

Quando la terapia è il Problema: storia di un consumatore e della sua dipendenza da metadone

Ludovica Aquili¹, Michele Rocelli²

Riassunto. I servizi che si occupano di tossicodipendenze di frequente propongono all'utenza prassi consolidate e spersonalizzate. Il mancato coinvolgimento del consumatore nella progettazione dell'intervento ostacola il programma di cambiamento, nella misura in cui non vengono rilevate e condivise le esigenze dell'utente, né il peculiare significato che egli attribuisce alla «sostanza d'uso» e alla «sostanza terapeutica». L'articolo, attraverso la descrizione della storia di un consumatore, mostra i rischi associati all'attribuzione di una visione stereotipica dell'utente e della terapia farmacologica.

Parole chiave: Tossicodipendenza; Metadone; Comunità terapeutica; Terapia farmacologica.

Abstract. Services dealing with drug addiction frequently offer users well-established and depersonalised practices. The lack of consumer involvement in the design of the intervention hampers the programme of change, as long as the user's needs are not recognised and shared, nor the particular meaning he attributes to the "substance of use" and the "therapeutic substance". The article, through the description of a consumer's story, shows the risks associated with the attribution of a stereotypical view of the user and the pharmacological therapy.

Key words: Drug addiction; Methadone; Therapeutic community; Drug therapy.

1. Uno sguardo alla letteratura

Spesso l'intervento nei confronti di persone con problemi di abuso di eroina prevede l'uso del metadone a scopo terapeutico a lungo termine (Bargagli, 2005). Sebbene sia l'eroina che il metadone siano noti per il potenziale rischio di dipendenza, la nostra società attribuisce loro un differente significato: l'eroina è una sostanza stupefacente, il metadone una sostanza terapeutica. Questa ricerca si propone di indagare i significati che un consumatore può attribuire a tali sostanze, mettendo in discussione il modo cristallizzato con cui i servizi per le tossicodipendenze le configurano. Il metadone, in quanto terapia farmacologica, risponde sempre ad un obiettivo terapeutico? Quali sono i benefici di una terapia basata sul metadone? In che modo il servizio si propone di indagare il significato d'uso di una terapia da parte dell'utente?

I servizi che propongono un trattamento basato sul metadone configurano in genere

¹ Dottoranda in Psicologia, laureata presso l'Università degli Studi di Padova; attualmente tirocinante post-lauream presso l'Università degli Studi di Padova, dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)

² Direttore Comunità "L'Arcobaleno" di Fermo, Comunità di Capodarco

l'utente come "incapace di controllare l'uso delle sostanze con i propri mezzi, impotente" (Jarvinen, 2010). La rappresentazione cristallizzata e stereotipica del consumatore di eroina, secondo il ricercatore, si riproporrebbe tale e quale nella pianificazione dell'intervento: così come era "incapace di resistere al desiderio di assumere la sostanza d'uso", allo stesso modo sarebbe "incapace di agire su di sé in vista di un miglioramento". Negando al consumatore la capacità di autocontrollo, l'unico intervento che si configura come possibile è rappresentato dalla prescrizione di un farmaco. Jarvinen (2010) sottolinea, a tal proposito, come le implicazioni di tali preconcetti consistano nella promozione di un intervento in cui, paradossalmente, il trattamento della dipendenza viene gestito tramite il consolidamento di una nuova dipendenza, quella da metadone, in quanto vista come unica possibilità nei confronti di utenti considerati "privi di speranza".

Come differenziare il valore d'uso del metadone da quello dell'eroina?

Il contesto sociale configura l'uso di droghe illegali, tra cui l'eroina, come un'attività pericolosa, mentre il metadone viene considerato o come un modo per fuggire dai rischi legati all'uso di oppioidi illegali, o come trattamento medico (Frank, 2018). Gli utilizzatori di metadone, inoltre, definiscono la sostanza come vantaggiosa, in quanto garantisce uno stile di vita stabile e legittimo, ma non la configurano come un trattamento funzionale ad un processo di auto-cambiamento (Frank, 2018). Pertanto, se il metadone in quanto sostanza rimane la stessa, il significato che assume nasce nell'interazione sociale, modificandosi in base al tempo, allo spazio e all'uso, divenendo mutevole, specifico e localizzato (Valentine, 2007).

La letteratura mostra come la configurazione che il metadone assume, e i benefici di questo, cambino in base alla prospettiva cui si pone attenzione; i consumatori parlano di una sorta di ambivalenza del metadone: è sia una liberazione dalle incessanti richieste di denaro associate al consumo di eroina, che un aiuto per condurre una vita più normale, ma anche come un farmaco pericoloso e che crea dipendenza, mentre il personale medico lo considera una medicina come qualsiasi altra (Jarvinen, 2008, Harris, 2013).

Il rischio di tale rappresentazione, da parte del personale, potrebbe essere quello di trascurare il coinvolgimento del consumatore nel proprio trattamento. Alcune ricerche (Granerud, 2015, Holt, 2007) mostrano infatti come spesso il programma di mantenimento del metadone venga percepito dagli utenti come demotivante e umiliante, avendo questi ultimi scarsa influenza sulla gestione del proprio trattamento. Viene inoltre visto come un intervento non allineato alle richieste dell'utente e non consapevole delle capacità di agency di questo. Il rischio dunque è il perpetuarsi di un'esperienza di dipendenza, nonostante l'obiettivo di cambiamento, implicito in ogni tipo di terapia. Tali effetti negativi vengono inoltre esacerbati nel momento in cui il consumatore percepisce il programma basato sul metadone come estremamente controllante, al punto che il personale non assume più il ruolo di facilitatore per la gestione della dipendenza, ma diventa colui a cui nascondere un contemporaneo uso di eroina (Gronnestad, 2016). Un reciproco coinvolgimento e, in generale, una relazione positiva e paritaria tra il consumatore da una parte, e infermieri ed operatori sociali dall'altra, si è dimostrato invece essere fondamentale per il successo del trattamento, grazie alla promozione di un processo dialogico che garantisca una definizione condivisa degli obiettivi (Vanderplasschen, 2015).

La storia di M., raccontata dallo psicologo (MR) responsabile della comunità per tossicodipendenti in cui il ragazzo ha vissuto per otto mesi, permette di comprendere come sia fragile la linea di confine tra sostanza d'uso e sostanza terapeutica. La

trattamento offrirà inoltre importanti indicazioni al personale di un servizio per tossicodipendenti sul modo in cui la relazione tra personale e utente può agevolare un cambiamento, contrastando una condizione di dipendenza. A guidare la narrazione saranno alcune domande, sottoposte dal primo autore (LA) al responsabile della comunità (MR).

2. Quali progetti rivelano le versioni che raccontiamo di noi?

Come M. le descrive la sua storia? Come le descrive i suoi primi contatti con i servizi per le tossicodipendenze?

Un giorno M. si presenta alle porte del SerD chiedendo un trattamento. Dice di essere un consumatore di sostanze e di aver bisogno di aiuto.

Riferisce di utilizzare eroina per via inalatoria, e di aver recuperato il metadone al mercato nero, con l'obiettivo di diminuire il desiderio di assumere eroina e tentare di sospenderla. M. viene sottoposto all'esame delle urine, che conferma la presenza di eroina e di metadone, oltre che di cannabis. Dopo un colloquio conoscitivo con il medico di riferimento, gli vengono prescritti 15mg di metadone.

M. entra così nella filiera del servizio, con la chiave d'accesso standardizzata per tutti i nuovi ingressi. Le urine positive ad eroina e metadone, il racconto d'uso del ragazzo e la richiesta di un farmaco per gestire l'uso di eroina, forniscono elementi sufficienti per poter intraprendere una terapia sostitutiva a base metadonica, sostanza che il ragazzo stesso utilizza con la medesima indicazione con cui viene prescritta dal SerD.

Come di prassi, nei giorni successivi, vengono fissati ad M. una serie di appuntamenti con i professionisti del servizio: l'assistente sociale e lo psicologo per inquadrare il caso e la sua storia familiare, il medico per monitorare l'andamento del nuovo farmaco prescrittogli, e infine l'educatore. La maggior parte delle interazioni avviene con il personale infermieristico, il quale, quotidianamente, accoglie M. per somministrargli la dose di metadone prestabilita. M. si inserisce quindi nella macchina organizzativa del SerD, con la finalità di assumere il metadone.

M. interagisce con il servizio quando serve o quando gli è richiesto; come è prassi fare, concorda con il medico l'aumento di dosaggio della terapia, utilizzando la retorica del *"non mi copre abbastanza"*, ovvero *"non mi toglie il desiderio di usare eroina"*. Si mette a disposizione per i colloqui previsti coi vari professionisti, ma progressivamente inizia a sparire, diventando un utente silente e stabilizzato. Tutti i giorni infatti si presenta per reperire la terapia, intrattenendo interazioni sempre più fisse e continuative con gli infermieri, sporadiche e funzionali con il resto dell'equipe. Le urine risultano sempre negative all'uso di eroina. Un intervento che procede per quattro anni.

Cosa accade poi? In virtù di quale progetto M. ha avuto modo di venire in contatto con lei e la comunità?

Quando M. programma un viaggio all'estero in compagnia di una ragazza. All'interno di questo nuovo progetto infatti il metadone inizia a configurarsi come un problema rilevante. Matura dunque in M. il desiderio di volersene svincolare. In virtù di ciò, M. si dirige al SerD, presentando la richiesta di essere indirizzato ad una comunità. Andare in comunità è per M. una scelta molto sofferta; significa infatti prendersi l'aspettativa dal lavoro, lasciare casa, gestire le maledicenze del paese rispetto alla sua scomparsa. Ma è l'unica strada, unica in quanto il suo bisogno primario è quello di avere a disposizione del tempo per scalare la terapia. Se andasse in una clinica - come in un primo momento gli propone il servizio- rischierebbe di star male e soffrire.

M. cerca un luogo che gli fornisca la possibilità di rivedersi, per un tempo prolungato e modulabile. Il SerD, dunque, per far fronte alla richiesta ben precisa del ragazzo, mi contatta e mi racconta la sua storia.

Come le è stato descritto M. dal SerD?

Come un ragazzo di 26 anni, dipendente dall'eroina, ma, che, al contempo, non fa uso della sostanza da circa 4 anni, nonché da quando ha deciso di intraprendere il percorso al SerD. Approfondendo la questione del consumo, riporta come M. si sottoponga costantemente alla terapia metabolica sostitutiva ormai da anni, stabilizzato a 45mg e, -come riferisce anche il ragazzo- lo descrive come adagiato nella condizione sostitutiva di metadone. Il SerD aggiunge che M. richiede un intervento specifico per svincolarsi dal metadone, in quanto intimorito dalla prospettiva di fare a meno della sostanza, cosa che, "è tipica degli utenti in sospensione di eroina"; si verrebbe infatti molto spesso a creare un legame forte con il metadone, anche solo come antidoto all'eroina.

La richiesta di M. viene presa in considerazione, lo facciamo venire qualche volta in comunità per sondare la compatibilità rispetto al suo programma, e anch'io, ignaro del significato che ha per lui l'uso di metadone, lo accolgo all'Arcobaleno aderendo alla diagnosi secondo cui M. è un consumatore di sostanze in terapia sostitutiva di metadone, utilizzatore di eroina.

Come si è mosso lei? Cosa voleva conoscere di M.?

Inizialmente M. mi racconta la stessa storia che aveva raccontato al SerD. Io, non interessato specificatamente alla questione dell'uso di sostanze, non mi inserisco partendo da questa, ma dalla sua richiesta: il timore di star male e il desiderio di voler star bene.

M. teme gli effetti indesiderati conseguenti alla mancata assunzione della sostanza. In precedenza, infatti, aveva provato a svincolarsi da questa in maniera autonoma, ma dopo il secondo/ terzo giorno era stato così male da doverla assumere nuovamente. M. desidera, dunque, trovarsi in un luogo protetto, senza possibilità di usare sostanze, per impegnarsi nel tentativo di scalare il metadone.

E' attentissimo a ciò che si sta somministrando. Nel tempo è stato in grado di creare un legame così forte con gli effetti del metadone, da poterne descrivere ogni minima variazione, a livello chimico e sensoriale. M. è un alchimista di se stesso, un chimico attentissimo a rintracciare dosaggi differenti di molecole a livello corporeo.

Ma qualcosa non torna. I livelli di attivazione e la conoscenza della pratica d'assunzione della terapia metadonica sono così potenti che inizio ad accorgermi di quanto sia forte il suo rapporto col metadone. Non ho mai visto prima qualcosa di simile, con nessun altro utente della struttura. Inizio, quindi, ad indagare il significato che questa sostanza, e i comportamenti connessi con l'assunzione, hanno per M.

Nell'indagine, M. riporta di percepire me e gli operatori non come nemici, ma alleati nella gestione di una situazione che richiede una collaborazione. E, in virtù della relazione venutasi a creare, si apre uno scenario impensabile. M. "vuota il sacco" e racconta d'essere un utilizzatore di metadone. Il metadone per lui non è una terapia sostitutiva, ma la sostanza prediletta, la sostanza d'uso per cui definirsi dipendente.

Scalando il metadone, stavamo scalando la sua sostanza d'uso; come se con un cocainomane dovessimo concordare che *"oggi togliamo un pò di cocaina rispetto a ieri"*. Tutti gli effetti della riduzione della sostanza risultano, per questo motivo, accentuati, poichè la persona è qui per gestire la propria sostanza preferita, quella con cui desidera intossicarsi.

Cosa permette ad M. di sentirsi nella condizione di poterle raccontare una nuova storia?

M. si sente, un po' per il percorso che si stava delineando e, quindi, per la possibilità di aprire altri discorsi, un po' per la conoscenza che nei mesi si era instaurata, capace di raccontarsi. Avevamo, infatti, nel tempo, iniziato a parlare della sua vita, delle difficoltà che aveva incontrato nella relazione coi genitori, con la ragazza, di una relazione per cui è stato male e che l'aveva così turbato da ricondurre a questa la noxa causale del desiderio di eroina e di sostanze oppioidi. Aveva iniziato ad aprirsi. A questo punto M. inizia ad intravedere la possibilità di trovarsi in un ambiente non giudicante. Qualsiasi cosa avesse detto, non sarebbe cambiata l'interazione tra di noi, non sarebbero cambiati i ruoli, noi operatori non ci saremmo sentiti presi in giro, utilizzati, o giustificati a trattarlo in un altro modo, questo ha permesso che qualcosa cambiasse. Di qui un: *"Signori, adesso sono pronto a raccontarvi la mia storia"*.

A questo punto M. ri-narra la storia con il SerD: egli seguiva quello che il servizio diceva di fare. Ogni tanto andava a colloquio con l'educatore, altre volte con lo psicologo. Pertanto, il SerD aveva una panoramica completa della questione familiare, lavorativa, gestionale del ragazzo. Ed M. usava il SerD anche come situazione nella quale poter comunicare con qualcuno, confrontarsi, sfogarsi, raccontare come stava andando la sua vita. Il servizio però svolgeva una duplice funzione, e quella principale era fornirgli la sostanza d'uso. Il ragazzo aveva deciso di dirigersi al SerD con l'intento di recuperare il metadone, sapendo benissimo di non essere interessato alla sostanza in quanto "farmaco", ma come sostanza d'uso e d'abuso. Tutto era stato pianificato: l'assunzione di una piccola dose d'eroina legittimava la richiesta di metadone. E tra i benefici di tale assunzione non dimentichiamo che il metadone è gratuito, "legale" e poco "pericoloso" quanto a rischio d'overdose. Il suo personale uso di metadone era totalmente diverso rispetto al mandato sociale del servizio al quale si era rivolto. Era come se il SerD fosse stato il suo spacciatore. Quindi, in quanto utente, M. aveva modificato il servizio stesso, ignaro quest'ultimo di aver assunto il ruolo che il ragazzo gli aveva assegnato, ovvero che si stava occupando di un'intossicazione, e non di disintossicazione.

M. andava lì proprio per intossicarsi.

In cosa gli obiettivi del ragazzo e del serD erano accomunati e in cosa differivano?

Gli intenti dei due attori erano simili in termini di *mantenimento* della situazione. Il servizio pensava che, se il ragazzo avesse usato metadone, ci sarebbero stati meno rischi di andare in overdose, di avere problemi con la legge, di spacciare; era una sorta di mantenimento di una situazione preferibile al consumo di eroina, avendo l'uso di metadone una connotazione farmacologica, uno scopo terapeutico, funzione che non viene per nulla associata alla sostanza eroina. Il ragazzo e il SerD condividevano il mandato di mantenimento, ma non il motivo per cui si erano incontrati: il primo con l'obiettivo di reperire la sostanza d'intossicazione, il secondo col tentativo, opposto, di disintossicare la persona.

In che modo la relazione tra lei e il ragazzo ha permesso a quest'ultimo di dichiarare le proprie esigenze?

La relazione con me è cambiata quando mi sono accorto di avere di fronte una persona la cui esigenza era di disintossicarsi con la stessa sostanza d'uso. I suoi movimenti nella gestione della sostanza o nel concordare con noi operatori una prassi di riduzione della terapia metadonica sono risultati esponenzialmente più difficili rispetto a quelli di tutti gli altri utenti. Questo mi ha fatto sorgere delle domande: *"ma come mai fa tutta questa fatica?"* Togliere un milligrammo è già motivo

di preoccupazione circa gli effetti che potrebbero derivarne. Lui è, rispetto agli altri, molto più attento alle modifiche corporee che l'abbassamento della terapia comporta, cosa che solitamente avviene con la sostanza d'abuso, non con quella sostitutiva.

Le sue esigenze vengono espresse quando la relazione tra noi viene percepita da M. come solida, fondata sulla ricerca di obiettivi comuni, senza essere di proprietà di alcuno. Il ragazzo sa che mantenere la segretezza della sua situazione non sarebbe stata una strategia efficace in vista di un percorso di cambiamento. Decide di rendere partecipi gli altri della sua "vera" storia all'interno del progetto che sta portando avanti. Inoltre, M. racconta che percepiva come l'osservatore (l'equipe della struttura) stesse iniziando a prestare attenzione ai suoi movimenti nel corso dell'assunzione, che stava scoprendo qualcosa di lui che non era coerente con la storia che aveva raccontato. Abbiamo colto delle particolarità di M. con le quali egli doveva fare i conti. È stato tutto possibile in quanto il ragazzo non si sentiva messo in gabbia nel raccontarle, ma coglieva la possibilità che dichiararle era ciò che ci permetteva di continuare ad interagire.

Quindi abbiamo iniziato ad aprire un discorso rispetto a come potersi svincolare dalla sostanza, nonostante ce l'avesse in tasca, in comunità. Da quel momento M. ha cominciato a raccontare tutto ciò a cui prestava attenzione, al fatto, ad esempio, che si accorgeva del momento in cui venivano buttate via le boccette di metadone, che doveva stare distante dal bidone per i rifiuti speciali o, ancora, a quante gocce rimanevano nella boccetta, se veniva svuotata tutta o meno, cose che gli altri ragazzi trascuravano.

Come si è strutturato l'intervento? In virtù di cosa l'intervento è risultato efficace?

Abbiamo definito l'intervento tenendo conto del fatto che dentro la nostra struttura era presente la sua sostanza preferita e, dunque, prestando attenzione ad una serie di pratiche che per lui molto rilevanti; per esempio, il fatto che avrebbe voluto rubare dal bidone dei rifiuti tutte le gocce di metadone rimaste sul fondo di ogni flaconcino, o, ancora, l'imporsi di mangiare poco per poter sentire con più intensità l'effetto della sostanza e rimanere in grande attesa delle ore 14 per la somministrazione del metadone.

Dentro questa possibilità, comunico ad M. il desiderio di volerlo aiutare a raggiungere il suo obiettivo, accompagnandolo dunque nella gestione della sostanza d'uso.

Quello che gli ha permesso di sentirsi capace e di poter essere guidato, è stata la possibilità di costruire insieme dei significati, senza che nessuno dovesse aderire a quelli dell'altro. La richiesta, ad esempio, di M. di interrompere la riduzione della terapia (non ha mai chiesto di aumentarla), in virtù di una tranquillità che stava un po' vacillando, io non l'ho percepita come un desiderio di evasione o di esagerazione, ma come volontà, da parte sua, di utilizzare la sostanza per equilibrare i propri stati d'animo. Attraverso questa disponibilità, è stato concordato insieme ciò che sarebbe stato necessario avere per arrivare a "fare senza".

M. non è stato etichettato come tossicodipendente, ovvero come colui che "voleva sballarsi", "che non riusciva a resistere" o "che aveva degli intenti nascosti", ma accolto in virtù della sua attenzione, premura e interesse nei confronti degli effetti della sua sostanza d'uso.

3. Commento

Di cosa sta parlando M.? Quali riflessioni invita a formulare? Quali rischi e implicazioni in termini di intervento mette in luce la sua storia? M. ha proposto ai servizi per le tossicodipendenze storie diverse in virtù della definizione di differenti

progetti ed esigenze. Inoltre, inserite in contesti diversi, tali storie hanno generato nuove possibilità. La prima storia, quella raccontata al SerD, si fondava sull'esigenza di M. di reperire la sua sostanza d'uso preferita, in questo caso il metadone. La strategia messa in atto è stata dunque quella di impersonare il ruolo del perfetto tossicodipendente, e di far propri i discorsi tipici, condivisi e dunque stereotipati associati a tale ruolo, ovvero presentarsi come consumatore di eroina e, nello stesso tempo, come motivato a liberarsi da tale dipendenza, attraverso la conferma delle analisi e la retorica del desiderio di eroina. Come considerato nell'introduzione, la sostanza oppioide è la stessa per il servizio e l'utente e, in questo specifico caso, medesimo è l'obiettivo di mantenimento; ciò che si modifica è però il significato che la sostanza assume in virtù degli specifici progetti. Se il servizio si abbandona alla reiterazione di pratiche e significati predefiniti, rischia di spiegare l'altro in base a ciò che crede questo sia, ovvero il tipico tossicodipendente, invece di riferirsi a ciò che di personale e peculiare la persona porta. Stando proprio alle regole di quel gioco, le strategie di copertura di M. erano risultate efficaci. L'incompatibilità di due esperienze, l'uso della sostanza e un viaggio all'estero, ha rappresentato per M. un problema che richiedeva di essere gestito secondo strategie nuove e, nello specifico, attraverso l'inserimento in un contesto diverso, più protetto, quale la comunità. Tale possibilità nuova, intercettata dalla comunità, ha quindi permesso a M. di narrare una nuova storia. Si vuole porre l'attenzione su tale relazione in quanto, se da una parte è stato M. a rendere possibile la ri-narrazione di sé, attraverso la definizione di una nuova esigenza, dall'altra, è stato grazie alla relazione con gli operatori, alla disponibilità di questi di allinearsi alla trama della storia portata dalla persona, se il personale significato attribuito al metadone è stato rivelato. Ciò che è risultato decisivo è stata la disponibilità degli operatori di prestare attenzione alle specifiche reazioni di M. nella gestione della sostanza d'uso, servendosi anche del confronto con i modi di gestione di altri consumatori, col proposito di avvicinarsi alla peculiare esperienza a partire da ciò che la rendeva diversa e dunque personale. Un contesto non giudicante, in grado di configurare la nuova versione di M. non come prova del precedente inganno, ma a partire dalle risorse e possibilità che si aprivano in virtù della conoscenza da parte del personale delle sue richieste, è stato essenziale per permettere tale condivisione. Ma non solo, un contesto disposto a modificarsi in virtù dell'ingresso di un nuovo partecipante, con la consapevolezza di essere stato modificato - da luogo di disintossicazione a luogo di intossicazione - e partire da tale realtà per progettare un intervento di gestione di tale dipendenza. Anche il contesto del SerD si era modificato, questo infatti era diventato uno spacciatore per il ragazzo, ma la disponibilità ad accogliere tale processo, da parte della comunità, ha permesso di intervenire in maniera personalizzata, prestando molta più attenzione ai significati che il ragazzo assegnava ad ogni minima riduzione della terapia.

4. Conclusioni

Partecipare, condividendo gli intenti, ad un progetto di cambiamento di una persona dipendente da sostanze, è una condizione necessaria per poter promuovere un senso di efficacia riconosciuto da tutti gli attori coinvolti. La storia di M. pone di fronte ai molti rischi di spersonalizzazione dei progetti che si presentano nel momento in cui vengono proposte prassi consolidate, all'interno di un servizio rivolto ad una utenza generalizzabile, come quella in un SerD.

Se un servizio non si propone di condividere gli obiettivi con l'utente, l'unica possibilità offerta a quest'ultimo è l'adesione al contesto e, allo stesso tempo, la privatizzazione degli obiettivi. Il SerD così può divenire un luogo per intossicarsi piuttosto che per disintossicarsi; il personale può diventare un ostacolo da aggirare, piuttosto che una risorsa da utilizzare; un programma può diventare un mantenimento di una carriera, piuttosto che un evento trasformativo e la storia può fornire solo elementi di conferma del nostro status, piuttosto che di domanda sui possibili sviluppi.

5. Apprendere dall'esperienza di M.

L'esperienza di M. insegna qualcosa di molto pragmatico, da rendere operativo nelle interazioni che coinvolgono l'utente e il personale di un servizio.

M. interagiva costantemente con gli infermieri del servizio, i quali fungevano da osservatori privilegiati dei movimenti del ragazzo al SerD. Proprio questi movimenti si sono rivelati fondamentali per l'esplorazione della storia di M., e necessari per poter, una volta portati alla luce del sole, condividere uno spazio d'azione comune e non antitetico. L'osservazione è stata fondamentale, tanto quanto la leggerezza di una relazione che potesse abbassare i "filtri" di ciò che fosse concesso dire o meno, di ciò che si potesse far vedere o meno. Una percezione che modifica non il ruolo di chi sta di fronte, ma la realtà di quello che quel ruolo -fino ad allora- ha permesso di sperimentare. Si amplia lo spazio d'interazione, non si perde il ruolo. E questo spazio permette di conoscere qualcosa di ancora più intimo, attraverso la semplice somministrazione di un farmaco.

Nella relazione con M. è stata condivisa una chiave di volta, dove la percezione dell'assenza di giudizio ha permesso di aprire nuove interazioni, rivolte a scoprire intenti, desideri, curiosità di una storia, in maniera tale da non costringere la stessa all'interno di un'etichetta, emanazione di uno sguardo rivolto all'uso di sostanze. Si è andati un po' oltre, dove lui ha permesso di entrare.

I servizi partono da un'interfaccia: uno sguardo quotidiano che si accorge e che scorge; se usato, può fornire elementi fondamentali da poter utilizzare in sede clinica. È la conoscenza interattiva delle storie, e non delle etichette, che permette di personalizzare un servizio attraverso i rapporti che si snodano al suo interno, siano essi infermieri, medici, psicologi o altri professionisti.

Ciò che ha funzionato con M. è stato, da un lato, avergli permesso di non aderire al nostro progetto, a favore della costruzione di un programma che tenesse conto delle sue esigenze, inclinazioni, preoccupazioni e nel quale inserirci noi professionisti con i nostri strumenti professionali, piuttosto che lui con le sue difficoltà. È il servizio che va dall'utente, così e non il contrario. Dall'altro lato, si è rivelato vincente permettere a M. di descrivere i professionisti in modo accogliente e non giudicante, diversamente da come si era strutturata l'interazione inizialmente. M. è riuscito a scoprire nuovi spazi d'azione nella relazione d'aiuto con i professionisti, trasformandola da uno spazio scelto da lui, ad uno spazio concordato insieme agli altri.

In ultima analisi, M. ha riproposto un rischio insito nelle prassi dei servizi, ovvero quello di perdere la personalizzazione dei trattamenti nei protocolli d'intervento. Le pratiche aiutano i professionisti a gestire quanti più casi possibili, ma vanno bilanciate nel corso della presa in carico di ogni singolo. Le persone accedono con intenti, bisogni e obiettivi molto differenti tra loro, a volte sconosciuti al servizio, a volte perfino in antitesi con la finalità per cui è stato pensato il servizio. Interrogarsi sul ruolo e sulla parte richiesta nella "*recita*" permette sia di essere fedeli al mandato

del servizio, sia di inserirsi nel progetto di cambiamento, piuttosto che di mantenimento, richiesto dall'utente.

Riferimenti bibliografici

- Bargagli, A. M., Schifano, P., Davoli, M., Faggiano, F., Perucci, C. A., & VEdeTTE Study Group. (2005). Determinants of methadone treatment assignment among heroin addicts on first admission to public treatment centres in Italy. *Drug and alcohol dependence*, 79(2), 191-199.
- Frank, D. (2018). "I Was Not Sick and I Didn't Need to Recover": Methadone Maintenance Treatment (MMT) as a Refuge from Criminalization. *Substance use & misuse*, 53(2), 311-322.
- Granerud, A., & Toft, H. (2015). Opioid dependency rehabilitation with the opioid maintenance treatment programme-a qualitative study from the clients' perspective. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 10(1), 35.
- Grønnestad, T. E., & Sagvaag, H. (2016). Stuck in limbo: illicit drug users' experiences with opioid maintenance treatment and the relation to recovery. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11(1), 31992.
- Harris, M., & Rhodes, T. (2013). Methadone diversion as a protective strategy: the harm reduction potential of 'generous constraints'. *International Journal of Drug Policy*, 24(6), e43-e50.
- Holt, M. (2007). Agency and dependency within treatment: Drug treatment clients negotiating methadone and antidepressants. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1937-1947.
- Järvinen, M. (2008). Approaches to methadone treatment: harm reduction in theory and practice. *Sociology of health & illness*, 30(7), 975-991.
- Järvinen, M., & Miller, G. (2010, December). Methadone maintenance as last resort: A social phenomenology of a drug policy. In *Sociological Forum* (Vol. 25, No. 4, pp. 804-823). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Valentine, K. (2007). Methadone maintenance treatment and making up people. *Sociology*, 41(3), 497-514.
- Vanderplasschen, W., Naert, J., Vander Laenen, F., & De Maeyer, J. (2015). Treatment satisfaction and quality of support in outpatient substitution treatment: opiate users' experiences and perspectives. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 22(3), 272-280.