: *“un aiuto psicologico privato a me ha aiutato moltissimo nei momenti in cui riaffioravano traumi o pensieri e abitudini quotidiane, come per me il cibo...è un ulteriore aiuto per superare tutto”*.

Il contesto comunitario viene considerato utile per la possibilità di fornire il supporto e l'ascolto funzionali al ritrovare fiducia in sé, elemento ritenuto critico per diversi utenti.

[8. ricevere supporto e ascolto]

Non si ritrovano argomentazioni che permettano di comprendere se tale perdita di fiducia sia mediata/esacerbata dall'ingresso nel servizio e se questa venga concepita come antecedente alla perdita di controllo sui consumi o come diretta conseguenza.

Ritrovare fiducia diventa innanzitutto strategia, centrale per il decorso positivo del programma in quanto imprescindibile per l'*agency* necessaria a portare avanti pratiche di cambiamento nonostante le difficoltà e la non immediata evidenza dei progressi.

Tale fiducia è però anche obiettivo in sé, a cui aspirare per consolidare gli aspetti di sé imperniati su un'identità non dipendente costruiti dentro e fuori il servizio e per riacquistare una considerazione del proprio valore che lenisca alcuni aspetti di natura depressiva e auto-svalutante.

Nel secondo caso, però, viene operazionalizzata in obiettivi estremamente vincolati a stati d'animo contingenti, disancorando la progettazione da un approfondimento processuale di come il consumo sia diventato problematico, ricercando semplicemente il cessare di una situazione di disagio.

Le competenze d'ascolto dell'equipe vengono ritenute fondamentali, per valorizzare l'esperienza individuale e per sostenere i processi di cambiamento: *“se vedo che non vengo presa in considerazione mi sento un peso e mi limito a seguire il programma tenendomi dentro stati d'animo che mi portano anche a uscire dalla comunità”*.

Per sottolineare la matrice sistemica e relazionale del consumo, inoltre, viene anche fatto riferimento alla rilevanza che *“se possibile, fondamentale è che accanto a te camminino i tuoi cari, a darti sostegno, speranza, amore e fiducia. E se possibile che anche loro chiedano un supporto”*.

2.3 Trattamento come apprendimento di competenze

Al di là del trattamento come risoluzione, questo si configura anche nei suoi aspetti longitudinali e progressivi, diventando “*palestra*” dove implementare nuove competenze volte prettamente a “*uscire da qui come una persona più forte*”.

Coesistono la teoria che vi siano dei “*passaggi giusti*”, riducendo il trattamento a prassi consolidata e standardizzata, e che “*ogni percorso è strettamente personale*”.

I discorsi praticati si muovono su un implicito di consumatore = debole, in particolare in relazione a capacità di gestione emotiva e decisionale, fino a ritenere il buon esito del trattamento un “*vincere, in tutto*”.

La CT è vista come spazio sicuro e protetto in cui potersi mettere alla prova, in particolare a causa del venire meno del “*paracadute della terapia [o della sostanza] che smorza le emozioni, specie quelle negative*”. **[9. mettersi alla prova, senza terapia/sostanza]**

La forza auspicata è psicologica, interiore, emotiva, caratteriale, per “*avere una corazza che mi protegga dai pensieri e dagli eventi che possono scatenare in me il bisogno e la voglia di sostanze oppioidi. Mi rendo conto che questa corazza non la ottengo con una magia fatta dagli operatori della comunità, ma lavorando su me stesso con il loro aiuto*”.

Si valorizza la possibilità di esperire una pluralità di esperienze (dentro e fuori dal servizio), dove “*allenarsi per poi essere forti nella quotidianità della vita, che spesso ti fa lo sgambetto. Per noi dipendenti è facile cedere davanti alle frustrazioni, al dolore, allo stress, e rifugiarsi lì, nella nostra zona confort che conosciamo. La comunità ti allena a trovare altre strategie per superare i momenti no*”. **[10. imparare nuove strategie di gestione]**

Questa dinamica di evitamento viene ritenuta centrale e *modus operandi* trasversale a buona parte dei consumatori, posizionandosi come incapaci a fronteggiare le richieste

della quotidianità e quindi anticipando determinate criticità all'interno del servizio stesso (“è un grande sacrificio”), ma al contempo sottolineando come questa non sia solo un'incompetenza intrinseca e reificata ma anche il risultato di una serie di movimenti.

Particolare valore è conferito agli aspetti di routinarietà e ripetitività propri delle giornate in CT, affermando che “*le regole fortificano*”. **[11. affrontare la quotidianità con disciplina]**

Per alcuni, confrontarsi con queste richieste può promuovere la disciplina necessaria ad adempiere alcune necessità della vita di tutti i giorni, oltre che essere occasione per imparare a organizzare il tempo e accettare e gestire anche gli aspetti più banali del quotidiano, ma per altri il “*comportarsi bene*” diventa scopo in sé, riducendo l'obiettivo del servizio al buon decorso dello stesso. La CT diventa così fardello e percorso concluso, non funzionale a un dopo: meramente passarvi attraverso sembra garantire un cambiamento.

La quotidianità della CT, esemplificata dal mantra del “*vivere giorno per giorno*”, è vista dai partecipanti come strategia funzionale a una ricerca di “*indipendenza*”, “*autonomia*” e “*responsabilità*” in cui si concretizza, per molti, l'obiettivo del servizio.

Questo si manifesta, anche, nell'idea di sviluppare capacità decisionali volte a prendere scelte “*giuste*” e ridurre l'influenza delle “*brutte compagnie*”, pur rimanendo dichiarazioni d'intenti non suffragate da strategie coerenti.

In ultima istanza, oltre alle competenze richieste per gestire alcune impellenze routinarie, il trattamento è configurato anche come occasione per acquisire strumenti spendibili lavorativamente e una forma fisica che conceda tale aspirazione, pur da una minoranza ristretta dei partecipanti. **[12. acquisire competenze lavorative]**

2.4 Trattamento come perseguimento di una vita ideale

Il trattamento, per larga parte dei partecipanti, diventa occasione di riprogettazione di sé (*“arrivare ad essere un uomo vero, non un semplice dipendente da alcol”*), attraverso cui perseguire obiettivi concreti e pragmatici che esulano dal consumo in sé e per sé.

La dimensione di CT come rifugio apre alla possibilità di pensare a una serie di aspetti finora trascurati o compromessi, i quali concorrono a dare corpo a quelli che, per molti, sembrano elementi imprescindibili per una vita *“dignitosa”, “sana”, “normale”*.

Innanzitutto, vi sono alcuni obiettivi quali quelli di riottenere la patente e sistemare i denti, attraverso cui gli utenti adottano una posizione di implicita richiesta nei confronti del servizio. **[13. curare aspetti quali patente, visite mediche ecc.]**

Allo stesso modo, agli obiettivi terapeutici della CT vengono a sovrapporsi richieste di natura sociale, in particolare la ricerca lavorativa e di un domicilio, non facilmente conciliabili.

Viene così a ribadirsi il fatto che la CT debba fronteggiare una serie di richieste complesse e multifattoriali spesso dettate da condizioni di disagio economico-sociale, a cui i consumatori tentano di ovviare tramite il servizio. **[14. ottenere un lavoro/alloggio]**

Per una parte dei partecipanti questi obiettivi vengono concepiti come secondari a interventi d'altra natura, o meglio come auspiccate conseguenze di una trasformazione personale, ma alcuni vedono nell'ottenere un lavoro e una casa gli unici criteri di riferimento per valutare la generatività del servizio.

Altro elemento critico viene identificato nella gestione del tempo libero, configurando il servizio come spazio dove sviluppare alcune propensioni personali e potersi sperimentare in nuovi contesti e attività che promuovano interessi *“sani”*.

[14. sviluppare interessi “sani”]

Si evidenzia la difficoltà a portare avanti mansioni quotidiane di cura di sé e si lamenta la criticità dell'adottare uno stile di vita privo di sostanze, concependolo come alternativo a uno con attività ludiche d'altra natura, con il rischio di non saper gestire la “noia”.

In maniera complementare a questo si configura il trattamento come possibilità di inserirsi in nuovi contesti di vita, modificando le proprie frequentazioni e sviluppando nuove conoscenze, pur essendo questo un obiettivo non percorribile all'interno del servizio e quindi risultando poco pertinente se posto come tale. **[15. inserirsi in contesti “sani”/“migliori”]**

L'aspetto che però ricorre con maggior frequenza fra gli obiettivi del trattamento è il concepirlo come mediazione, riconquista o riavvicinamento relazionale, talvolta riducendolo a pratiche votate a un riposizionamento sociale agli occhi di altri significativi (vedi “CT come simbolo di cambiamento”).

Anche in questo caso ciò si dipana lungo un continuum, ai cui estremi vi sono da una parte una posizione che riconduce gran parte dei disagi alla mera frattura con una o più persone care (“*il mio problema principale non è la dipendenza ma il farmi riaccettare in casa per continuare gli studi e poter vivere come voglio in modo salutare*”) e dall'altra il configurare una perdita relazionale come critica e centrale ma elemento che pertiene maggiormente alle conseguenze piuttosto che alle premesse dei disagi vissuti.

La vita ideale è vista imprescindibilmente come vita in condivisione: obiettivo del trattamento è diventare genitori/figli/fratelli migliori, pur non concependo alcuna strategia chiara affinché ciò avvenga, se non la mediazione degli operatori per sanare rapporti perduti. **[16. diventare familiari/amici migliori e sanare relazioni]**

Posizionandosi come fulcro di un nucleo relazionale, in quanto amici/familiari, si configura il trattamento come percorso che riguarda, pur indirettamente, più figure,

stemperando il proprio vissuto di colpevolezza attraverso l'aspirazione alla redenzione e all'aggiustare quanto rotto in passato.

Affermare di fare il percorso per altri, oltre che per sé, è un contenuto frequente e delicato, che genera la possibilità di portare alcune richieste personali avvalorandole con discorsi relativi al significato che queste hanno nei confronti di terzi.

L'ottenere quanto considerato centrale per la vita desiderata viene ritenuto sufficiente per il perdurare di una vita di serenità/felicità. Si trascura il fatto che svariati aspetti di questa "vita ideale" fossero già presenti in passato, senza per questo essere un deterrente sufficiente alla perdita di controllo manifestata.

2.5 Trattamento come esperienza incerta

Al di là dell'estrema difficoltà a generare un quadro organico di obiettivi e strategie coerenti, una parte rilevante dei partecipanti afferma esplicitamente l'incapacità di anticipare come il percorso di trattamento possa realizzarsi, parallelamente alla scarsa comprensione di quanto proposto nei primi giorni di permanenza per coloro che hanno risposto nella seconda settimana di percorso.

Posizionandosi come non informati circa il proprio percorso, si genera in partenza un'attitudine di ricettività passiva, demandando al servizio il ruolo di dover rendere edotti circa le modalità pertinenti di trattamento e esimendosi dal manifestare chiaramente alcun contenuto (a partire dal presupposto che affermare di non sapere si configuri come scelta).

Per ovviare a ciò si afferma di "*vivere giorno per giorno*", sottolineando tale attitudine come consona e funzionale: la domanda centrale diventa quindi se questa possa essere una potenzialità o una criticità.

3. Come viene configurato il sé?

Gli ultimi due quesiti proposti hanno avuto lo scopo di approfondire come i partecipanti si rappresentino e si narrino all'inizio di un percorso, analizzando da quali teorie e discorsi si attingano i contenuti con i quali ci si descrive in un momento particolarmente critico dal punto di vista identitario quale l'ingresso nella CT.

I vari posizionamenti narrativi (Mantovani, 2008) rilevati sono manifestazioni del carattere estremamente situato e mutevole che assumono le narrazioni del sé, attraverso le quali il parlante ribadisce “questo è il modo in cui, qui e ora, io voglio che mi vediate”. La loro forza illocutoria (Austin, 1962/2019) assume senso all'interno del contesto comunitario, favorendo orientamenti all'azione differenti e prendendo corpo dai discorsi praticati fuori e dentro al servizio, attingendo a teorie sulla tossicodipendenza e sulla sofferenza psicologica e configurandosi entro determinati ordini morali (Van Langenhove, 2017).

L'atto stesso del chiedere di rendere discorsivamente conto di sé, nel senso di fornire una produzione testuale relativa alla propria biografia e ai propri vissuti, favorisce un preposizionamento. Questo coincide in parte con un supposto “ruolo”, che elicitare diritti e doveri delle persone che accedono a una CT e che quindi va considerato nell'osservare come alcuni contenuti diventino più funzionali di altri in relazione ai diversi obiettivi (Hirvonen, 2016).

Nello specifico, le domande proposte sono state le seguenti:

7. Come descriveresti una persona che accede a una CT per consumatori di sostanze psicotrope legali e illegali?
8. Come descriveresti te stesso in relazione al tuo inserimento in CT?

È bene sottolineare nuovamente come svariati elementi affrontati nei paragrafi precedenti concorrano largamente a dare corpo alle configurazioni di sé dei parlanti, ma per quanto riguarda questo specifico tema d'analisi ci si è attenuti ai testi prodotti esplicitamente in risposta ai quesiti 7 e 8.

3.1 Sé come persona incapace/a cui manca qualcosa, con esplicita richiesta d'aiuto

Gran parte dei partecipanti adotta una posizione di mancanza, sofferenza e difficoltà, a partire da cui si orienta al servizio ricercando una remissione da un forte stato di disagio (*“è una persona che ha avuto dei problemi nel passato e che ha dei blocchi interiori. È una persona che va capita e aiutata”*), usato a volte per spiegare eziologicamente il consumo (*“il mio abuso di alcool è dovuto a dei blocchi interiori che ho”*).

La persona che accede a una CT viene generalmente definita come bisognosa di aiuto, anche per la salienza di una sofferenza spesso temporalmente molto vicina e lo stato di necessità che l'accompagna (*“Una persona che ha bisogno di aiuto per ritrovarsi, per dire basta, per riprendersi la propria vita” - “una persona che va aiutata”*). **[1. stato di necessità d'aiuto]**

Pur non definendosi pazienti e non facendo cenni espliciti a teorie di malattia e patologia, si attinge largamente a un vocabolario psicologico attraverso cui narrarsi e spiegarsi.

L'abuso di sostanze viene quasi sempre, se non in rari casi, configurato come atto lenitivo e strategia per rendere più tollerabile la sopravvivenza (*“molte persone si sono rifugiate nella sostanza per lenire il dolore derivante da una situazione familiare difficile o l'incapacità di accettarsi” - “persona insicura, con poca autostima e che quindi non riesce a gestire gli avvenimenti della propria vita in maniera sana”*), senza far riferimenti

a una ricerca intenzionale di piacere, appartenenza o performatività. **[2. incapacità di affrontare la vita senza sostanza]**

La CT diventa quindi un luogo dove imparare a sopperire a tali mancanze, risolvendo alcune questioni e/o implementando nuove competenze, come mostrato nelle configurazioni relative al trattamento.

Non si entra mai nel merito del come l'uso di una sostanza sia divenuta strategia d'elezione per convivere con le proprie fragilità e difficoltà, configurando una realtà di implicita legittimazione all'uso.

La sostanza viene portata come risposta a determinate necessità, di fronte a cui si è fondamentalmente vittima, la cui natura, a differenza dei desideri, non è intenzionale: a partire da uno stato di bisogno si trova naturale sfogo nella sostanza, che porta poi a un esacerbarsi del disagio e una perdita di controllo. Infatti, il consumo non è visto come disturbo primario ma come tentata soluzione: *“alla base del consumo c'è una bassa autostima, un forte senso di colpa, spesso molta vergogna e la tendenza a non chiedere aiuto”* - *“la persona che abusa dalle sostanze ha qualche mancanza emotiva da nascondere o coprire, pensando di risolvere un problema in realtà ne crea un altro molto più complesso”*, operata a partire dalla debolezza che si ritiene caratterizzi ogni consumatore (*“come me, una persona debole”* - *“una persona fragile, caduta in un buco”*). **[3. debolezza, vergogna e colpa]**

Si fa largo riferimento alla sostanza come tentativo di obnubilarsi, sopire disagi locati altrove e trovare un rifugio: *“ricorre alle droghe come metodo per soffocare tutto: emozioni, personalità e tutto quello che lo circonda e che gli accade”* - *“una persona con molte difficoltà, che non vuole affrontare le sue paure ma preferisce soccombere tutto con le sostanze: dico queste perché io facevo così e questo non mi ha portato a nulla”*.

[4. consumo come evitamento e analgesico]

Va da sé che l'ingresso nel servizio diventi, per il neo-utente, fonte di richieste complesse da fronteggiare, a causa del dover affrontare situazioni stressogene privato dell'ausilio della sostanza.

In relazione ai pochi giorni di permanenza nella CT ci si narra come *“in ansia”*, *“impauriti dal percorso che sto per affrontare”*, *“spaesati”* e *“soli”*, sottolineando lo shock biografico che la CT può comportare e la sua rilevanza identitaria. **[5. ingresso come fonte di ansia e solitudine]**

Inoltre, le condotte precedenti al servizio e lo stato di degrado spesso collegato concorrono a favorire un sentimento di stanchezza, fisica e mentale, oltre che prostrazione e rovina, che è particolarmente legato alla dimensione del ricercare una “CT come rifugio”.

L'accesso al servizio è riprova di fallimento esistenziale e coronamento di una traiettoria di disagio, emblema dell'essere *“uno sbandato allo sbaraglio”* e teorizzato come *“conto da pagare”*, mettendo in rilievo un supposto carattere punitivo e d'espiazione.

A partire da una condizione di disagio che è pensata come trasversale a ogni utente non si riscontrano tentativi di individualizzarsi e stagliarsi come differenti rispetto alle altre persone che accedono al servizio.

Pur nella molteplicità di declinazioni biografiche presenti, la sofferenza è *fil rouge* che funge da collante e sembra, nella fase di ingresso, sconfessare quei tentativi di identificarsi in quanto consumatori meno problematici degli altri e inseriti in un contesto non idoneo e squalificante. Anzi, gli unici tentativi di differenziare il gruppo degli utenti della CT sembrano funzionali a un'ulteriore mortificazione di sé, come evidenza della criticità della propria condizione: *“Li descriverei normalmente, ma non per tutti. E io faccio parte del non per tutti”*.

C'è da considerare che la natura del quesito sollecita un pre-posizionamento e fornisce l'implicito suggerimento dell'appartenere a un gruppo omogeneo (il richiedere una descrizione delle persone che accedono al servizio suggerisce la potenzialità che questa sia possibile univocamente), rendendo meno salienti elementi di distintività e differenza.

3.2 Sé come persona che non accoglie pienamente l'esigenza di un cambiamento

Una parte degli utenti manifesta alcuni atteggiamenti contraddittori circa l'ingresso in CT e il percorso di cambiamento che si prospetta, praticando discorsi che si contrappongono alle teorie presentate nel paragrafo precedente, relative al consumo come dettato da sofferenza, lenitivo di una mancanza e implicante una remissione di controllo.

Contrariamente a quanto detto in precedenza, infatti, non viene configurata una realtà di necessità a cui la CT può dar risposta: il proprio comportamento, e ciò che rappresenta, viene configurato in modo da mantenere un senso di agentività e valore, che in questo caso diventa un deterrente ai discorsi di cambiamento.

Il consumo viene riportato come un atto di scoperta di sé e modo attraverso cui evidenziare limiti e incongruenze sociali: un consumatore diventa una persona *“che preferisce dissociarsi e meditare piuttosto di adeguarsi a un sistema deviato di persone controllate e uguali che sputano sulle diversità perché non hanno mai trovato e ascoltato ciò che il loro ego chiedeva loro realmente”*. **[6. droga come dissidenza a vincoli e limiti sociali – 7. droga come relazione autentica con sé]**

Attingendo a discorsi e metafore della droga come trascendenza di vincoli e omologazione, la sostanza è elemento utilizzato per narrarsi differenti, vivi, veri.

Configurando un'alterità caratterizzata da passiva remissione ai dettami sociali e scarsa comprensione di un sé autentico, si ribadisce l'appartenenza a un gruppo con determinate caratteristiche ritenute desiderabili, o perlomeno da valorizzare, senza adeguarsi alle narrative che, indubbiamente, sembrano più consone per una CT.

Viene anche praticato un discorso di deresponsabilizzazione in merito all'utilizzo delle sostanze, normalizzando i consumi e ribadendo come questi siano alternative tutt'altro che marginali nella quotidianità di moltissimi: *“detto tra noi, la domanda non è: quante persone si drogano al mondo? ma bensì: quante non si drogano al mondo? Purtroppo viviamo in un mondo pieno di droga ed è sempre stato così e lo sarà sempre”*. **[8. la società è drogastica]**

La normalizzazione della propria condizione e un tentativo di significare positivamente la propria biografia avviene anche attraverso una ricerca di elementi comuni con le altre persone che accedono al servizio, tramite cui avvalorare l'idea che la deriva dei consumi sia una potenzialità che riguarda tutti e non riprova di debolezza personale: *“sto cercando di capire perché altre persone hanno trovato “vita” nella sostanza che io stesso usavo”*.

[9. anche altri trovano “vita” nella sostanza]

Inoltre, la sostanza viene narrata configurandola positivamente (*“una persona molto sensibile che è andata a contatto con qualcosa che ti fa sentire benissimo anche quando tutto va a puttane”*), o facendola diventare l'elemento chiave della propria biografia e del proprio cambiamento, a scapito del ragionare sulle modalità d'utilizzo e gli aspetti di sé che concorrono a favorirne la problematicità: *“io ho sempre lavorato, pagato il mio appartamento, pagato le mie sostanze con il mio lavoro. Faccio il lavoro che ho sempre voluto fare, ho la passione per la musica e suono spesso. Insomma, penso che quello che dovrei cambiare ed eliminare sia il metadone che mi fa spendere un sacco di soldi e tempo. Per non parlare dell'alienamento verso le persone. Penso che tolto quello andrà*

tutto a posto”. **[10. la sostanza fa star bene – 11. la sostanza è il solo nucleo dei miei problemi]**

Tutto ciò concorre a problematizzare l’idea di abbandonare i consumi e rendere vaghi gli obiettivi che riguardino un cambiamento di sé, che non è olistico ma relativo solamente alla sostanza in sé e per sé (vedi “Trattamento come disintossicazione”), il cui abuso sembra poter prescindere da altri aspetti personali.

Si arriva ad ammettere esplicitamente che la decisione di proseguire il percorso sia estremamente precaria: quest’ultima non viene usata per avvalorare una narrativa di un cambiamento scelto deliberatamente, ma è ritenuta inevitabile, necessaria (*“non avevo altra scelta”*).

La salienza del disagio vissuto ha reso la CT un’alternativa percorribile e desiderabile, senza però una concomitante maturazione progettuale e di problematizzazione di sé.

[12. ingresso in CT era l’unica alternativa]

La precarietà delle scelte operate è anche sottolineata dal fatto che ci si rapporti al prosieguo del programma con rassegnazione e disillusione, affermando *“mi sento coraggiosa, anche se andrò via, perché almeno ci avrò provato”* e costruendo i presupposti discorsivi per un abbandono prematuro (non è un caso, pur non rappresentando alcuna evidenza, che questa persona abbia effettivamente interrotto il programma dopo pochi giorni). **[13. ingresso come scelta precaria]**

Le persone che si posizionano con reticenza nei confronti del cambiamento richiesto tendono a costruire una realtà maggiormente cristallizzata in caratteristiche ben precise, che siano relative alla propria biografia (*“per quanto riguarda me stesso sicuramente ha contribuito il posto e la scuola malfamata dove sono cresciuto, le compagnie che frequentavo...”*) o alla propria identità (*“l’importante è che una persona ammetta quello che è”* – *“voglio conoscere i miei limiti e accettarli”*), che può essere banalmente quella

di “*tossicodipendente*” o venir configurata come positiva e funzionale: ad esempio, alla richiesta di descriversi in relazione all’inserimento in CT, un utente riporta un elenco di soli aspetti di sé evidentemente desiderabili, senza una sola criticità: “*curioso, intelligente, sveglio, volenteroso, pulito, rispettoso, tollerante, umile, ironico, altruista, molto intuitivo e sveglio*”, pur nella dichiarazione paradossale di non voler “*cadere in presunzione, aspetto caratteriale che non mi riguarda*”. **[14. sé come persona di valore]**

3.3 Sé come persona che esprime l'intenzione di provare a cambiare

Contrariamente al paragrafo precedente, in cui i partecipanti hanno generato configurazioni che si pongono come ostacolo potenziale al problematizzare alcuni aspetti di sé, una parte dei nuovi utenti esplicita un’intenzione che contribuisce a fondare le basi per una narrazione di cambiamento, potenziale o già in atto.

Le persone descrivono il proprio presente a partire da un passato di disagio e problematicità che viene usato come emblema del coraggio e della tenacia insiti nella scelta di richiedere aiuto.

I consumatori diventano così persone “*vissute*” e “*cazzute, perché non tutti hanno le palle di ammettere di avere un problema*”.

[15. riconoscere di avere un problema è atto di coraggio - 16. un passato di sofferenza tempra]

Posizionandosi come attori mossi da intenzionalità e coraggio si genera anche un’attitudine orientata a obiettivi di riscatto e riappropriazione di sé, manifestati però in modo estremamente vago e non operazionalizzato (“*sono molto felice di poter intraprendere questo percorso, questo paragrafo di destino da completare per raggiungere lo scopo finale: poter vivere una vita serena*”).

Non si riscontrano, infatti, delle reali esplicitazioni strategiche coerenti con obiettivi chiari e concreti, ma pure dichiarazioni d'intenti.

Il servizio è foriero di motivazione e speranza, usato retoricamente per supportare la tensione verso una vita nuova (*“sono motivato, con degli obiettivi chiari”*), praticando discorsi di cambiamento che si anticipano come consoni al servizio.

[17. ingresso come fonte di speranza e impegno]

L'ingresso nel servizio viene iscritto in una dinamica trasformativa già in atto, costruito come evento significativo di un cambiamento (vedi “CT come simbolo di cambiamento”) oltre che riprova e culmine di un processo di maturazione e responsabilizzazione (*“[il mio inserimento in CT è frutto di] una maturazione del mio carattere, che mi ha fatto prendere una decisione seria, voluta e che voglio portare a termine”*). **[18. scegliere la CT come emblema di maturazione e responsabilizzazione]**

La permanenza nella CT è riportata come difficoltosa, ma si evidenzia il proprio tentativo di lavorare su alcuni aspetti di sé (anche in questo caso riportati come dati di fatto attraverso la teoria del “carattere” e dell'essere fatti così) per trarre beneficio dalle attività proposte e rendere realmente utile il servizio: *“Io, andando contro a quello che sarebbe il mio carattere, sto cercando di non isolarmi. Cerco di costruire buone relazioni con tutti e di partecipare nel modo più attivo possibile a tutte le attività proposte”*.

Si dichiara l'intenzione di essere disposti a mettere in discussione alcuni aspetti di sé (*“una persona che ha trovato il coraggio di affrontare i suoi problemi e che si mette in gioco, che si vuole rifare”*), pur riportandoli genericamente come *“aspetti su cui devo lavorare”*.

[19. dichiarazione d'intenti di volersi mettere in gioco]

L'area di pertinenza dell'intervento comunitario non viene ridotta alla sola rimozione della sostanza, ma si praticano discorsi che sottolineano l'impossibilità di descrivere univocamente una persona che accede a una CT (*“non so come rispondere, ognuno di noi*

è diverso”), evitando l’utilizzo di teorie eziologiche unifocali ed evidenziando la pluralità di vissuti e obiettivi con cui le persone entrano nei servizi.

Si afferma che “*è molto difficile far rientrare una persona dipendente da sostanze in una categoria*” e che fondamentalmente si possa dire che questa sia “*come tutte le altre persone*”, posizionandosi come non nuclearmente dissimili dalla popolazione generale e ribadendo l’appartenenza a una dimensione sociale piuttosto che una frattura con essa, con la possibilità di co-costruire un percorso rivolto a molteplici aspetti di sé e del vivere.

[20. il cambiamento non riguarda solo la sostanza]

6. DISCUSSIONE

Ricerca e riflessività

Prim'ancora di ragionare sulla significatività di quanto rilevato è necessario operare una riflessione relativa alla relazione fra strumento utilizzato, contesto di raccolta e testi prodotti.

Riprendendo Mantovani (2008), ogni ricerca non può prescindere dal portare avanti elementi di riflessività circa il rapporto fra conoscente, strumento di conoscenza e conosciuto.

L' "oggetto" della ricerca (Blumer, 1969/2006) è stato quindi costruito coerentemente a determinate premesse epistemologico-conoscitive, di natura socio-costruzionista (Gergen, 1985), e per questo non viene considerato un'astrazione a-situata ma una co-costruzione dialogica calata in un contesto culturale e linguistico.

È a fronte di ciò che le risposte ottenute dai partecipanti non verranno ritenute delle manifestazioni esterne riflesso di una conoscenza interna alla mente individuale, reificata e oggettiva, ma frutto di un'interazione fra il ricercatore e il soggetto, dando particolare rilevanza alle peculiarità contestuali in cui questa è avvenuta.

Le narrazioni assumono significato in quella specifica relazione, per poi mutare nel tempo e coerentemente a obiettivi e contesti, suggerendo un'analisi delle peculiarità di questa specifica metodologia di ricerca.

Nonostante le risposte alle domande siano state date in autonomia, oltre che in forma scritta e quindi apparentemente svincolata da aspetti interattivi, queste sono comunque una manifestazione comunicativa nei confronti di sé, del ricercatore e

dell'organizzazione/istituzione che rappresenta, oltre che calate in un *setting* fortemente connotato quale quello del servizio.

La natura delle domande veicolava in parte impliciti di evoluzione trattamentale, per promuovere risposte che rendessero conto di quale direzione questa avrebbe dovuto assumere, e di responsabilizzazione (es: “come sei arrivato a prendere la decisione...?”), e quindi queste sono valutabili solo in quanto elicitate da specifici elementi discorsivi contenuti nei quesiti.

L'accento sulla CT come strumento per perseguire determinati obiettivi è stato quindi in parte promosso dalle domande, probabilmente facendo sottostimare altri contenuti relativi a essa e facendo emergere una costruzione discorsiva di progettualità e coerenza longitudinale.

La posizione del ricercatore, pur non essendo quest'ultimo esplicitamente parte del servizio, risulta a mio parere parzialmente sovrapponibile a quella degli operatori per il mero fatto di appartenere a quella pluralità di figure, servizi e campi del sapere verso i quali, una volta entrati in un servizio terapeutico, si è subalterni. Essendomi stato richiesto da quasi tutti i partecipanti di esplicitare il mio status di psicologo, le configurazioni discorsive generate sono state destinate consapevolmente a un rappresentante della “psicologia”, con tutti gli impliciti che questo porta con sé.

Inoltre, anche se in forme spesso più chiuse e pre-strutturate, i neo-utenti sono già avvezzi a dover rendere conto di sé nella fase di pre-ammissione, seppur con sole finalità anamnestiche.

I discorsi prodotti, quindi, sono rivolti a un interlocutore (pur nell'assenza di un'esplicita interazione conversazionale) non dissimile dagli operatori del servizio, e per cui si

possono considerare rappresentativi delle configurazioni utilizzate dai partecipanti nel loro interfacciarsi alla CT.

Le risposte, in sostanza, sono imprescindibilmente legate al metodo utilizzato per rilevarle e al fatto che siano state richieste dal ricercatore, ma non per questo impediscono di essere utilizzate come emblema dei discorsi generati dall'utente in interazione con la CT.

La natura di "autenticità" e "verità" dei testi è comunque epistemologicamente inaccessibile, spostando la rilevanza sull'utilizzo e l'intenzionalità sottostanti ai discorsi generati e risolvendo l'apparente contraddizione fra dati naturali e artificiali (Speer, 2002).

Se anche si supponessero essere usate in maniera puramente manipolativa e d'adeguamento, queste configurazioni evidenziano gli elementi discorsivi con cui un servizio si trova a interfacciarsi, senza concepirli come verità ma utilizzandoli come strumento informativo - fondamentalmente, diagnostico - e d'intervento: modificare descrizioni e spiegazioni è un modo per suggerire alcune azioni ed escluderne altre (Gergen, 1985).

Al di là del reciproco posizionamento ricercatore-utente/partecipante, i testi prodotti sono legati a una serie di ordini morali (Van Langenhove, 2017), intesi come dettami morali che indicano i comportamenti idonei, che formano il substrato normativo entro cui muoversi (anche) discorsivamente: nello specifico, al di là di ordini morali di natura culturale che sono vincolati ai diversi contesti abitati dai partecipanti, la mera presenza nel servizio elicitava una serie di ordini morali istituzionali che fin da subito suggeriscono cosa sia consono o meno dire e promuovono alcune configurazioni pensate come pertinenti agli obiettivi e all'assiologia di una CT.

I partecipanti, pur nell'apparente libertà di fornire versioni di realtà diverse a loro piacimento, vengono inevitabilmente pre-posizionati dall'atto del chiedere loro risposte in merito a sé e alla propria vita/percorso, rimandando loro la possibilità di adagiarsi a impliciti dettami narrativi o rigettarli per rivendicare configurazioni idiosincratiche (Hirvonen, 2016).

Il momento di ingresso al servizio è inoltre specificamente critico per una riconfigurazione identitaria, ed è interessante rilevare come questo venga gestito narrativamente in modalità contraddittorie, sia fra utenti differenti che nei discorsi della medesima persona, in cui coesistono assunzione/rigetto di responsabilità, valorizzazione/mortificazione di sé, ecc.

L'ingresso è considerabile come una fase ponte fra un prima - caratterizzato spesso comunque da rapporti con servizi d'altra natura quali i SerD - e un dopo in cui il partecipante si coagula progressivamente attorno a quell'identità organizzativa (Loseke, 2007) sempre più permeata dai discorsi praticati in CT, particolarmente sensibile al fatto che raccontarsi in una determinata maniera risulti utile per ottenere benefici e evitare problemi, a partire da un carattere coercitivo che il servizio opera sui discorsi permessi e sui discorsi consoni (Andersen, 2015).

Riprendendo Goffman (1956/1997) “ci si costruisce un'immagine della propria vita – passato, presente e futuro – selezionando, scegliendo e distorcendo i fatti per fornire un quadro di noi stessi, tale da poter essere vantaggiosamente presentato nella vita quotidiana. Generalmente il criterio difensivo che si segue per ciò che riguarda il sé porta ad allinearsi con i valori fondamentali della società in cui si vive. [...] ...quanto più il passato ha fatto deviare la persona dall'apparente allineamento con i valori fondamentali,

tanto più spesso sarà costretta a raccontare – in qualsiasi compagnia si trovi – la sua triste storia.” (pag.176)

Le narrative istituzionali rischiano di ridurre via via gli orizzonti delle persone, decidendo cos’era possibile nel passato, cos’è nel presente e cosa sarà nel futuro (Järvinen & Andersen, 2009).

Va da sé che non si possa dire di aver rilevato teorie proprie dei consumatori di sostanze in generale, oltretutto tipizzandoli e supponendone caratteristiche interne, ma si può affermare di aver avuto modo di evidenziare come alcuni discorsi possano essere asserviti a determinate configurazioni in un momento specifico dell’arco biografico di quei consumatori che accedono a un servizio come la CT.

Il sé, pertanto, non è una struttura fissa, ma una narrazione in continua evoluzione cui l’istituzione fornisce determinati ruoli e un pubblico verso cui performarli (Irvine, 2000).

Inoltre, è necessario considerare come i partecipanti siano consapevoli, pur in maniera spesso non formalizzata, delle conseguenze delle proprie configurazioni discorsive e quindi ricerchino una narrazione adeguata che si muova su alcuni cardini tipici che sottolineino il fatto d’essere membri meritevoli facenti parte di una comunità sociale: ad esempio, consumatori di sostanze imparano a parlare di sé in termini di abuso e sofferenza, rinnegamento di sé e comprensione di criticità: “Una volta familiarizzati in genere i pazienti forniscono spontaneamente una versione relativamente accettabile del loro ricovero, accettando a loro volta - senza domande indiscrete - le versioni fornite dagli altri.” (Goffman, 1956/1997, pag. 178)

Analisi dei risultati

1. CT

Dai testi risulta evidente come la CT diventi un catalizzatore di disagi che trascendono la mera area clinica e specialistica, suggerendo fin da subito una riflessione relativa al suo ruolo in un sistema di servizi ampio e interconnesso, interrogandosi in particolare sul suo futuro (Grasso, 2012).

La pressione dei pari e della famiglia, particolarmente centrali negli utenti più giovani, oltre che gli aspetti di criminalizzazione e stigmatizzazione dei consumi, sembrano concorrere largamente a promuovere la decisione di rivolgersi a un servizio terapeutico. Questo, in relazione alle prassi terapeutiche e agli impliciti su cui si muovono gli operatori nell'interfacciarsi agli utenti, sembra il contenuto più rilevante da considerare affinché non si generino situazioni dal carattere punitivo, adagate sulla retorica del “si può aiutare solo chi vuole farsi aiutare”, con cui stigmatizzare gli utenti che non si allineano agli impliciti di cambiamento e di plasticità identitaria richiesti dal servizio (Frank & Walters, 2021) (Goffman, 1956/1997).

Quale tipo di competenze è richiesto in un servizio che sembra venir configurato come panacea sociale, con talvolta un incarico implicito di controllo? E su che presupposti costruire il rapporto con persone che arrivano con richieste apparentemente improprie in relazione agli obiettivi istituzionali del servizio? Quanto un servizio è costruito per essere responsivo alle necessità dei pazienti e quanto per esserlo a necessità organizzativo-burocratiche?

La risposta è probabilmente da ricercare *in primis* tramite una miglior articolazione dei servizi, in modo tale da utilizzare lo strumento CT solamente come conseguenza di una

serie di valutazioni e progettualità coerenti alla singola persona, e l'implementazione di un'offerta d'aiuto più sfaccettata e tridimensionale.

Inoltre, è evidente che la CT debba sempre più integrarsi in un *unicum* con altri servizi esplicitamente finalizzati alla disintossicazione e alla costruzione di un progetto.

La formulazione di una richiesta d'aiuto, che dai risultati si evince essere spesso estremamente vaga e dettata da stati di disagio fortemente contingenti, non può diventare obiettivo primario dei primi mesi in CT, ma dovrebbe svilupparsi già prima dell'ingresso nella struttura.

Relativamente agli obiettivi riportati, nei resoconti dei partecipanti sono interamente assenti cenni a pratiche di riduzione del danno, come rilevato anche da McKeganey et al. (2004).

La CT assume il carattere di ultima spiaggia, permeata da un implicito di rassegnazione istituzionale (Selseng & Ulvik, 2016), e la valutazione della sua efficacia si riduce, per molti, a quella della sua competenza nell'emancipare una persona dal consumare (vedi **“CT come liberazione definitiva”**).

Questo sembra essere il risultato di processi molteplici, legati al contempo a: i discorsi socialmente disponibili in relazione ai consumi, le precedenti esperienze fallimentari di astenersi dal consumare sostanze, il tentativo di costruzione di un'identità non-dipendente (Selseng & Ulvik, 2016) e l'ordine morale entro cui si generano i discorsi in un contesto istituzionale come la CT (Van Langenhove, 2017).

La CT viene scorporata da una progettualità longitudinale, senza concepirla come parte integrante di una rete d'aiuto capillarizzata in più servizi e figure.

Come riportato in Tibirica et al. (2019), la teoria di “consumo come malattia”, e la contemporanea ricerca di “cura”, suggerisce una dimensione manichea di

successo/insuccesso del trattamento, e si rischia di reificare la dipendenza riducendola a nucleo patologico circoscritto, ricercando un cambiamento rivolto solo a questa supposta realtà senza coglierne il rapporto con la propria persona come intero.

Si pone così un ostacolo alla ricerca d'aiuto per coloro che sono scarsamente disposti a pensare di voler abbandonare l'uso, nonostante i disagi vissuti, e nei risultati viene posto l'accento sul carattere persuasivo e di convincimento che i consumatori anticipano come proprio delle CT.

La promozione dell'astinenza come solo metro di valutazione del servizio promuove anche l'idea che la "ricaduta" sia un emblema del fallimento del programma, contribuendo alla sua drammatizzazione e al generare situazioni in cui, una volta utilizzata nuovamente la sostanza, ci si legittima all'uso a fronte dell'evidente insuccesso trattamentale.

Al contempo, si favorisce la costruzione di un tabù circa la possibilità di esplicitare le proprie reticenze sulla decisione di abbandonare i consumi, generando la situazione paradossale in cui, in CT, il tema del consumo di sostanze diventa elefante nella stanza, con gli ospiti che utilizzano discorsi di sobrietà nell'ottica di puro adeguamento e ricerca di fini secondari.

Così come avviene nel discorso pubblico, un atteggiamento meno censorio e proibizionista potrebbe favorire degli interventi maggiormente efficaci, nonostante l'ovvia difficoltà di inserire tali innovazioni in un contesto comunitario nato su impliciti di astinenza e rinnegazione del consumo di sostanze.

Il dibattito circa la possibilità di sostenere un uso moderato è complesso, e la ricerca di astinenza può essere un supporto identitario e comportamentale per costruire nuove coscienze di sé, ma la realtà dei consumi sollecita una riflessione circa gli obiettivi e le strategie praticabili nei servizi.

Pur nell'evoluzione in servizio con soglie d'accesso meno vincolanti, la CT rimane un percorso che implica una frattura trasversale con i comportamenti e i contesti precedenti: questo viene portato dai partecipanti come, al contempo, valore aggiunto e grande sacrificio.

Configurando la **“CT come rifugio”** e posizionandosi come persone che hanno perso il controllo, attingendo da un discorso che Copes (2016) ha rilevato centrale nelle società occidentali per discriminare consumatori funzionali o meno, la natura d'istituzione (quasi) totale del servizio è ritenuta necessaria e auspicabile, in particolare per generare quello shock biografico utile per “ripartire da zero” e usare il percorso in CT come snodo fra un prima e un dopo.

Se la natura protetta e isolata della CT può essere salvifica in momenti d'estrema criticità, diventando uno spazio dove ri-pensarsi, ri-costruirsi e formarsi, vi è da ragionare sulla capacità di costruire identità altre all'interno di un servizio che vincola a un contesto separato, spazialmente e simbolicamente, in contraddizione ai principi di *community care* che sembrano essere la direzione da prediligere in futuro (Palumbo & Dondi, 2012).

È in atto un tentativo di aprire una relazione bidirezionale fra CT e comunità locale, che indubbiamente potrebbe favorire nuove esperienze di vita/relazionali che permettano di pensarsi altro.

Per i partecipanti, coerentemente a quanto evidenziato da Chen (2018), la potenzialità di fruire della CT si manifesta solo conseguentemente alla “perdita di tutto”, al “toccare il fondo”, sollecitando domande circa il tipo di consumatori che si è in grado di intercettare, le pratiche di prevenzione in atto e come la CT comunichi sé stessa a coloro cui potrebbe dare giovamento, oltre che sulla funzionalità di ospitare in CT persone che entrano per situazioni di conclamato disagio sociale.

È interessante notare come, nella quasi totalità dei partecipanti, non vengano riportati elementi di criticità circa la pertinenza della CT in relazione alle proprie necessità e obiettivi: come constatato nella mia esperienza personale e avvalorato in Iudici et al. (2020), con il progredire della permanenza nel programma si opera spesso una progressiva divaricazione fra utente e servizio, con il primo che ritiene sconfessate le proprie richieste e abbandona prematuramente la CT ritenendo o risolto il proprio problema o non affrontato nelle modalità consone (Chen et al., 2016).

Le motivazioni sottostanti a questa dinamica possono essere molteplici, ma la scarsa formalizzazione della fase d'ammissione al servizio, oltre che la tendenza a coinvolgere solo marginalmente gli utenti nelle scelte che riguardano i loro programmi, sembrano essere ostacoli al promuovere una responsabilizzazione e una condivisione che può operare da deterrente verso abbandoni prematuri, favorire un atteggiamento attivo e privare della possibilità di configurare il drop-out come causato solamente da inadempienze del servizio (Chen et al., 2016).

La fase di ammissione non si riduce quindi a transizione e raccolta anamnestica, ma è centrale per posizionare l'utente e per generare dinamiche funzionali al decorso del trattamento.

Altri quesiti rilevanti sono quindi: come le CT contemplano e usano strategicamente le significazioni, estremamente variabili e personalizzate, con cui una persona entra nel servizio? In che modo l'iter d'ammissione promuove una co-costruzione progettuale insieme alla persona che consuma sostanze e non su di essa? I servizi si sono affrancati dall'idea di una psicologia che “studia (s)oggetti muti, in attesa di essere convocati per occupare diligentemente una nicchia psicopatologica” (Zamperini, 2002), per implementare un lavoro con i consumatori di droghe che non li riduca alla stregua di immaturi non in grado di autodeterminarsi?

Non si dubita delle condizioni di estrema difficoltà in cui vivono svariate persone che accedono alla CT, ma si ritiene che un intervento svincolato dai significati del singolo sia fondamentalmente una prassi vuota dalla dubbia generatività: senza rilevare il senso che alcuni aspetti identitari ricoprono per una persona, anche se apparentemente “tossici”, si rischia di relegarla a mera tossicodipendente, privandola di una tridimensionalità necessaria a riprogettare una vita fuori dal servizio (Dingle et al., 2015).

Molto spesso, infatti, “l'identità di tossicodipendente - il concetto di sé assorbito dall'uso di una sostanza - si sviluppa come risultato di interazioni piuttosto che essere l'esito di un disegno intenzionale” (Zamperini, 2002).

Vengono praticati discorsi relativi al consumo come fonte di deriva valoriale e morale, che ribadiscono il ruolo educativo della CT nel formare cittadini e persone, prim'ancora di “curare” consumatori di sostanze (vedi **“CT come scoperta di sé e di nuovi valori”**). Configurando i propri disagi come strettamente legati alla sostanza e trascurando aspetti di sé che esulano da un rapporto diretto con essa, la propensione sembra quella d'essere disposti a contemplare un cambiamento solo se con chiare ripercussioni circa l'uso di sostanze.

Ciò può essere critico nel momento in cui le teorie su cui si muove un servizio non implicano l'uso di forme d'intervento con chiari riferimenti al consumo, sottolineando la necessità di co-significare quanto fatto per conferirvi valore in relazione alle teorie su di sé e sul cambiamento praticate dalla persona.

La costruzione di una narrativa di cambiamento che transita verso la ricerca di un “vero sé”, contrapposto a quello che la sostanza ne ha fatto, è coerente con quanto rilevato da McIntosh e McKeganey (2000) e si pone come un contenuto strategicamente significativo, di cui vanno via via contemplate le implicazioni.

L'ingresso in CT viene anche utilizzato strategicamente in funzione comunicativa, tentando di promuovere agli occhi degli altri (e così ai propri) un'evidenza di cambiamento in atto, finalizzata a obiettivi secondari (vedi **“CT come simbolo di cambiamento”**). Ciò offre indubbiamente un terreno potenzialmente generativo, per rendere evidenti alcune ripercussioni desiderabili di una vita lontana dalle sostanze, ma comporta la necessità di incalzare rapidamente la persona per co-generare una progettualità che, altrimenti, rischia di ridursi all'obiettivo della sola permanenza nel servizio.

Inoltre, si rende evidente come la persona sia un polo relazionale che necessita d'essere considerato per non operare interventi disancorati dai reali contesti che essa abita, ragionando sul senso identitario che il consumo di sostanze ha avuto socialmente.

Le relazioni preservate, o rifondate, possono essere occasione di pensarsi altro dal solo utente tossicodipendente di una CT, ruolo reso particolarmente saliente dall'isolamento del servizio, e quindi sono potenzialità funzionali alla costruzione di una tridimensionalità identitaria su cui tentare di costruire la vita fuori.

Allo stesso tempo, il particolare risalto che viene conferito a terzi sembra un contenuto usato per promuovere un'immagine di sé in grado di lenire il discorso del “consumo come atto egoistico e disinteressato agli altri”, operando un compiacimento di quello che si ritiene consono dire circa un percorso di recupero.

Piuttosto che “per gli altri”, inevitabilmente messi in secondo piano dalle sostanze, l'ingresso sembra funzionale al riconfigurarsi “agli occhi degli altri”, per sopire il senso di colpa, d'inadeguatezza, e le ricadute concrete e materiali dettate da un disconoscimento operato dalle persone per sé centrali.

2. *Trattamento*

Le teorie del cambiamento riportate dai partecipanti si sono ancorate attorno a contenuti diversificati, pur manifestandosi come estremamente vaghe e difficilmente operazionalizzate.

Anche qui viene naturale una domanda tanto banale quanto rilevante: cosa effettivamente fanno le persone che consumano sostanze, così come la cosiddetta popolazione generale, di ciò che è una CT (vedi **“Trattamento come esperienza incerta”**)? Questa è ancora ammantata da un alone di fallimento esistenziale, criminalità e contenimento? Avere un’idea estremamente vaga di quanto verrà proposto è una potenzialità o una criticità? Come sfruttare questo spazio di possibilità?

Alcuni ospiti infatti affermano di attenersi al “vivere giorno per giorno”, e se da un lato questo favorisce un focalizzarsi sul qui e ora, oltre che su obiettivi a breve termine, dall’altro sottolinea fin da subito come gli utenti vengano scarsamente coinvolti nella progettazione degli interventi loro proposti, promuovendo alcune domande circa le procedure di ingresso, le capacità comunicative dei servizi verso la potenziale utenza cui si rivolgono, le pratiche di responsabilizzazione e co-costruzione dei percorsi di trattamento e il senso, in ottica di cambiamento, di avere scarso accesso a un meta discorso sul proprio percorso in CT che sia da supporto nella costruzione di una narrazione relativa al *come* si sia potuta generare un’identità non-dipendente, oltre che ai suoi contenuti.

Una parte dei partecipanti riporta un’idea di CT come disintossicazione e gestione farmacologica (vedi **“Trattamento come disintossicazione”**), parzialmente suffragata dall’avvicinamento delle dipendenze all’ambito psicobiologico e comportamentale, ma

che in ultima istanza ripropone modalità coerenti a quelle con cui viene utilizzata la sostanza: il proprio stato psico-fisico rimane dipendente da un agente esterno, che sia farmaco o droga.

Risulta intuitivo che, posizionandosi come portatori di una dipendenza biologica senza che questa diventi un aspetto integrato agli altri ma il nucleo fondante dei disagi vissuti, si promuove una richiesta d'aiuto di natura assistenziale che non presuppone un cambiamento di sé disgiunto dalla dismissione di sostanza e farmaci, vincolando a obiettivi scarsamente negoziabili e rigidi.

In sostanza, obiettivi e pratiche volte al cambiamento coincidono: l'aspirazione al *"ripulirsi"*, dismettendo farmaci e sostanze, si persegue semplicemente attraverso la sua affermazione, senza progettare alcuna strategia differente dal semplice farlo nelle modalità *"giuste"*.

L'obiettivo a cui aspirare, a livello organizzativo, è che questi contenuti vengano presi in carico da servizi di pronta accoglienza maggiormente integrati al territorio e vicini ai consumatori, in cui si possa lavorare su disagi acuti e contingenti e favorire la costruzione di una progettualità a lungo termine poi presa in carico dalle CT. Altrimenti, una CT come mero luogo di disintossicazione perde la sua efficacia e diventa difficilmente conciliabile con alcune richieste gestionali, come la necessità di mantenere in carico gli utenti per periodi medio-lunghi.

Il **"trattamento come intervento psicologico"** viene portato come complementare alla sofferenza che accompagna i nuovi utenti, ma viene raramente operazionalizzato, se non tramite generiche psicologizzazioni che, inoltre, posizionano la persona come vittima di sé e di un'interiorità debole/frammentata/disagiata. Le teorie psicologiche, infatti, possono venire usate al fine di de-responsabilizzarsi e rimettersi alle competenze degli

specialisti, giustificando alcuni agiti tramite la fruizione di un vocabolario relativo all'ambito della salute mentale, in particolar modo quando sono coinvolte esplicite diagnosi di natura psichiatrica.

Ai partecipanti sembrano essere chiare alcune delle pratiche proposte nella CT, e diventa importante una costante risignificazione di quanto fatto perché ciò non si riduca a prassi vuote e sostenute solamente dall'idea che "così van fatte le cose", a partire dal solo presupposto che i depositari della competenza e delle conoscenze in termini di cambiamento lo abbiano stabilito come utile.

Viene valorizzata l'esperienza collettiva e comune vissuta in CT, grazie alla pluralità di persone che la abitano e i punti di vista che serbano, e il valore aggiunto della CT, da quanto si evince, diventa quello di accompagnare la persona nel suo processo di cambiamento fornendo gli elementi contestuali-relazionali che nella vita quotidiana sembrano mancare, sottolineando come la dismissione del consumo sia estremamente critica se portata avanti da soli. Al di là di quanto anticipato, l'identificazione con il gruppo degli utenti e la conseguente propensione a utilizzarlo in ottica di condivisione e cambiamento, è un elemento da non dare per assodato e a cui interfacciarsi frequentemente.

La dimensione della "comprensione", intesa come svelamento di motivazioni recondite al consumo, può diventare critica nel caso venga usata in maniera tale da rendere irrilevante la dimensione di progressività e lavoro su di sé propria della CT, rischiando di colludere con l'idea che il proprio disagio si possa ascrivere a una ragione univoca che va semplicemente compresa e decostruita. Inoltre, "traumi", "demoni" ecc. possono diventare giustificativo e elemento di de-responsabilizzazione, da mediare discorsivamente.

La CT viene ritenuta anche funzionale al mettersi alla prova grazie a una nuova quotidianità (vedi **“Trattamento come apprendimento di competenze”**), costruendo un terreno favorevole alla costruzione di narrative di cambiamento che possano ancorarsi a fasi e obiettivi progressivi, fornendo un significante quotidiano al proprio programma. Si viene così a generare la potenzialità di operationalizzare obiettivi e strategie, favorendo una responsabilizzazione e una chiarezza procedurale e progettuale.

La CT viene però vista anche come utile in sé, al di là del senso delle specifiche pratiche portate avanti, sottolineando la posizione passiva che i consumatori di sostanze vivono in relazione ai servizi d'aiuto, verso i quali faticano anche a legittimarsi come competenti (Neale et al., 2007).

Questo rende ancora più palese la necessità di coinvolgere gli utenti fin dalla fase di progettazione, inserendo poi spazi di significazione di quanto fatto e favorendo una maggiore chiarezza relativa agli obiettivi, anche in relazione al valore delle competenze di sensibilità e ascolto che i partecipanti riportano come molto importanti.

Con ciò non si intende un'attività psico-educativa che privi l'equipe del ruolo di depositaria degli aspetti specialistici del percorso, ma il permettere alla persona di implementare una narrazione di sé che si ancori attorno a elementi chiari, costruendo via via un senso alle esperienze vissute per poterne fare un nuovo perno identitario (McIntosh & McKeganey, 2000) (Andersen, 2015).

Il coinvolgimento è poi terapeutico di per sé, e favorisce aspetti di inclusione sociale e responsabilizzazione (Tait & Lester, 2004), permettendo di supportare la percezione che il trattamento sia adeguato e aumentando così le probabilità di un buon esito (Morris & Gannon, 2008).

Va da sé che sia necessaria un'estrema sinergia all'interno dell'equipe e la condivisione di una teoria del cambiamento coerente con le teorie praticate sul consumo di sostanze,

attorno a cui il servizio si strutturi (Selseng & Ulvik, 2016) e possa impernare la sua collaborazione con gli altri servizi inianti o propedeutici.

Da quello che emerge, il consumatore di sostanze, al contrario di altre persone che si rivolgono a servizi d'aiuto più o meno professionali, sembra relegato a una situazione di passività che gli preclude la scelta di un servizio specifico a partire dalla posizione di agente informato: in nessun resoconto si fa riferimento a specifiche caratteristiche della CT a cui stanno per accedere come centrali nella scelta fatta (se non in un caso relativo alla possibilità di una vicinanza geografica alla famiglia), e generalmente sembra mancare una fase di significazione del percorso prima dell'accesso al servizio.

Ciò è anche dettato dalle situazioni sociali e sanitarie dei potenziali utenti, ribadendo la necessità di un intervento veloce per affrontare il motivo della richiesta d'aiuto (Iudici et al., 2020) che permetta via via agli operatori di valutare il proprio lavoro, di sfidare assunzioni tradizionali di tossicodipendenza e di evidenziare le priorità che gli utenti vorrebbero vedere affrontate (Tait & Lester, 2004)

Infine, il trattamento viene anche relegato all'assolvimento di una serie di obiettivi pragmatici, con posizioni scarsamente responsabilizzanti e di difficile coesistenza con un programma che richiede imprescindibilmente il cambiamento (vedi **“Trattamento come perseguimento di una vita ideale”**).

Il proprio gradimento del servizio, e quindi la probabilità della permanenza in struttura, rischia di vincolarsi a quanto si venga agevolati, o al contrario, dissuasi, dal perseguire quanto posto come di grande rilevanza, che sia la patente, il lavoro o determinate visite mediche.

La conseguenza più critica, data la proporzionalità diretta fra durata dell'intervento e efficacia dello stesso (Chen et al., 2016), è il rischio di un abbandono prematuro una volta raggiunti gli obiettivi posti in prima istanza.

Queste richieste possono comunque essere usate per implementare competenze nella cura di sé, come messa alla prova in contesti e interazioni al di fuori del servizio, e come elemento informativo per l'equipe per valutare la persona in un ambiente non istituzionalizzato.

Stemperare una situazione di disagio risolvendo alcune criticità concrete e pragmatiche, pur essendo potenzialità di maggiore libertà d'azione, può anche non implicare alcun cambiamento relativo agli aspetti che hanno concorso affinché la situazione degenerasse fino a quella pre-ingresso, con la potenzialità quindi che ciò riavvenga.

Coerentemente a quanto rilevato da Frank e Walters (2021), l'ingresso in CT è risultato spesso il frutto di un processo interattivo e sociale, piuttosto che una decisione individuale manifestatasi come maturazione di un percorso riflessivo e introspettivo, tanto che per una parte degli utenti gli obiettivi concernenti il servizio vengono riportati come puramente relati a terzi, in particolar modo i familiari, con la costante affermazione di "farlo per...".

È rilevabile, infatti, come buona parte dei partecipanti confonda obiettivi e strategie, aspirando a risanare determinate conseguenze dell'uso e trascurando la natura processuale di come queste siano venute a crearsi, rendendo difficile significare alcuni interventi se non chiaramente legati a quanto richiesto.

Come tutti gli obiettivi apparentemente incoerenti al servizio, è importante ragionare su come questi possano diventare strategici ma al contempo d'ostacolo al programma. L'affrontare un percorso in CT in funzione di altri o puramente strumentale a obiettivi lavorativi, economici e sociali è indubbiamente critico sotto molteplici aspetti, ma

permette di attingere a elementi di alta condivisibilità con l'utente, da usare strategicamente per parlare dell'evidenza che abita i suoi occhi in quel momento.

Per concludere, è interessante notare come i partecipanti trascurino completamente discorsi relativi al valore, in una vita ideale, di esperienze di trascendenza e piacere. Questi, invece, risultano praticati spesso da consumatori maggiormente integrati e funzionali, per cui ciò che la sostanza permette di esperire è elemento imprescindibile di una vita vissuta realmente: in queste risposte, quindi, ci si adagia a praticare i discorsi che si anticipano coerenti a un servizio terapeutico e che si ritengono utili in ottica di cambiamento, configurando come fuori luogo ogni argomentazione dissonante (se non per pochissimi utenti, per i quali una vita “*normale*” non è tanto desiderabile quanto “*da accettare*”). Nei prossimi quesiti ciò verrà parzialmente sconfessato dalla pratica di un discorso di “droga come trascendenza e scoperta di sé”, utilizzata però da un numero esiguo di utenti.

3. Sé

L'ingresso è un evento particolarmente rilevante per quanto concerne una riconfigurazione identitaria, e i partecipanti hanno mostrato di posizionarsi in modalità differenti in relazione a esso.

Come evidenziato nei risultati, responsabilità e agentività sono spesso distribuite in maniera contraddittoria e disorganica anche all'interno dello stesso testo, a seconda delle specifiche teorie sulla tossicodipendenza praticate e del modo in cui queste vengono utilizzate per promuovere determinati agiti potenziali e visioni di sé e del servizio.

Particolarmente difficile risulta il promuovere una problematizzazione di alcuni aspetti di sé senza per questo minarne interamente le fondamenta e imponendo determinate identità mortificanti alla persona che accede al servizio.

La gran parte dei partecipanti pratica discorsi di sofferenza e mancanza (vedi **“Sé come persona incapace/a cui manca qualcosa, con esplicita richiesta d'aiuto”**), attinti da narrazioni mainstream relativi alle sostanze e spesso convalidati in CT, motivo per cui non è da trascurare come questi vengano utilizzati anche in ottica di mero adeguamento a ciò che ci si attende essere pertinente dire.

Questi offrono riparo dall'onta di essere devianti e colpevoli, tanto che discorsi di devianza vengono praticati molto raramente nei testi raccolti e, in particolare, da coloro che accedono al servizio come misura alternativa, a beneficio del tentativo di parte dei partecipanti di costruirsi come non dissimili, nuclearmente, dalle persone comuni.

Pur scontando una perdita di controllo, la teoria del consumo come causato (e causa) di sofferenza permette di ricercare compassione, comprensione e empatia che altrimenti

vengono più facilmente negate, stemperando anche i sentimenti di vergogna (Gueta & Abbad, 2013) (Gueta & Chen, 2021).

I discorsi praticati dai partecipanti, relativi a debolezza, esclusione sociale ed essere allo sbando sono risultati non dissimili da quelli rilevati da Zerbetto et al. (2020), sottodimensionando quelli relativi a trasgressione deviante e aspetti demoniaci/infernali. In generale si riscontra l'adesione a determinate *formula stories* coerenti con il lavoro di Selseng (2017), tramite cui la narrazione della propria biografia viene inscritta in trame che fungono da supporto per significare il passato e anticipare il futuro: pur attraverso contenuti parzialmente differenti, anche fra i partecipanti si fa riferimento a storie di un sé "dipendente, inaffidabile, in peggioramento e stigmatizzato".

Queste, fornendo delle sceneggiature attraverso cui leggere gli eventi, rischiano di affermarsi come profezie auto avveranti che possono coinvolgere tanto gli utenti quanto gli operatori.

Le configurazioni riportate sono principalmente volte a generare un'identità ibrida con rigetto di responsabilità nel passato e accettazione di responsabilità in ottica di risoluzione delle problematiche (Gueta & Addad, 2013), costruendo via via la sostanza come oggetto incontrollabile e sbagliato, al di là dell'utilizzo che ne viene fatto, ma la remissione come percorso di propria competenza.

Pur nell'apparente riduzione dello stigma circa le CT, l'ingresso sembra ancora implicare una mortificazione identitaria e risultare contemplabile solo a fronte di una situazione di estremo disagio e perdita di riferimenti sociali ed economici, con consumatori maggiormente funzionali che prediligono altri servizi o evitano in toto di rivolgersi in quanto non si identificano con le utenze che anticipano idonee a essi (Nono Libro Bianco sulle droghe, 2018).

Dissimilmente da quanto rilevato da Radcliffe & Stevens (2008), però, non si fanno cenni, alla devianza secondaria che può sorgere dall'essere identificati come utente di CT, se non in un solo caso. Ciò suggerisce una progressiva normalizzazione delle CT dovuta all'inserimento di discorsi relativi alla "tossicodipendenza come malattia" (Gueta & Chen, 2021) e come sofferenza, tramite cui i consumatori possono ricercare un riparo da visioni maggiormente stigmatizzanti.

In contraddizione a quanto rilevato da Rødner (2005) con consumatori sedicenti funzionali, si tenta solo marginalmente di promuovere un'immagine positiva di sé e si praticano scarsamente discorsi di "sostanza come buona se usata correttamente e con misura". La sostanza viene quasi sempre rinnegata e demonizzata, con chiaro intento d'adeguamento agli impliciti dei servizi.

La persona che accede a una CT viene generalmente definita come bisognosa di aiuto, costruendo terreno fertile a una condivisione primaria di vissuti e obiettivi che il servizio dovrebbe essere in grado di sfruttare.

Inoltre, la teoria della "droga come tentata soluzione", rende evidente la possibilità di problematizzare aspetti di sé che esulano dalle sostanze, venendo queste concepite come cronologicamente successive a una sofferenza o difficoltà già in atto.

Questo non è il caso per quella minoranza di utenti che, sconfessando gli impliciti di "droga come da alternativa da rinnegare" dettati da un certo ordine morale istituzionale, pratica discorsi relativi alle sostanze come mezzi di scoperta di sé e di rifiuto di omologazione e adeguamento a vincoli socialmente dettati (vedi **"Sé come persona che non accoglie pienamente l'esigenza di cambiare"**), avvalendosi di un processo di *othering* per distinguere i consumatori nell'ottica di valorizzarne alcune peculiarità (Rødner, 2005).

La posizione di tossicodipendente non è rigettata, ma risignificata, per configurare una realtà che li vede positivamente connotati da alcune supposte proprietà del consumo e della sofferenza, come una conoscenza di un sé autentico.

Anche in questo caso si genera una posizione contraddittoria, che rende critica la formulazione di una richiesta d'aiuto responsabilizzante e la messa in discussione di alcuni atteggiamenti circa il consumo di sostanze, ma al contempo offre la possibilità di preservare una visione di un sé competente e capace e permette di mantenere un senso di *agency* e di controllo che è il fondamento di un intervento che, in ultima istanza, ha il fine di riconsegnare alla persona le competenze di scegliersi.

Un approccio confrontazionale basato sul rendere evidenti determinate contraddizioni e valori sembra, anche nella mia esperienza, favorire la frattura fra utente e operatori piuttosto che permettere di problematizzare alcuni aspetti di sé, ed è quindi particolarmente importante ragionare sulle modalità più pertinenti per inserire elementi perturbativi in maniera strategica, tenendo presente l'implicito che il servizio non possa prescindere, in ogni caso, dal cambiamento.

Per alcuni utenti il servizio è vissuto come scelta fortemente precaria, mostrando l'ambiguità che li accompagna anche dopo aver varcato le soglie della struttura, e ribadendo la necessità di intercettare fin da subito il senso che viene conferito alla permanenza nella CT. Inoltre, lo stato di confusione riportato, non può che farci interrogare sui processi e i servizi tramite cui si accede a una CT.

La CT è anche sancita come unica alternativa percorribile, senza condividere i criteri di tale affermazione e rendendo saliente la necessità di costruire una progettualità che esuli dalla ricerca di cessazione d'una sofferenza che, da quanto riportato, era talmente evidente da non permettere di pensare ad altro che un servizio residenziale.

Una narrazione di cambiamento è praticata da svariati utenti, attraverso cui si tenta di lenire la mortificazione dettata dall'ingresso in struttura, risignificando tale evento in modo da renderlo l'emblema di un atto emancipatorio e di coraggio (vedi **“Sé come persona che esprime l'intenzione di cambiare”**), pur ponendo l'accento sulle difficoltà insite nell'inserirsi in una struttura fortemente regolamentata e con un'estrema promiscuità di pratiche e spazi.

Si vengono così a porre le basi per la creazione di una narrativa d'emancipazione e recupero, facendo coincidere l'elemento di reale transizione e cambiamento nella decisione di accedere al servizio.

Alcuni si descrivono a partire da un supposto “carattere” difficilmente negoziabile, trascurando come questo sia frutto di scelte e forgiato da comportamenti e ragionamenti e portando un elemento di rilievo per validare la propria realtà e anticipare il proprio futuro, sottolineando però il tentativo di inserire un mutamento.

In ogni caso, attraverso una decostruzione degli stereotipi sui tossicodipendenti intesi come nuclearmente caratterizzati da determinate peculiarità trasversali, un numero esiguo di partecipanti si rifiuta di coagulare la propria identità attorno a forme monodimensionali e tipizzate, per rivendicare un'identità altra e manifestare una pluralità di sé che non si riduce al solo aspetto del consumare sostanze psicotrope.

Osservando la relazione fra le pratiche discorsive prodotte e alcuni elementi anamnestici dei partecipanti, l'aver già avuto esperienze in servizi residenziali, così come la durata temporale dei consumi e la loro centralità biografica, sembrano essere rilevanti nel favorire l'adozione di determinati discorsi maggiormente categorizzanti e unifocali, pur non volendo affermare una relazione causale e lineare.

È probabile che l'atto stesso del chiedere una "descrizione" potrebbe favorire impliciti maggiormente volti alla categorizzazione che alla de-costruzione di identità univoche, pur rilevando come alcuni partecipanti abbiano deciso di sconfessarli.

Sono anche assenti descrizioni relative a estetica e costume, evitando di praticare discorsi di senso comune che vogliono i "tossici" come ben caratterizzati anche visivamente.

Uno dei temi centrali (e critici) per un servizio è la capacità o meno di generare narrazioni altre di sé, e quindi una tridimensionalità identitaria può fornire un terreno di potenzialità dove co-costruire narrazioni di cambiamento che pertengano ambiti molteplici e complessi.

La CT viene vista come luogo idoneo a sé, e non si riscontrano particolari tentativi di identificarsi come differenti dalle altre persone che accedono al servizio, ritenendosi accomunati da contenuti di sofferenza e debolezza.

È probabile che ciò sia in parte dovuto alla vicinanza temporale a situazioni di conclamato disagio che sono ancora troppo salienti per essere ridimensionate e risignificate, oltre che al fatto che narrative drammatizzanti e auto-colpevolizzanti risultino maggiormente pertinenti nell'ottica del configurare la "CT come un simbolo (sociale) di cambiamento", sottolineando l'auspicio d'espriare le proprie colpe e di costruire una biografia che si affranchi dal passato (Andersen, 2015).

Anche in questo caso, nella mia esperienza all'interno delle CT, si riscontra la tendenza a generare un progressivo distanziamento identitario dal gruppo degli altri utenti, spesso ritenuti "più tossici" di sé.

Vi è anche da sottolineare come l'iter d'ingresso possa considerarsi una procedura estremamente personale in cui è ancora sostenibile mantenere un'individualità separata con confini chiari e auto-determinati, mentre il progressivo assorbimento identitario nel

gruppo utenti, promosso da spazi e pratiche del servizio che minano l'esistenza di un proprio mondo privato, sia di oggetti che di pensieri, può favorire il tentativo di riaffermare un sé distinto tramite la frattura con gli altri ospiti, via via "più tossici", "più problematici" o "più devianti" di sé.

Un'istituzione opera necessariamente attraverso il filtrare le svariate esperienze che caratterizzano gli utenti trasformandole in narrazioni e identità che combacino con la logica dei servizi d'aiuto (Järvinen & Andersen, 2009) (Goffman, 1956/1997).

La miscellanea di biografie che convivono e condividono la quotidianità nelle CT può rappresentare la potenzialità di riprodurre una comunità sociale in miniatura, dove rapportarsi a una molteplicità di altri e quindi a una molteplicità di sé e identificarsi in un gruppo di recupero con conseguente rinforzo identitario volto al cambiamento (Dingle et al., 2015), sfruttando i presupposti di auto aiuto e vita in comune su cui sono sorte le prime CT.

È insito, però, anche il rischio di relegare ancor più a un'identità deviante e tossicodipendente, data la comune problematica che è trasversale agli utenti e i contesti che implicitamente ripropongono (Radcliffe & Stevens, 2008) (Iudici, 2011).

L'aspirazione, comunque, non è quella di prescrivere un determinato modo di pensare e pensarsi, ma partendo da un diritto all'auto-determinazione che va tutelato e promosso, cercare una relativizzazione delle idee dell'utente, promuovendo un modo di agire e pensare differente dal solo sancire una realtà come univoca e rigida.

Un servizio, inteso come prassi e spazi, e gli operatori che lo rappresentano, devono avere la capacità di accogliere molteplici biografie e configurazioni discorsive senza esigere una teoria ritenuta "vera" e "giusta", valutando via via la pertinenza di praticare

determinati discorsi in relazione alla generatività che questi possono promuovere e personalizzando ogni intervento.

Richiudere l'esperienza dell'utente a un'unica narrativa sembra, in un certo senso, un processo analogo a quello precursore di un consumo problematico, figlio di un modo coerente ma non condiviso di utilizzare sostanze.

7. CONCLUSIONI

Questo lavoro ha avuto l'intento di approfondire la natura complessa e idiosincratICA che permea l'esperienza di ogni persona che consuma sostanze, riferendosi in particolare al momento di ingresso in uno specifico servizio residenziale terapeutico-riabilitativo quale la Comunità terapeutica, ragionando sull'uso del linguaggio e le sue implicazioni strategiche e pragmatiche.

La letteratura, infatti, ha fornito un supporto piuttosto carente in relazione a tale fase transitoria, convalidando implicitamente l'idea che questa si riduca a periodo di raccolta anamnestica e inserimento in struttura, con una scarsa formalizzazione di prassi e di riflessioni circa la sua utilità strategica.

Ricerche dedicate esplicitamente alla transitorietà fra fuori e dentro un servizio d'aiuto sono estremamente esigue, e spesso centrate su una raccolta puramente informativa e quantitativa di elementi anamnestici e biografici.

Al contrario, le ricerche che hanno valorizzato le pratiche discorsive dei consumatori di sostanze sono spesso portate a rischiare una reificazione coincidente con l'idea che "i consumatori di sostanze pensino questo", sottostimando il *setting* e la significatività comunicativa di quanto condiviso.

Trovando un equilibrio fra queste due istanze, si è ancorato "ciò che consumatori di sostanze dicono di sé e dei servizi" al momento specifico in cui tutto questo viene prodotto, sottolineandone contemporaneamente il valore informativo e quello strategico, d'intervento e progettazione.

Attraverso i testi prodotti dai ventisei partecipanti è stato possibile rilevare come la CT venga configurata in modalità plurime e talvolta antitetiche, diventando un punto d'arrivo in cui convergono biografie estremamente differenti, confermando il valore che ha un progetto personalizzato e co-costruito.

In parziale contraddizione al fatto che il servizio vada progressivamente professionalizzandosi e medicalizzandosi, i partecipanti hanno ribadito come la CT diventi contenitore di persone con obiettivi e competenze differenti, evidenziando come questa debba essere in grado di ripensarsi e adattarsi coerentemente alle evoluzioni delle modalità di consumo, delle caratteristiche dell'offerta di aiuto che va via via dipanandosi in diverse direzioni/strutture e delle necessità di coloro che ne fruiscono, concretamente e in potenza.

L'idea che l'ingresso in CT sia solamente frutto di una ricerca volontaria d'affrancamento definitivo dal mondo delle sostanze è emersa come disancorata dalla realtà che denota la vita di molti consumatori, che vivono la CT come strumento per evitare un disagio che si manifesta sotto forme articolate in modo diverso e il cui legame con il consumo di sostanze è complesso e contraddittorio.

L'ingresso nel servizio sembra spesso una conseguenza incidentale piuttosto che frutto di una progettazione coerente, e la posizione dei partecipanti assume senso entro un quadro sistemico, di contesti sociali e culturali micro e macro, in cui il consumo prende forma e l'identità si plasma e evolve a partire dai discorsi praticati e dagli orientamenti all'azione che favoriscono.

Il costrutto della motivazione, se reificato, emerge come troppo lineare e univoco per spiegare l'esperienza dei neo-utenti, le cui realtà sono negoziate discorsivamente e interattivamente per generare narrazioni di cambiamento auto ed etero-dirette, costruite

su fondamenta fragili, senza per questo essere banalmente tacciate d'essere esclusivamente manipolatorie.

Il rilevamento di configurazioni apparentemente incoerenti non è ritenuto una debolezza della ricerca, ma è piuttosto l'emblema di come il linguaggio abbia una funzione comunicativa che è via via rivolta al generare realtà desiderabili in quello specifico contesto, modulando i discorsi in relazione a obiettivi intenzionali (pur spesso non coscienti) su cui deve essere posto il focus di ogni ragionamento, rischiando al contrario di ritenere alcune interazioni come "autentiche", "vere" e altre come puramente manipolatorie.

In ogni scambio interattivo coesistono un adeguamento a delle forme discorsive prescritte, obiettivi primari e secondari, tentativi di avvalorare alcune forme identitarie a scapito di altre e motivazioni complesse e contraddittorie.

Dal punto di vista identitario, i partecipanti si sono mossi lungo un continuum caratterizzato da estremi di mortificazione di sé con posizione di formale richiesta d'aiuto da una parte, e risignificazione dell'evento CT e mantenimento di *agency* e orientamento all'azione dall'altra.

Questo ha permesso di mostrare come l'accesso al servizio sia un evento significativo che necessita di accompagnamento e supporto per co-costruirne il significato, favorendo quelle posizioni che possono risultare più strategiche in relazione agli obiettivi di ognuno, considerando come ogni discorso sulle sostanze e su di sé abbia delle ripercussioni pragmatiche nelle realtà, presenti o prossime, che genera.

Coerentemente al modo in cui viene configurata la propria biografia pregressa vengono anticipati obiettivi pertinenti al servizio e modalità consone di intervento, che si sono

mostrate generalmente relate a questioni di natura psicologica, valoriale e d'implementazione di competenze, operazionalizzate attraverso strategie differenti.

Sono state praticate principalmente teorie concernenti le sostanze in rapporto a sofferenza e debolezza, limitando l'uso esplicito di contenuti legati a una condizione di "malattia" e trascurando gli aspetti di devianza che, al contrario, sono stati al centro dei discorsi collettivi per buona parte del secolo scorso, permettendo di ragionare sulle implicazioni che queste hanno nel modo in cui i consumatori posizionano sé stessi.

Pur nell'estrema vaghezza di una teoria del cambiamento, se non nella sua totale assenza, si è sottolineato come sia centrale un dialogo bi-direzionale con gli utenti in modo tale da co-costruire un progetto che abbia valore ai loro occhi e che possa anticipare determinate criticità, favorendo responsabilizzazione, alleanza terapeutica, percezione di efficacia e di ascolto. Ciò permetterebbe anche di ancorare le narrazioni di cambiamento a elementi evidenti e condivisibili, promuovendo poi un supporto identitario alle azioni future e tentando di lenire la rigidità della relazione fra consumatore di sostanze e operatore di CT, spesso inscritta in dinamiche di sospetto e sorveglianza.

La letteratura analizzata, oltre che le esperienze personali all'interno delle CT, hanno permesso di ragionare sul senso che tale servizio può rivestire e sulle questioni centrali che si prospettano affinché la CT possa mantenere una generatività e sia in grado di intercettare coloro che potrebbero trarne giovamento.

Ci si è soffermati sulle implicazioni che può assumere il carattere di istituzione totale proprio di alcuni servizi residenziali, in particolare quando coniugato ad alcune prassi che vincolano la persona a una mortificazione della tridimensionalità delle idee di sé.

L'isolamento spaziale e simbolico può comportare una presa di distanza dalle persone e le attività significative per le rappresentazioni di sé, funzionali al mantenimento di relazioni e rispecchiamenti vitali. Poi, questo implica una frattura dal contesto territoriale di riferimento, privandosi della possibilità di condividere il proprio cambiamento e mantenendo inalterate le etero-tipizzazioni e stigmatizzazioni subite fino al momento dell'ingresso, tendenzialmente critiche nel favorire una costruzione d'identità non dipendente.

Il lavoro portato avanti in CT viene anche spesso vissuto come fittizio, data la natura protetta del suo ambiente e la percezione che sia solamente un surrogato di vita, dove potersi confrontare solo marginalmente con questioni realmente critiche.

In sintesi, concepire la CT come ente isolato in cui "sanare" una persona porta con sé alcune teorie circa i consumatori e il consumo, sottostimando le dimensioni interattive e contestuali pur affermando il valore della condivisione d'esperienze, ribadendo la necessità di ripensare l'equilibrio fra esigenze organizzative e reale possibilità d'incidenza nella vita delle persone.

L'inserimento dell'individuo in un contesto connotato da esclusione sociale, fisica e simbolica può al contempo permettere di inserire elementi di forte discontinuità con i contesti, le abitudini e le relazioni che hanno concorso a generare situazioni critiche, creando uno spazio che dai partecipanti è ritenuto neutro e di libertà d'azione e pensiero, pur nella forte difficoltà di adeguarsi ad alcune richieste imprescindibili.

Sposando la concezione che la ricerca accademica sia fortemente compartecipe della creazione di un immaginario collettivo riguardo ai consumatori di sostanze, si è tentato di valorizzare i testi dei partecipanti cercando di porre l'accento su come questi ultimi possano, e debbano, essere agenti informati in grado di essere contemplati per operare scelte e condividere vissuti e pensieri.

Anche nell'estrema povertà di competenze linguistiche o "cognitive", valorizzare l'esperienza degli utenti e i loro desideri/obiettivi si afferma come una necessità piuttosto che un'aspirazione umanista, pur nella situazione di dover, talvolta, focalizzare gli interventi principalmente su aspetti d'assistenza sociale.

Limiti e sviluppi

Una prima considerazione circa i limiti di questa ricerca verte sulla sostenibilità di una distinzione fra dati naturali e artificiosi, già affrontata nel capitolo precedente.

Questa perde la sua rilevanza una volta portato avanti un processo di riflessività circa l'imprescindibile influenza che il metodo di ricerca ha sull'oggetto conosciuto, permettendo di ragionare sulla situazione specifica che viene a generarsi quando i dati vengono raccolti tramite un'interazione esplicita fra ricercatore e partecipante, come in questo caso.

Come già detto, non è possibile parlare di verità assoluta e a-situata dei discorsi praticati, ma è pur vero che la richiesta formale di rendere conto di sé tramite testi scritti può solo parzialmente rappresentare i discorsi che vengono praticati nella struttura, data la distanza che viene posta fra questi e i contesti in cui vengono utilizzati quotidianamente.

In particolare per quanto concerne la ricerca, sarebbe importante poter intercettare le pratiche discorsive adottate in una pluralità di situazioni, con una varietà di interlocutori differenti e senza una richiesta esplicita, dato il valore informativo che rivestono le variazioni d'uso del linguaggio nel rendere evidenti le relazioni fra questo e il suo uso retorico orientato a obiettivi (McKenzie, 2005).

Con ciò si potrebbe rendere maggior evidenza del fatto che i discorsi si modulino sincronicamente e diacronicamente, arricchendo le significazioni delle persone che consumano sostanze senza generalizzare quelle raccolte in una singola modalità e in un singolo contesto, rischiando di scadere nella reificazione e nella ricerca di atteggiamenti locati cognitivamente e internamente al singolo.

Questo lavoro, in ogni caso, ha deciso di soffermarsi su un preciso momento biografico delle persone che hanno collaborato alla sua realizzazione, e quindi, pur ribadendo la necessità di interagire non solo con i consumatori che accedono ai servizi ma anche con coloro che vivono una vita distante da essi, è risultato coerente attenersi a queste circostanze.

Per significare quanto rilevato in maniera più puntuale e per poter valutare più chiaramente come i percorsi d'ingresso in un servizio rendano più o meno salienti e funzionali determinate configurazioni, però, sarebbe importante poter attingere ai loro contraltari, rappresentati da produzioni discorsive di persone che rifiutano o non contemplano una richiesta d'aiuto, residenziale e non.

Pur di difficile applicazione, ciò permetterebbe anche di intercettare alcuni elementi focali che possano risultare d'ausilio per una migliore progettazione di pratiche preventive, comunicative e d'intervento.

Inoltre, ancora riferendosi a intenzioni di ricerca piuttosto che d'applicazione, l'assenza di interessi secondari alla condivisione di determinati contenuti, che, come è già stato discusso, sottende qualunque elemento comunicativo ma diventa particolarmente centrale nell'accesso a un'istituzione sanitaria come la CT, sarebbe occasione di attingere a pratiche discorsive meno costrette entro determinate narrazioni prescritte e senza la salienza dell'identità di utente di CT.

Un'altra integrazione indubbiamente rilevante coinciderebbe con il rilevare come le configurazioni vadano evolvendosi nel tempo, permettendo di arricchire le considerazioni circa il valore della permanenza nel servizio nell'influenzare le produzioni discorsive degli utenti, ragionando su cosa questo permetta di generare.

Il momento di chiusura di un percorso, in particolare, potrebbe diventare emblematico di alcune traiettorie costruite entro la CT, rilevando la distanza fra quanto raccolto in ingresso e in uscita, in particolare quando quest'ultima è non condivisa e prematura.

Ciò, in ottica applicativa, permetterebbe anche di valutare l'incidenza di alcuni interventi, mantenendo vivida l'evidenza di un percorso centrato sulle esigenze della persona.

Questo protocollo di ricerca è in ogni caso traslabile anche a servizi di tipologia differente, oltre che potenzialmente utilizzabile per attività di monitoraggio all'interno di un singolo percorso.

Altro aspetto da considerare è stata la modalità di raccolta dei testi, che è coincisa con una forma scritta con domande aperte.

Ciò è stato pensato coerentemente ad alcune potenzialità d'analisi, oltre che necessità di gestione e facilità di somministrazione, dettate in parte anche dalla situazione pandemica Covid-19.

Come detto in precedenza, la forma scritta permette di articolare il testo con tempi e modi a propria discrezione, e sembra sopire alcune dinamiche di vergogna e reticenza a condividere elementi personali con un intervistatore sconosciuto (Iudici et al., 2020), ma al contempo ha, purtroppo, limitato i testi di quella parte (minoritaria) di utenti con livelli d'alfabetizzazione minimi.

Essendo questi una realtà tutt'oggi presente nelle CT, senza per questo validare lo stereotipo di un consumatore incompetente e privo d'educazione scolastica, è importante

inserire elementi d'elasticità che possano al contempo favorire la condivisione di elementi significativi per queste persone e consentire di mantenere una coerenza metodologica con le modalità di raccolta dei testi scelte.

Nel complesso, l'attitudine dei partecipanti alla ricerca si è dimostrata positiva e collaborante, ma una forma maggiormente interattiva si può anticipare come più coinvolgente e meno richiestiva (tanto da essere stata suggerita esplicitamente da alcuni), oltre che una potenzialità d'approfondimento e richiesta di chiarimenti.

Vi sono state svariate risposte sancite con un perentorio “non lo so” che, se potenzialmente utili dal punto di vista operativo in quanto emblema di come la persona legittimi il servizio e le richieste che gli pervengono tentando o meno di spendersi nel rispondere in modo articolato, ai fini della ricerca avrebbero potuto essere approfondite cercando di vagliare quali contenuti e processi vi sono sottesi (pur nella scelta di non comunicarli).

Concependo questo protocollo come strumento operativo, però, la forma adottata sembra sufficientemente generativa, come ho potuto anche valutare, pur con una serie di domande parzialmente differenti, durante il mio tirocinio magistrale *pre-lauream* in CT.

Per quanto concerne la numerosità dei partecipanti, questa si è dimostrata sufficiente per gli obiettivi esplorativi del lavoro e le premesse epistemologiche sottostanti, oltre che per la più che discreta mole di testi prodotti.

Nonostante ciò, alcuni elementi informativi come genere, età, numero di servizi già vissuti e CT come misura alternativa alla detenzione, sono stati ritenuti informativi ma non sono stati inclusi nei risultati, se non con sporadici cenni, data l'impossibilità di avere

un numero di partecipanti rappresentativo e, in ogni caso, gli impliciti di non causalità che sottendono il lavoro.

Per quanto riguarda le ripercussioni applicative, si è già ampiamente detto delle riflessioni che si vogliono promuovere circa l'architettura dei servizi, il senso che oggi può ancora rivestire una residenzialità totale e la necessità di personalizzare i programmi riducendo la rigidità che connota i servizi per le dipendenze.

È stato anche largamente argomentato il valore che una teoria riveste nel venir utilizzata per favorire determinati orientamenti all'azione, e si sottolinea quindi la necessità di un'analisi delle implicazioni pragmatiche che posso avere le teorie adottate in CT, ribadendone il valore strategico e riaffermando i presupposti pluralisti e socio-costruzionisti riportati nel corso del lavoro.

Nel concreto, questo strumento di ricerca si propone come elemento simil diagnostico da somministrare nelle prime battute di un programma e, in relazione agli obiettivi, da riproporre in itinere per valutare alcune evoluzioni discorsive e identitarie e integrare in maniera maggiormente formalizzata alcune osservazioni operate nella quotidianità della CT, concorrendo alla stesura dei Piani Educativi Individualizzati (PEI).

Contenuti e processi rilevati, “mattoni” e “modalità d'assemblaggio” che danno vita alla realtà vissuta dalla persona all'interno del servizio, permettono di mantenere vivido l'orientamento al cambiamento proprio di un programma e le sue peculiarità individuali. L'approfondimento delle configurazioni con cui gli utenti abbandonano, prematuramente e non, il servizio, permetterebbe poi di valutare la capacità della CT di significare quanto avviene al suo interno, valutando le discrasie fra ciò che è stato fatto e ciò che la persona riteneva saliente e utile.

Al di là di questo, pur rimanendo un mero auspicio scarsamente operazionalizzato, si sottolinea la necessità che la CT si affranchi da una logica autoreferenziale per ricercare una doppia integrazione, nella comunità locale e nel tessuto dei servizi.

L'obiettivo è che le persone che consumano sostanze diventino sempre più in grado di operare scelte informate e supportate da una proposta d'aiuto variegata e coerente con le richieste portate, ribadendo ancora che ciò non vuol dire semplicemente ridurre il consumatore a cliente da assecondare, ma ri-bilanciare lo squilibrio di responsabilità e potere decisionale che vige nell'ambito dei consumi di sostanze, favorendo così l'inclusione sociale e la riduzione di stigma, auto e etero praticati, tutt'oggi presenti.

Per concludere, si ribadisce l'auspicio che quanto scritto possa concorrere a promuovere i consumatori di sostanze a null'altro che "persone", sfrondando le teorie psicologiche da inutili pietismi o colpevolizzazioni improprie, promuovendo un discorso di ascolto e dialogo che, al di là della sensibilità e dei valori di ciascuno, è semplicemente nell'interesse di tutti.

Tutto ciò può essere facilmente tacciato di ovvietà. Non è una novità individuare e rifiutare la sopraffazione dell'uomo sull'uomo; non è una novità cercarne le cause, rifiutando di coprirle sotto il pregiudizio. Ma finché la sopraffazione e la violenza sono ancora l'ovvio leitmotiv della nostra realtà, non si può che usare parole ovvie, per non mascherare sotto la costruzione di teorie apparentemente nuove il desiderio di lasciare le cose come sono.

Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia, 1968

Bibliografia

Acker, C. J. (2012), Stigma or Legitimation? A Historical Examination of the Social Potentials of Addiction Disease Models. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25:3, pp. 193-205.

Andersen, D. (2015), Stories of change in drug treatment: a narrative analysis of 'whats' and 'hows' in institutional storytelling. *Sociology of Health & Illness Vol. 37 No. 5 (2015) ISSN 0141-9889*, pp. 1-15. DOI: 10.1111/1467-9566.12228

Anton, R. F. (1999), What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(3), pp. 165-173.

American Society of Addiction Medicine (2011), *Public Policy Statement: Definition of Addiction*. <https://bit.ly/3dRxZY0>

Austin, J. L. (2019), *Come fare cose con le parole*. Marietti, Bologna (Originariamente pubblicato nel 1962).

Baciga, D. & Fenini, D. (2019), La domanda come strumento di intervento in psicoterapia. *Scienze dell'interazione*, 1-2 2019, pp. 62-85.

Bamberg, M. (1997), Positioning between structure and performance. *Journal of Narrative and Life histories*, 7(1), pp. 335-342.

Bauman, Z. (2008), *Vita liquida*. Laterza & Figli, Roma-Bari (Originariamente pubblicato nel 2005).

Becker, S. J., Midoun, M. M., Clark, M. A., Zeithaml, V. A. & Spirito, A. (2016), Dimensions of Treatment Quality Most Valued by Adolescent Substance Users and Their Caregivers. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 47, No. 2, pp. 120-129.

Berger, P. L. & Luckmann, T. (1997), *La realtà come costruzione sociale*. Il Mulino, Bologna (Originariamente pubblicato nel 1966).

Blumer, H. (2006), *La metodologia dell'Interazionismo simbolico*. Armando Editore, Roma (Originariamente pubblicato nel 1969).

Bondarouk, T., & Ruël, H. J. M. (2004), Discourse analysis: making complex methodology simple. In Leino et al. (A cura di), *Proceedings of the 12th European Conference on Information Systems (ECIS)*. June 14-16, 2004, Turku Finland.

Bressa, G. M. & Pisanu, N. (2012), Dipendenze e psicobiologia. In Palumbo et al. (A cura di), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 225-244), Erickson, Trento.

Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013), Drop-out from Addiction Treatment: A Systematic Review of Risk Factors. *Clinical Psychology Review*, DOI: 10.1016/j.cpr.2013.07.007

Burck, C. (2005), Comparing qualitative research methodologies for systemic research: the use of grounded theory, discourse analysis and narrative analysis. *Journal of Family Therapy* (2005) 27, pp. 237-262.

Burrell, M. J. (2010), Personal meaning, drug use, and addiction: an evolutionary constructivist perspective. *Journal of Constructivist Psychology*, 12:1, pp. 41-63.

Byung, C. H. (2012), *La società della stanchezza*. Nottetempo, Milano (Originariamente pubblicato nel 2010).

Byung, C. H. (2021), *La società senza dolore. Perché abbiamo bandito la sofferenza dalle nostre vite*. Einaudi, Torino.

Castiglioni, M. & Faccio, E. (2010), Costruttivismo, costruttivismi e altre dispute epistemologiche. In Castiglioni & Faccio (A cura di), *Costruttivismi in psicologia clinica. Teorie metodi ricerche*. (pp. 5-26), De Agostini Scuola, Novara.

Castoldi, A. (1994), *Il testo drogato. Letteratura e droga tra Ottocento e Novecento*. Einaudi, Torino.

Chen, G., Elisha, E., Timor, U. & Ronel, N. (2016), Why Do Adolescents Drop Out of a Therapeutic Community for People With Drug Addiction? *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 25:1, pp. 65-77. DOI: 10.1080/1067828X.2014.918002

Chen, G. (2018), Building Recovery Capital: The Role of “Hitting Bottom” in Desistance and Recovery from Substance Abuse and Crime. *Journal of Psychoactive Drugs*, 50 (5), pp. 420-429.

Chicchi, F. & Simone, A. (2017), *La società della prestazione*. Ediesse, Roma.

Copes, H. (2016), A narrative approach to studying symbolic boundaries among drug users: A qualitative meta-synthesis. *Crime Media Culture* 2016, Vol. 12(2), pp. 193-213.

Davies, B. & Harrè, R. (1990), Positioning: The Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20:1, pp. 43-63.

Deane, F., Wootton, D., Hsu, C. I., & Kelly, P. (2012), Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *Faculty of Health and Behavioural Sciences - Papers (Archive)*, pp. 216-225.

Della Rocca, P. & Mussoni, A. (2002), Erving Goffman. In Turchi (A cura di), “*Tossicodipendenza*”. *Generare il cambiamento tra mutamento di paradigma ed effetti pragmatici* (pp. 69-79), Upsel Domeneghini Editore, Padova.

De Rossi, P. & Vento, A. E. (2016), Neurobiologia delle dipendenze. In Girardi & Di Giannantonio (A cura di), *Psicopatologia delle dipendenze* (pp. 32-51), Pacini Editore, Pisa.

Di Maso, A., Baciga, D. & Iacopozzi, R. (2002), Dal naturalismo medico-psichiatrico ad una prospettiva clinico-psicologica della “tossicodipendenza”. In Turchi (A cura di), *“Tossicodipendenza”. Generare il cambiamento tra mutamento di paradigma ed effetti pragmatici* (pp. 119-165), Upsel Domeneghini Editore, Padova.

Dingle, G. A., Cruwys, T. & Frings, D. (2015), Social Identities as Pathways into and out of Addiction. *Frontiers in Psychology, Vol. 6, Art. 1795*.

Dipartimento Politiche Antidroga (2021), *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*.

Ehrenberg, A. (2010), *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*. Einaudi, Torino (Originariamente pubblicato nel 1998).

Epstein, E. K. (1996), Socially constructing substance use and abuse: towards greater diversity and humanity in the theories and practises of drug treatment. *Journal of Systemic Therapies, Vol. 15, No. 2, Summer 1996*.

Escohotado, A. (2008), *Piccola storia delle droghe*. Donzelli Editore, Roma (Originariamente pubblicato nel 1996).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019), *Italy Country Drug Report 2019*.

Faccio, E., Veronese, G. & Castiglioni, M. (2010), La dimensione relazionale: interazionismo simbolico, costruzionismo sociale, teorie sistemiche e narrativismo. In Castiglioni & Faccio (A cura di), *Costruttivismi in psicologia clinica. Teorie metodi ricerche*. (pp. 27-56), De Agostini Scuola, Novara.

Faccio, E. & Salvini, A. (2007), Le “metaforizzazioni” nelle pratiche discorsive della psicologia clinica. In Molinari & Labella (A cura di), *Psicologia clinica. Dialoghi e confront*. (pp. 124-138), Springer, Milano

Fasola, C. & Inghilleri, M. (2011), Psicologia clinica postmoderna, le idee per un cambiamento di paradigma. In Salvini & Dondoni (A cura di), *Psicologia clinica dell'interazione* (pp. 27-61), Giunti Editore, Firenze.

Fenini, D. & Baciga, D. (2020), Dal contrasto alla gestione del “craving”. Descrizione e analisi di un intervento di cambiamento. *Scienze dell'interazione*, 1-2 2020, pp. 55-74.

Fenini, D. & Briatore, P. (2002), I servizi per le tossicodipendenze: metodologie, caratteristiche e sviluppi. In Turchi (A cura di), *“Tossicodipendenza”. Generare il cambiamento tra mutamento di paradigma ed effetti pragmatici* (pp. 191-213), Upsel Domeneghini Editore, Padova.

Frank, D. & Walters, S. M. (2021), “I’m Going to Stop Myself Before Someone Stops Me”: Complicating Narratives of Volitional Substance Use Treatment. *Frontiers in Sociology*, Vol. 6, Art. 619677.

Gadamer, H. G. (2001), *Verità e metodo*. Bompiani, Milano (Originariamente pubblicato nel 1960).

Gergen, K. J. (1985), The Social Constructivist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist*, American Psychological Association Vol. 40, No. 3, p. 266-275.

Gergen, K. J., Josselson, R. & Freeman, M. (2015), The Promises of Qualitative Inquiry. *American Psychologist*, American Psychological Association Vol. 70, No. 1, pp. 1-9. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038597>

Gherardini, V. & Tesi, A. (2002), I cosiddetti teorici dell’etichettamento. In Turchi (A cura di), *“Tossicodipendenza”. Generare il cambiamento tra mutamento di paradigma ed effetti pragmatici* (pp. 47-67), Upsel Domeneghini Editore, Padova.

Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Nutt, R., Love, J., Germen, E., Valkova, I., Kantchelov, A., Stoykova, T., Bujalski, M., Poplas-Susic, T. & Baldacchino A. (2014), Understanding access to drug and alcohol treatment services in Europe: A multi-country service users’ perspective. *Drugs: education, prevention and policy*, April 2014; 21(2): pp. 120-130.

Goodman, S. (2017), How to conduct a psychological discourse analysis. *Critical Approaches to Discourse Analysis across Disciplines, Vol 9 (2)*: pp. 142 – 153.

Goffman, E. (1997), *La vita quotidiana come rappresentazione*. Il Mulino, Bologna (Originariamente pubblicato nel 1956).

Goffman, E. (2010), *Asylums. Le istituzioni totali: I meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Einaudi, Torino (Originariamente pubblicato nel 1961).

Goffman, E. (2012), *Stigma. L'identità negata*. Ombre corte, Verona. (Originariamente pubblicato nel 1963)

Grosso, L. (2012), Comunità, bassa soglia e riduzione del danno. In Palumbo et al. (A cura di), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 165-182), Erickson, Trento.

Guelfi, G. P. (2012), Comunità Terapeutica: nuove sfide per il rinnovamento nella continuità. In Palumbo et al. (A cura di), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 133-148), Erickson, Trento.

Gueta, K. & Addad, M. (2013), Moulding an emancipatory discourse: How mothers recovering from addiction build their own discourse. *Addiction Research and Theory, February 2013; 21(1)*, pp. 33-42.

Gueta, K. & Chen, G. (2021), “You have to start normalizing”: Identity construction among self-changers and treatment changers in the context of drug use normalization. *Social Science & Medicine*, 275.

Harrè, R. & Van Langenhove, L. (1991), Varieties of positioning. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 21:4, pp. 393-407.

Harrè, R. & Gillet, G. (1996), *La mente discorsiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano (Originariamente pubblicato nel 1994).

Harrè, R. & Moghaddam, F. (2014), Positioning theory. In Boatzis & Dragona (A cura di), *The Discursive turn in Social Psychology*, Taos Institute Publications, pp. 129-138.

Hawkins, E. J., Baer, J. S. & Kivlahan, D. R. (2008), Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment* 35, pp. 207-216.

Hirvonen, P. (2016), Positioning Theory and Small-Group Interaction: Social and Task Positioning in the Context of Joint Decision-Making. *Sage Open*, pp. 1-15.

Irvine, L. (2000), “Even Better Than the Real Thing”: Narratives of the Self in Codependency. *Qualitative Sociology*, Vol. 23, No. 1, pp. 9-28.

Iudici, A. (2011), Identità e Devianza: come l’architettura dei servizi configura la coscienza di sé. *Scienze dell’interazione n.2 2011*, pp. 68-84.

Iudici, A., Faccio, E. & Salvini, A. (2013), From “drug-addiction” to the “toxicophilia” New ideas for the promotion of health and for the clinic. *The European Journal of Social & Behavioural Sciences*, pp. 333-344.

Iudici, A., Faccio, E., Belloni, E. & Costa, N. (2014), The Use of the ADHD Diagnostic Label: What Implications Exist for Children and Their Families? *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 122 (2014), pp. 506-509.

Iudici, A., Fenini, D., Baciga, D. & Volponi, G. (2020), The role of the admission phase in the Italian treatment setting: A research on individuating shared practices in psychotropic substance users’ communities. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*.

Iudici, A., Masiello, P., Faccio, E. & Turchi, G. (2020), Tackling Prejudice and Discrimination Towards Families with Same-Sex Parents: An Exploratory Study in Italy. *Sexuality & Culture* (2020) 24: pp. 1544-1561.

James, W. (1890), *Principles of Psychology*. Henry Holt and Company, New York.

Janeiro, L., Ribeiro, E., Faisca, L. & Lopez Miguel, M. J. (2018), Therapeutic alliance dimensions and dropout in a therapeutic community: “Bond with me and I will stay”. *Therapeutic communities: the international journal of therapeutic communities*. Vol. 39 No. 2, 2018, pp. 73-82.

Järvinen, M. (2004), Life histories and the perspective of the present. *Narrative inquiry*, 14(1), pp. 45-68.

Järvinen, M. & Andersen, D. (2009), The Making of the chronic addict. *Substance Use & Misuse*, 44: pp. 865-885.

Järvinen, M. & Ravn, S. (2015), Explanations and expectations: drug narratives among young cannabis users in treatment. *Sociology of Health & Illness* Vol. 37 No. 6 2015, pp. 870-887.

Kelly, G. A. (1955), *The psychology of personal constructs*. Norton, New York.

Kooyman, M. (2012), La filosofia dell’auto-aiuto della Comunità Terapeutica e il modello medico. In Palumbo et al. (A cura di), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 149-163), Erickson, Trento.

Lombi, L. (2012), I nuovi scenari del consumo di sostanze psicoattive: una lettura sociologica. In Palumbo et al. (A cura di), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 87-100), Erickson, Trento.

Loseke, D. R. (2007), The study of identity as cultural, institutional, organizational, and personal: Theoretical and Empirical Integrations. *The Sociological Quarterly* 48 (2007), pp. 661-688.

Lovejoy, M., Rosenblum, A., Magura, S., Foote, J., Handelsman, L. & Stimmel, B. (1995), Patients' Perspective on the Process of Change in Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 12, No. 4, pp. 269-282.

Lupton, D. (1992), Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness. *Australian Journal of Public Health, Jun;16(2)* pp. 145-150 DOI: 10.1111/j.1753-6405.1992.tb00043.x.

Mantovani, G. & Spagnoli, A. (2003), *Metodi qualitativi in psicologia*. Il Mulino, Bologna.

Mantovani, G. (2008), *Analisi del discorso e contesto sociale*. Il Mulino, Bologna.

McIntosh, J. & McKeganey, N. (2000), Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine 50 (2000)*, pp. 1501-1510.

McKeganey, N., Morris, Z., Neale, J. & Robertson, M. (2004), What are drug users looking for when they contact drug services: abstinence or harm reduction? *Drugs: Education, Prevention and Policy, 11:5*, pp. 423-435

McKenzie, P. J. (2005), Interpretive Repertoires. *FIMS Publications. 45*.

McVee, M. B., Silvestri, K. N., Barrett, N. & Haq, K. S. (2018), Positioning theory. In *Theoretical Processes and Models of Literacy (7th Edition)*, pp.381-400.

Mead, G. H. (2018), *Mente, sé e società*. Giunti Editore, Firenze (Originariamente pubblicato nel 1934).

Meier, P. S., Barrowclough, C. & Donmall, M. C. (2005), The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction 2005 Mar;100(3)*: pp. 304-316. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994), *Qualitative Data Analysis:an Expanded Source Book, 2nd edn*. London: Sage.

Ministero della Salute (2019), *Relazione annuale del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 N° 125 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati”*.

Morris, Z. S. & Gannon, M. (2008), Drug misuse treatment services in Scotland: predicting outcomes. *International Journal for Quality in Health Care* 2008; Volume 20, Number 4: pp. 271-276.

Moscovici, S. (2005), *Le rappresentazioni sociali*. Il Mulino, Bologna.

Neale, J. (1997), Drug users' views of drug service providers. *Health and Social Care in the Community* 6(5), pp. 308-317.

Neale, J., Allen, D. & Coombes, L. (2005), Qualitative research methods within the addictions. *Addiction*, 2005 Nov; 100(11): pp. 1584-1593. DOI:10.1111/j.1360-0443.2005.01230.x.

Neale, J., Sheard, L. & Tompkins, C. (2007), Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: A qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2:31.

Nizzoli, U. (2012), Le nuove dipendenze e le poliassunzioni. In Palumbo et al. (A cura di), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 67-86), Erickson, Trento.

Nono Libro Bianco sulle Droghe (2018), A cura di Fuoriluogo.it. shorturl.at/chsKN

Ongaro Basaglia, F. (2012), *Salute/Malattia. Le parole della medicina*. Edizioni alpha beta Verlag, Merano (Originariamente pubblicato nel 1982).

Pagliaro, G. & Digheira, B. (1996), Le parole e le storie in psicoterapia: il cambiamento attraverso la pratica discorsiva. In Harrè & Gillet, *La mente discorsiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Pagliaro, G. (2006), Prefazione all'edizione italiana. In Harrè & Gillet, *La mente discorsiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Palumbo, M. & Dondi, M. (2012), Introduzione. In Palumbo et al. (A cura di), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 19-32), Erickson, Trento.

Potter, J. & Wetherell, M. (1987), *Discourse and Social Psychology: Beyond Attitudes and Behaviour*. London, U.K.: Sage Publications Ltd.

Potter, J. (1996), Discourse Analysis and Constructionist Approaches: Theoretical Background. In Richardson, *Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences*, BPS Books, Leicester.

Radcliffe, P. & Stevens, A. (2008), Are drug treatment services only for 'thieving junkie scumbags'? Drug users and the management of stigmatised identities. *Social Science & Medicine*, 67, pp. 1065-1073.

Raimo, S. (2012), La tossicodipendenza: excursus nella complessità. In Palumbo et al. (A cura di), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze* (pp. 49-59), Erickson, Trento.

Rhodes, T. & Moore, D. (2001), On the qualitative in drugs research: part one. *Addiction Research & Theory*, 2001, Vol. 9, No. 4, pp. 279-297.

Rødner, S. (2005), "I am not a drug abuser, I am a drug user": A discourse analysis of 44 drug users' construction of identity. *Addiction Research and Theory* August 2005, 13(4): pp. 333-346.

Rosa, H. (2015), *Accelerazione e alienazione. Per una teoria critica del tempo nella tarda modernità*. Einaudi, Torino (Originariamente pubblicato nel 2010).

Salgado, J., Ferreira, T. & Fraccascia, F. (2005), Il sé dialogico come un sistema triadico: L'io come una parte del Noi. *Ricerche di Psicologia, fascicolo 3, Franco Angeli*, pp. 13-31.

Salvini, A. (1998), *Argomenti di psicologia*. Upsel Domeneghini, Padova.

Salvini, A. & Zanellato, L. (1998), *Psicologia clinica della tossicodipendenza*, Lombardo Editore, Roma

Salvini, A., Testoni, I. & Zamperini, A. (2002), Presentazione. In Salvini et al. (A cura di), *Droghe. Tossicofilie e tossicodipendenza* (pp. XI-XVI), De Agostini Scuola, Novara.

Salvini A. (2007), Nota Normalità/Anormalità. In A. Zamperini (A cura di), *Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, Einaudi, Torino.

Salvini, A., Iudici, A. & Faccio, E. (2011), Tossicodipendenza e tossicofilia: rilievi clinici e nuove prospettive. In Salvini & Dondoni (A cura di), *Psicologia clinica dell'interazione* (pp. 238-264), Giunti Editore, Firenze.

Salvini, A., Faccio, E., Mininni, G., Romaioli, D., Cipolletta, S. & Castelnuovo, G. (2012), Change in psychotherapy: a dialogical analysis single-case study of a patient with bulimia nervosa. *Frontiers in Psychology*, Dec 2012, Vol. 3, Art. 546.

Selseng, L. B. & Ulvik, O. S. (2016), Talking about change – Positioning and interpretative repertoires in stories about substance abuse and change. *Qualitative Social Work* 0(00), pp. 1-20.

Sofaer, S., & Firminger, K. (2005), Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, 26, pp. 513-559. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958>

Speer, S. A. (2002), 'Natural' and 'contrived' data: a sustainable distinction? *Discourse Studies*, Vol 4(4): pp. 511-525.

Stephens, C., Carryer, J. & Budge, C. (2004), To have or to take: discourse, positioning, and narrative identity in women's accounts of HRT. *health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, Vol 8(3): pp. 329-350.

Szasz, T. (1977), *Il mito della droga. La persecuzione rituale delle droghe, dei drogati e degli spacciatori*. Feltrinelli, Milano (Originariamente pubblicato nel 1974).

Tait, L. & Lester, H. (2004), Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 11, pp. 168-175.

Tibirica V. A., Luchini E. P. M. & Almeida C. S. (2019), Drug users' perspective on their treatment and the psychosocial care network. *Smad, Rev Eletronica Saude Mental Alcool Drog*, 2019; 15 (3): pp. 1-9.

Turchi, G. & Baciga, D. (2002), L'Interazionismo simbolico: il contributo di A. Salvini. In Turchi (A cura di), *"Tossicodipendenza". Generare il cambiamento tra mutamento di paradigma ed effetti pragmatici* (pp. 81-101), Upsel Domeneghini Editore, Padova.

Turchi, G., Baciga, D., Mussoni, A. & Salvini, A. (2002), I sistemi di credenze in soggetti con esperienza diretta, indiretta o assente di sostanze psicotrope: l'analisi di domande aperte mediante SPAD-T. *JADT 2002: 6es Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles*.

Turchi, G., Durante, R. & Perno, A. (2002), Verso un paradigma narrativistico. In Turchi (A cura di), *"Tossicodipendenza". Generare il cambiamento tra mutamento di paradigma ed effetti pragmatici* (pp. 103-117), Upsel Domeneghini Editore, Padova.

Turchi, G. & Fenini, D. (2002), La rappresentazione sociale delle droghe e dei tossicodipendenti. In Turchi (A cura di), *"Tossicodipendenza". Generare il cambiamento tra mutamento di paradigma ed effetti pragmatici* (pp. 169-189), Upsel Domeneghini Editore, Padova.

Turchi, G. & Maiuro, T. (2007), La riflessione epistemologica come criterio di scientificità in psicologia clinica. In Molinari & Labella (A cura di), *Psicologia clinica. Dialoghi e confronti* (pp. 41-50), Springer Verlag, Milano.

Turchi, G. (2009), *Dati senza numeri. Per una metodologia di analisi dei dati informatizzati testuali: M.A.D.I.T.* Monduzzi Editore, Milano.

Tutenges, S., Kolind, T. & Uhl, A. (2015), Explorations into the drug users' perspectives. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 22:3, pp. 173-174.

UNODC (2019), *World Drug Report 2019*, United Nations Publications.

Van Langenhove, L., & Harré, R. (1993), Positioning and autobiography: Telling your life. In Coupland & Nussbaum (A cura di), *Discourse and lifespan identity* (pp. 81-99). Sage Publications, Inc.

Van Langenhove, L. (2017), Varieties of Moral orders and the dual structure of society: a perspective from positioning theory. *Frontiers in Sociology*, 2:9.

Wetherell, M., & Potter, J. (1988), Discourse analysis and the identification of interpretative repertoires. In Antaki (A cura di.), *Analysing everyday explanation: A casebook of methods*, pp. 168-183. Sage Publications, Inc.

Wetherell, M. (1998), Positioning and interpretative repertoires: Conversation analysis and poststructuralism in dialogue. *Discourse and Society*, 9(3), pp. 387-412.

Wittgenstein, L. (2009) *Ricerche Filosofiche*. Einaudi, Torino (Originariamente pubblicato nel 1953)

Zamperini, A. (2002), La costruzione sociale del tossicomane. In Salvini et al. (A cura di), *Droghe. Tossicofilie e tossicodipendenza* (pp. 20-31), De Agostini Scuola, Novara.

Zerbetto, S. R., Acorinte, A. C., Alecrim, T. F. A., Protti-Zanatta, S. T. Gonçalves, M. A. S. & Campos, C. J. G. (2020), Discourse of psychoactive substance dependents on their discursively constructed. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (1). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0196>

Ringraziamenti

Ringrazio la Prof.ssa Faccio per avermi dato la possibilità di portare avanti questo lavoro, concedendomi l'opportunità di figurare fra i suoi tesisti, e per il ruolo che ha rivestito nel dare valore alla mia formazione accademica e personale, con le qualità che la contraddistinguono e un interesse, reale, per i suoi studenti.

Ringrazio il Prof. Iudici, con cui ho condiviso nel concreto ogni fase di questo progetto, per il tempo dedicatomi e le occasioni di confronto che, con disponibilità, mi ha concesso, oltre che per essere stato anch'egli, da docente, centrale nel farmi scoprire il valore di una psicologia che sia sinonimo di rispetto e condivisione.

Ringrazio le ventisei persone che hanno partecipato allo studio, oltre alle innumerevoli altre con cui mi sono interfacciato all'interno delle Comunità, per aver scelto di condividere una piccola parte della loro storia con me, dandomi più di quanto abbia trovato in luoghi ben meno bistrattati.

Grazie alle Comunità Alfaomega, Pellicano e S. Francesco, rappresentate in particolare da Davide, Antonio e Carlo, per avermi dapprima ospitato, concedendomi l'occasione di portare avanti esperienze significative e formative imprescindibili per i contenuti di questa tesi, e poi permesso di incontrare le persone che vi hanno avuto via via accesso nell'arco dell'ultimo anno.

Grazie a chi è stato con me in questi anni, soprattutto nei momenti in cui l'unica assenza era la mia.

Grazie a chi, con le parole e non solo, mi ha ricordato quel che conta.

Grazie a Giulia, a cui dedico questo lavoro, per cui non basta un inciso per racchiudere una vita vissuta in due, a centinaia di chilometri di distanza o in 25 m², sempre nel medesimo modo, insieme.

Infine, per una volta, grazie a me, per il coraggio di essere altro.