



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E PSICOLOGIA
APPLICATA (FISSPA)**

Corso di Laurea Magistrale
In
Psicologia Clinico - Dinamica

TESI DI LAUREA MAGISTRALE

**Identità in pillole:
consumo di psicofarmaci e implicazioni identitarie
tra ospiti di servizi residenziali per la salute mentale**

Relatrice
Prof.ssa Elena Faccio

Laureanda: Cecile Scalini
Matricola: 1231845

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

Introduzione.....	1
1 Modi distinti di definire e trattare il disagio psichico: panoramica storica e culturale.....	4
1.1 La “malattia mentale”, un termine storicamente e culturalmente collocato.....	4
1.1.1 Dicotomia normale-anormale.....	5
1.1.2 Differenze transculturali nelle definizioni del comportamento deviante e nel decorso del quadro sindromico.....	7
1.1.3 Il linguaggio psichiatrico.....	9
1.1.4 Il fenomeno della medicalizzazione, una ricostruzione storica.....	10
1.1.5 Come le istituzioni mediche e i media popolari contribuiscono alla diffusione della medicalizzazione.....	14
1.2 Il trattamento farmacologico, incremento delle prescrizioni.....	18
1.2.1 La scoperta degli psicofarmaci, un excursus storico.....	19
1.2.2 Aumento delle categorie nosografiche e mode diagnostiche.....	22
1.2.3 Il trattamento farmacologico è l’unica alternativa?.....	25
2 Implicazioni dell’utilizzo di psicofarmaci, prassi prescrittive e dinamiche di assunzione.....	29
2.1 Effetto iatrogeno e polifarmacoterapia.....	30
2.2 Gli effetti del trattamento farmacologico, differenze soggettive.....	32
2.3 Interruzione del trattamento farmacologico: una questione controversa.....	35
2.4 Tentativi di autogestione e sospensione autonoma della terapia farmacologica.....	37
2.5 Teorie personali e attribuzioni di significato al consumo di psicofarmaci.....	41
2.6 La contenzione chimica.....	42
3 La terapia farmacologica nei servizi per la salute mentale e gli effetti sulle identità degli utenti.....	45
3.1 Quadro della letteratura disponibile sul tema.....	46
3.1.1 Il concetto di carriera morale ed il ruolo di malato mentale, etnografie classiche.....	47
3.1.2 Strategie individuali per attribuire un senso al disagio psichico, studi qualitativi recenti.....	49
3.1.3 Discorsi e narrazioni nel repertorio culturale.....	50
3.2 L’ingresso nei servizi per la salute mentale: definizione del disagio psichico.....	53
3.2.1 L’impatto della diagnosi.....	54
3.2.2 Noi e Loro, lo stigma.....	59
3.2.3 Negoziazione del trattamento farmacologico.....	61
3.3 La permanenza nei servizi per la salute mentale: cronicizzazione del disagio psichico.....	63
3.3.1 Il trattamento farmacologico come routine.....	63
3.3.2 Catene linguistiche e gabbie identitarie.....	64
4 Introduzione alla ricerca: premesse.....	67
4.1 Cornice epistemologica.....	68
4.2 La ricerca qualitativa: metodologia e specificità.....	70
4.3 Strumenti di raccolta dei dati: l’intervista semi-strutturata.....	71
4.4 Metodi di analisi dei dati.....	72
4.4.1 Analisi del contenuto.....	73
4.4.2 Analisi del posizionamento.....	77
5 La ricerca: obiettivi, strumenti e analisi dei dati.....	81
5.1 Contesto e obiettivi di ricerca.....	81

5.1.1	Obiettivi e criteri di analisi.....	81
5.1.2	I partecipanti.....	83
5.2	Costruzione dello strumento.....	85
5.2.1	Protocollo dell'intervista.....	85
5.2.2	Strutturazione dell'intervista.....	86
5.3	Analisi dei dati testuali e presentazione dei risultati.....	87
5.3.1	Analisi del contenuto.....	87
5.3.1.1	Analisi delle configurazioni e delle rappresentazioni identitarie nel passato.....	88
	Presentazione dei risultati.....	88
	Discussione dei risultati.....	89
5.3.1.2	Analisi delle configurazioni e rappresentazioni identitarie nel presente.....	90
	Presentazione dei risultati.....	90
	Discussione dei risultati.....	92
5.3.1.3	Analisi delle configurazioni e delle rappresentazioni identitarie nel futuro.....	93
	Presentazione dei risultati.....	93
	Discussione dei risultati.....	94
5.3.1.4	Analisi della relazione della persona con i propri cari e con le persone comuni.....	95
	Presentazione dei risultati.....	95
	Discussione dei risultati.....	96
5.3.1.5	Analisi delle prospettive personali rispetto all'uso ed alla sospensione degli psicofarmaci.....	97
	Presentazione dei risultati.....	97
	Discussione dei risultati.....	98
5.3.1.6	Teorie personali in merito a utilità, effetti collaterali, e benefici degli psicofarmaci.....	99
	Presentazione dei risultati.....	99
	Discussione dei risultati.....	101
5.3.1.7	Relazione della persona con professionisti della salute mentale e membri dell'équipe.....	102
	Presentazione dei risultati.....	102
	Discussione dei risultati.....	103
5.3.2	Analisi del posizionamento.....	104
5.3.2.1	Il mio percorso.....	104
	Presentazione dei risultati.....	105
	Discussione dei risultati.....	113
5.3.2.2	L'altro.....	116
	Presentazione dei risultati.....	117
	Discussione dei risultati.....	119
5.3.2.3	La terapia farmacologica.....	121
	Presentazione dei risultati.....	121
	Discussione dei risultati.....	123
5.3.2.4	Relazione con lo psichiatra.....	124
	Presentazione dei risultati.....	125
	Discussione dei risultati.....	127
5.3.2.5	La ricerca.....	128
	Presentazione dei risultati.....	128
	Discussione dei risultati.....	130

5.4 Discussione finale.....	132
Conclusioni.....	138
Riferimenti bibliografici.....	142

INTRODUZIONE

Nel 1978 la legge n.180, nota come legge Basaglia, ha disposto la chiusura degli istituti manicomiali dove persone definite “malate di mente”, risiedevano, separate dalla porzione rimanente del corpo sociale. Il dibattito relativo alla possibilità che la “malattia mentale” possa essere definita a tutti gli effetti una patologia riconducibile a disfunzioni biologiche e curabile con un trattamento farmacologico aveva assunto connotati accademici e pubblici e raggiunto il proprio apice proprio negli anni Sessanta e Settanta (Saraceno, 2017). Attualmente, entro il contesto socio-culturale occidentale, tale dibattito appare assopito e la comprensione del fenomeno della sofferenza psichica si presenta filtrata dal modello biomedico (Engel, 1977), sempre maggiormente affermato e diffuso. I discorsi che vertono attorno alla “malattia mentale” implicano di rado un modo alternativo di definire ed intendere questo fenomeno, a cui viene ascritta un’eziologia biochimica e per cui viene suggerito un trattamento psicofarmacologico. Il trattamento e la presa a carico di persone a cui viene diagnosticato un disturbo mentale non appaiono più iscritti in un panorama costellato dagli istituti manicomiali, ormai scomparsi, bensì da servizi per la salute mentale territoriali, tra questi i servizi residenziali possono richiamare nell’immaginario collettivo i vecchi ospedali psichiatrici. Il mandato ed il *modus operandi* di queste due organizzazioni sono innegabilmente diversi, ma entrambe possono esercitare un impatto sulle identità delle persone che vi risiedono. Sorgono quindi alcuni interrogativi, quali identità vengono costruite all’interno di questi servizi? Come si costruiscono queste identità? E quali sono le ricadute pragmatiche di queste costruzioni? Gli ospiti di servizi residenziali per la salute mentale con intenti non assistenziali, ma riabilitativi, intraprendono percorsi finalizzati all’acquisizione di un grado maggiore di autonomia ed al reinserimento nel tessuto sociale e lavorativo, tali percorsi non appaiono tuttavia uniformi, ma idiosincratici e diversificati. Accanto ad utenti per cui l’intento riabilitativo può dirsi realizzato, che sembrano aver compiuto una trasformazione identitaria durante la permanenza in strutture residenziali, si incontrano utenti che perdurano per un tempo molto esteso in una situazione di stasi del quadro sindromico, o addirittura sembrano regredire, mentre trascorrono gran parte della propria vita all’interno dei servizi. Le differenze riscontrabili nell’evolversi dei percorsi riabilitativi, differenze che si ripercuotono anche sulle traiettorie biografiche, possono essere attribuite a caratteristiche individuali, quali la mancanza o l’insufficienza di sforzi per migliorare o modificare la propria condizione o seguire le indicazioni relative ai trattamenti proposti. Tuttavia, assumendo uno sguardo più ampio sul fenomeno della “malattia mentale”, si può notare come l’attribuzione della responsabilità del proprio malessere al singolo individuo sia distintiva e peculiare del contesto

socio-culturale occidentale (Conrad, 1992; Furr, 2004) e come al variare di scenari storici e culturali mutino non soltanto le modalità di definire ed intendere la sofferenza psichica, ma anche le tipologie di trattamento proposte ed i decorsi. In particolare una compagine di studi interculturali ha rilevato come in paesi poco industrializzati e con un assetto tribale, che non possono contare su un sistema medico avanzato, il decorso di quadri sindromici di schizofrenia risulti sorprendentemente migliore rispetto ai paesi occidentali (World Health Organization, 1973; Jablensky et al., 1992; Pescosolido et al., 2015). Quindi un decorso favorevole sembra non dipendere soltanto da prescrizioni psicofarmacologiche appropriate che dovrebbero agire e compensare disfunzioni di origine biochimica, né dall'impegno individuale, appare invece influenzato anche dall'assetto societario e da implicite culturali. Nel tentativo di prendere in considerazione sia l'influenza esercitata sull'identità degli utenti entro il contesto specifico dei servizi residenziali per la salute mentale, sia l'ascendente di discorsi, culturalmente e storicamente determinati, che attraversano e permeano i servizi per la salute mentale, si è scelto di focalizzare lo studio sulle modalità specifiche ed individuali degli utenti di appropriarsi di tali discorsi o contestarli, trovando così la propria collocazione identitaria rispetto a questi. Con l'intento di perseguire questo obiettivo, nel primo capitolo è stata proposta uno sguardo ampio e comparativo su distinti modi di intendere la sofferenza psichica entro scenari culturali altri, affiancato da una ricostruzione dal mutamento del costruito di "malattia mentale" nel susseguirsi dei vari capitoli della storia occidentale. Questo approfondimento è stato illustrato nel tentativo di gettare luce sulle origini e le ragioni dell'attuale concezione di questo fenomeno. È stato inoltre definito il contributo di istituzioni mediche e media popolari nel diffondere il modello biomedico e sancire la sua legittimità ed è stata delineata una panoramica delle attuali prescrizioni di psicofarmaci e del loro utilizzo. Il secondo capitolo è focalizzato sulle dinamiche ed implicazioni coinvolte nel consumo di psicofarmaci. Accanto ad una raffigurazione delle pratiche prescrittive e tendenze comuni nell'assunzione, si sono volute riportare alcune esemplificazioni di effetti iatrogeni, toccando la tematica dell'interruzione del trattamento farmacologico ed enfatizzando infine la rilevanza dei significati attribuiti agli psicofarmaci, intesi non come dati una volta per tutte, ma negoziati entro scambi interattivi. Il terzo capitolo prende in esame la costruzione identitaria degli utenti di servizi residenziali per la salute mentale, insistendo sul luogo di incontro tra biografie individuali ed il contesto dei servizi per la salute mentale in cui avvengono queste costruzioni. Gli strumenti concettuali del discorso, della narrazione e del posizionamento identitario sono stati descritti accanto ad una panoramica della letteratura sul tema e presentati come utili per indagare tale fenomeno nel suo legame con il contesto citato. È stata inoltre approfondita la dinamica dello stigma ed il ruolo esercitato dagli psicofarmaci nel processo di costruzione identitaria.

A seguito di questo inquadramento teorico, con cui si è tentato di fornire le tracce per la comprensione dell'oggetto di indagine, si sviluppa, a partire dal quarto capitolo, la sezione dedicata alla ricerca empirica. Il quarto capitolo è stato riservato all'esposizione della cornice epistemologica e delle coordinate teoriche dell'interazionismo simbolico e costruzionismo sociale, alla descrizione della metodologia di ricerca adottata e dello strumento di raccolta dei dati, un'intervista semi-strutturata. Nel capitolo seguente sono stati esplicitati l'obiettivo di ricerca ed i vari sotto-obiettivi in cui è stato declinato accanto ai criteri di analisi, per lasciare poi spazio alla descrizione del contesto in cui la ricerca è stata condotta e dei partecipanti. Infine vengono presentati e, di seguito, discussi i risultati emersi dalle due tipologie di analisi condotte sui testi delle interviste.

Il quesito di ricerca corrisponde all'indagine della costruzione identitaria di utenti di servizi residenziali per la salute mentale attraverso il modo in cui narrano se stessi, le relazioni affettive, sociali e con i membri dell'équipe e l'esperienza di consumo di psicofarmaci. Il presente macro-obiettivo è stato perseguito tramite la raccolta e l'analisi di interviste, svolte presso una Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) di modulo B. Lo studio approfondisce in particolare le modalità attraverso cui gli utenti si appropriano dei discorsi che, resi disponibili dal repertorio culturale, permeano l'ambito dei servizi per la salute mentale e la possibilità degli utenti di adottare tali discorsi o contrastarli entro un processo di costruzione identitaria. Così, sono state approfondite aree di indagine che riguardano in primo luogo la configurazione identitaria degli utenti, la loro relazione con le persone comuni e coi i propri cari, nonché con i professionisti della salute mentale e le teorie personali e significati attribuiti all'utilizzo di psicofarmaci. Come mai gli utenti prendono parte a percorsi riabilitativi con esiti differenti? Quali identità vengono costruite entro i servizi sanitari per la salute mentale? Che ruolo giocano gli psicofarmaci entro questo processo costruttivo? Quale invece il contributo della società e degli impliciti culturali? Come influiscono gli scambi con i professionisti della salute mentale? Il presente studio ha preso avvio da questi ed altri interrogativi.

1 MODI DISTINTI DI DEFINIRE E TRATTARE IL DISAGIO PSICHICO: PANORAMICA STORICA E CULTURALE

*“Si pensa di tracciare il contorno della natura della cosa...
e non si fa che tracciare la cornice attraverso la quale la si guarda”*

(Wittengstein, 1954)

Il discorso sulla sofferenza psichica ha attraversato uno spazio variegato, segnato da distinte posizioni ontologiche ed epistemologiche che ancora oggi permangono in una precaria coesistenza. Queste molteplici prospettive si sono sviluppate attorno all'interfaccia tra la configurazione della sofferenza psichica e le corrispondenti pratiche di trattamento, dando origine a molteplici approcci per il trattamento del disturbo mentale (Chakravarty, 2011). Attualmente alcune modalità di espressione del proprio malessere vengono tradotte in “malattia mentale” perché questa chiave di lettura risulta radicata nel contesto culturale Occidentale e si è progressivamente consolidata, fino ad essere applicata acriticamente dalle persone comuni (Salvini & Iudici, 2019) che, in differenti scenari sociali ed epoche storiche, avrebbero probabilmente interpretato la stessa sofferenza in chiave religiosa o esistenziale (Faccio, 2007). La dimensione culturale si affaccia anche nella valutazione della condotta come normale o anormale, la stessa manifestazione comportamentale può essere infatti accettata o addirittura incentivata in una cultura e considerata deplorabile e passibile di punizione in un'altra (Geertz, 1975). Una comprensione ampia del fenomeno della “malattia mentale” e della terapia farmacologica come forma di trattamento non può quindi esordire da un punto di vista ristretto e situato in un contesto storico e culturale circoscritto, come può essere quello della psichiatria biologica, richiede invece uno sguardo che si estenda oltre questo confine per poterlo indagare da prospettive distinte, metterlo in discussione e coglierne, per confronto, gli aspetti fondanti.

1.1 LA “MALATTIA MENTALE”, UN TERMINE STORICAMENTE E CULTURALMENTE COLLOCATO

Il modello biomedico (Engel, 1977) paragona il disturbo mentale a qualsiasi altra malattia e presuppone che anche questo possa essere trattato con mezzi e pratiche della scienza medica. Entro tale modello l'eziologia del disturbo mentale viene incentrata su cause fisiologiche, biochimiche o

genetiche e si fa affidamento a procedure mediche, tra cui la psicofarmacologia, nel tentativo di curare queste anomalie (Cockerham, 2000). Nel momento in cui si accetta che la causa di un'anomalia della condotta possa essere rilevata in uno squilibrio chimico cerebrale, la psicofarmacologia appare quindi un mezzo di cura adeguato ed efficace, scelto senza esitazioni o stupore tra molti altri disponibili (Saraceno, 2017).

Altro scenario che si concretizza sempre più di frequente corrisponde a quello immediatamente successivo alla ricezione di una diagnosi di disturbo mentale, in particolar modo se associata nel sentire comune ad una certa gravità. L'*entourage* del destinatario della diagnosi comincia così a relazionarsi con questo come con un soggetto che si discosta dai criteri di normalità, appartenente ad "una realtà altra rispetto a quella delle persone sane" (Fabietti, 2015).

Il modello biomedico risulta quindi ampiamente affermato e diffuso a livello del senso comune, ma non è l'unico modello che si può adottare per interpretare il disturbo mentale. Compiendo delle dislocazioni contestuali e temporali si possono rintracciare diversi modi di intendere e nominare la sofferenza psichica e distinte proposte per il suo trattamento, a cui sono sottese precise posizioni epistemologiche (Chakravarty, 2011).

1.1.1 DICOTOMIA NORMALE-ANORMALE

Le scienze cliniche della psiche, che comprendono la psichiatria e le psicologie cliniche e diagnostiche condividono con le richieste sociali e giuridiche l'utilizzo del costrutto dicotomico sovraordinato di "normalità/anormalità", la ricerca di coerenza e conferma e le attribuzioni di causa e si può dire che rispondano, con un contributo tecnico, all'affermarsi di una richiesta istituzionale e sociale sempre più interessata alla normalità ideale e motivata da un'intensa volontà di conoscenza e di controllo della diversità e della devianza (Salvini, 2009). La disciplina psichiatrica può dirsi sorretta da una struttura duale antinomica, incarnando un duplice mandato, medico e giuridico. Alla figura professionale dello psichiatra viene assegnato il compito di curare manifestazioni configurate come patologiche, ma anche di esercitare un controllo su condotte potenzialmente pericolose dei pazienti, vigilando per preservare ordine e sicurezza a livello societario (Menegatto & Zamperini, 2018). La ragion d'essere di questo binomio si può rintracciare nelle origini della disciplina psichiatrica e nelle motivazioni che hanno contribuito alla sua affermazione ed al suo progredire. Pur essendo annoverata tra le branche della medicina, la psichiatria non deve la sua nascita e legittimazione unicamente alla matrice razionalista e positivista su cui si fonda, ma anche alla richiesta normativa che aveva iniziato a sollevarsi dalle società moderne tra il XVII e il XVIII secolo (Salvini & Iudici, 2019). L'intento di conferire un ordine alla realtà aveva iniziato a

concretizzarsi in questo periodo storico, con l'attuazione di programmi pedagogici e normativi tesi a controllare ed uniformare le condotte collettive, dando avvio a quello che Elias definisce "processo di civilizzazione". In questo clima reciprocamente convalidante tra esigenze sociali e logica prescrittiva e proscrittiva della disciplina psichiatrica, una molteplicità eterogenea di comportamenti eccentrici, devianti, diversi hanno iniziato ad essere definiti "anormali" e ricondotti all'*unicum* descrittivo ed esplicativo della "malattia mentale". Emerse così una nuova comprensione tecnico-razionale e oggettivante della follia, ormai definita "malattia mentale", il cui trattamento divenne dominio della scienza medica, tuttavia non scomparve la precedente comprensione morale della follia. Foucault illustra pertanto come nelle origini della psichiatria possano essere rintracciati due discorsi fondanti, che ancora plasmano e orientano la psichiatria contemporanea: un discorso morale di salvezza attraverso la responsabilità individuale e un discorso tecnico di trattamento attraverso la medicina scientifica (Barrett, 1996; Foucault, 1988).

La matrice positivista sottesa allo sviluppo della psichiatria aveva condotto all'assunzione del concetto di media come equivalente oggettivo del concetto di norma. È stata stabilita una coincidenza tra adesione alla norma e normalità e la "malattia mentale" è stata intesa come una variazione quantitativa rispetto alla media che corrisponde invece alla condizione di salute (Canguilhem, 1966). In quest'ottica è stata tralasciata la specificazione della norma a cui il singolo dovrebbe adattarsi per preservare la propria normalità e poter essere definito un soggetto sano. Tuttavia viene data per scontata l'esistenza di un ideale assoluto di normalità a cui la collettività dovrebbe tendere e da cui deve tentare di non divergere perché l'anormalità, intesa come "sorvegliata speciale", suscita un immediato sospetto di "malattia mentale" e può divenire la tappa di un percorso che precede l'inquadramento secondo una categoria diagnostica (Salvini & Iudici, 2019). Nel panorama culturale occidentale il pensiero laico generalmente presume che le condotte devianti si verifichino a causa di un difetto individuale o di una qualità innata (Grieg, 1996) del singolo "che ha infranto le norme apparentemente razionali e oggettive della società" (Goode, 1990). La devianza non presenta tuttavia un valore assoluto, un comportamento si discosta da standard sanciti da norme condivise e comunemente accettate da un gruppo sociale di riferimento (Sheff, 1974). Nel momento in cui si dà per scontato l'assunto che la condotta deviante sia interamente imputabile al singolo attore, tale condotta appare passibile di un trattamento razionale e centrato sull'individuo (Kirk, 1972). Un trattamento con questi connotati è stato proposto dalla psichiatria la quale, pur abbracciando l'involucro di teorie e pratiche del modello medico, assume come oggetto di studio ed intervento le condotte "anormali".

1.1.2 DIFFERENZE TRANSCULTURALI NELLE DEFINIZIONI DEL COMPORTAMENTO DEVIANTE E NEL DECORSO DEL QUADRO SINDROMICO

L'ideale di universalità della normalità, ha cominciato ad essere messo in discussione negli anni '30, periodo in cui medici indigeni formati nelle istituzioni europee si erano interessati alle differenze transculturali riscontrabili nella frequenza e nel decorso della *dementia praecox*, termine coniato da Kraepelin per indicare la schizofrenia (Pinto, 2020), evidenziando come fosse più comune nelle “comunità indiane più avanzate e nella civiltà e cultura occidentale” (Dhunjibhoj 1930, p. 255). Un'indagine simile venne condotta anche da Paul Benedict e Irving Jacks nel 1954, i quali si erano chiesti se la schizofrenia si manifestasse anche nelle culture tribali e con livelli ridotti di alfabetizzazione e, in tal caso, se il suo sviluppo differisse da quello riscontrato in paesi occidentali. Sorprendentemente i ricercatori osservarono che i tassi di ospedalizzazione aumentavano con la “detrribalizzazione e acculturazione”, suggerendo che la cultura Occidentale esercitasse un'influenza nel dispiegarsi dei quadri sindromici di schizofrenia (Benedict & Jack, 1954, pp. 383, 386). Negli anni '70 le intuizioni che avevano avviato le prime ricerche vennero riprese e ampliate. All'inizio del decennio l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva intrapreso degli studi con l'obiettivo di mappare le differenze transculturali nella diffusione e nel decorso della schizofrenia. Uno degli studi più rilevanti corrisponde all'International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS) e include nove diversi paesi diversificati per matrice culturale, industrializzazione e livelli di sviluppo sociale (World Health Organization, 1973). In ciascuno dei paesi coinvolti nello studio erano stati trovati individui che soddisfacevano i criteri per la diagnosi di schizofrenia, ma dai follow-up condotti nei due anni consecutivi si poteva apprezzare un risultato controintuitivo (Jablensky et al., 1992), il decorso della schizofrenia appariva più favorevole non nei paesi occidentali, dotati di sistemi ed attrezzature mediche più avanzate, bensì negli stati appartenenti a zone rimaste incontaminate dalla cultura occidentale (Pescosolido et al., 2015). I risultati emersi indicano come la diagnosi non possa essere considerata l'unico parametro per definire una malattia mentale come grave, invalidante ed associata ad una prognosi negativa con una prospettiva di cronicizzazione, lo sviluppo del quadro sindromico può invece acquistare senso ed essere pienamente compreso solo se iscritto nei processi sociali e culturali in cui si struttura.

La cultura può essere intesa come processo simbolico (Pinto, 2020), come dispensatrice di un repertorio di segni e simboli a cui il singolo può attingere e che può maneggiare nel corso delle sue interazioni, conferendo un significato alle proprie azioni e costruendo la propria configurazione identitaria in termini dialogici (Harré & Gillet, 1996). Tale visione della cultura getta luce anche sulla sua funzione strutturante in ambito psicopatologico, “la cultura influenza l'esperienza dei

sintomi, i termini usati per riportarli, le decisioni sui trattamenti, le interazioni medico- paziente, la probabilità di esiti quali il suicidio e le pratiche dei professionisti” (Kleinmann, 2004). L’ascendente della cultura affiora fin dalla modalità di definizione di un comportamento deviante, incidendo anche sulla scelta della tipologia di aiuto a cui rivolgersi (Chen & Mak, 2008). Chen e Mak (2008) si sono occupati di esaminare l’influenza delle credenze culturali legate all’eziologia della “malattia mentale” sulla propensione verso la richiesta d’aiuto a professionisti della salute mentale. I partecipanti allo studio corrispondevano a studenti universitari distinti in quattro gruppi in base alla provenienza culturale ed alla gradazione di ibridazione con la cultura occidentale, americani europei, americani cinesi, cinesi di Hong Kong e cinesi continentali. I risultati hanno confermato l’ipotesi di partenza, mettendo in risalto come credenze laiche biologiche, genetiche e ambientali, intrise di valori culturali occidentali e maggiormente accettate dagli americani europei predispongano alla ricerca di una tipologia di aiuto fornito da professionisti della salute mentale che finisce per essere pre-selezionato tra le altre forme di assistenza conformi a valori e credenze tradizionali di culture distinte. Un ulteriore esempio viene fornito da un recente studio condotto con l’obiettivo di rilevare se abitanti del Nepal senza competenze mediche, ma con un’elevata esposizione alla cultura occidentale fossero più inclini a definire comportamenti devianti in termini di “malattia mentale”(Furr, 2004). Lo studio ha coinvolto duecentosettantatre insegnanti a cui è stato presentato il quadro di una ragazza di dodici anni impegnata in un comportamento deviante. I risultati dello studio indicano che gli insegnanti che approvavano valori culturali occidentali erano più propensi ad etichettare il comportamento della ragazza in termini di “malattia mentale” e ad indirizzarla verso una tipologia di aiuto medico in stile occidentale piuttosto che orientarla verso un tradizionale guaritore nepalese. Soffermarsi sulle modalità di definizione di un comportamento deviante conduce anche ad un ampliamento della riflessione relativa all’incidenza di aspetti culturali sulla costruzione dell’identità individuale e collettiva (Kleinmann, 2004). Nelle culture non occidentali il senso di sé risulta maggiormente radicato nei legami sociali, la persona compie più sforzi nel tentativo di preservare l’armonia del gruppo sociale di quanti non ne diriga al raggiungimento del successo individuale (Nisbett, 2003). La definizione di sé non si sviluppa quindi a partire da un modello egocentrico, l’individuo non si percepisce come un agente isolato teso ad affermare la propria libertà personale, ma come funzione del contesto sociale, in conformità con un modello sociocentrico (Kleinmann, 1988). Il processo di occidentalizzazione di paesi in via di sviluppo implica anche una modifica dell’enfasi rivolta al sé che non viene più definito dalle sue relazioni interpersonali, ma svincolato dal contesto sociale con l’intento di esaltare la sua individualità autoreferenziale e fissa (Peltzer, 2002). Queste differenze nel modo di intendere l’identità personale comportano ricadute anche sulla definizione del comportamento deviante.

“L’individualismo emerge nelle definizioni del sé [...] e diventa coerente con altri ideali occidentali” (Furr, 2004). Nella cultura occidentale l’individuo viene visto come detentore della regia delle proprie azioni, in grado di operare scelte razionali relative alla propria condotta, il comportamento deviante viene quindi più agevolmente e frequentemente inteso come “una colpa all’interno del singolo attore” e definito secondo un linguaggio riduzionista e spesso medico (Conrad, 1992). In alcune zone di Asia, Africa e America Latina, dove la cultura occidentale non esercita un’influenza massiccia, “non esiste un dominio di ‘malattia mentale’ che sia l’equivalente di quello identificato nell’attuale teoria e pratica medica occidentale” (Desjarlais et al., 1995, p. 51) e sono egemoni spiegazioni della condotta “anormale” centrate sul tradizionalismo e le ideologie religiose.

Sebbene gli studi citati propongono risultati che possono essere estesi con cautela oltre al campione della ricerca o che, addirittura, non possono essere considerati generalizzabili, consentono di problematizzare la prospettiva oggettiva e razionalista fornita dal modello biomedico del disturbo mentale, e fanno affiorare l’esigenza di prendere in considerazione l’ampio repertorio di modi di intendere la sofferenza psichica disponibili, realtà culturali di tutto il mondo hanno affrontato il problema del disturbo mentale e del suo trattamento in molteplici modi, il discorso sulla “malattia mentale” risulta quindi vasto e composito, caratterizzato da una polifonia ed una pluralità di prospettive (Lin & Kleinmann, 1988).

1.1.3 IL LINGUAGGIO PSICHIATRICO

L’evoluzione delle discipline cliniche della psiche implica anche l’ampliamento di un repertorio di strategie argomentative volte a tradurre le condotte anormali in una pluralità di rappresentazioni o di costruzioni discorsive di senso, di significato e valore, in artefatti linguistici che hanno dato vita, a partire dal XIX secolo, a un genere narrativo a metà strada tra giudizio morale e discorso medico (Salvini, 2009). L’adozione di un vocabolario medico per definire un comportamento deviante proietta immediatamente tale condotta nell’ambito di pertinenza della scienza medica, “in un ampio scenario e genere narrativo che porta a nascondere dietro l’espedito sanitario, altre possibilità di comprensione” (Salvini & Iudici, 2019). In quest’ottica, appare dunque scontato che la miglior soluzione per una condotta “anormale” definita “malattia” risieda nella tecnica medica ed il contesto in cui tale problema è venuto a strutturarsi viene escluso da ogni valutazione (Furr, 2004).

Recentemente sono diventati ancora più evidenti gli effetti dello sviluppo della disciplina psichiatrica. La psichiatria si è occupata di tracciare una linea distintiva tra il “normale” e l’“anormale”, un confine che è stato delineato e viene ricalcato grazie al ricorso a strumenti, quali il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM). Tale opera, insinuandosi nelle pieghe

del senso comune, ha contribuito a ridefinire la comprensione sociale della sofferenza psichica, che attualmente si riferisce all'unicum interpretativo della "malattia mentale", mentre in passato attingeva a fonti diversificate, quali opere di narrativa, studi scientifici, scritti filosofici e religiosi (Whitaker, 2013).

1.1.4 IL FENOMENO DELLA MEDICALIZZAZIONE, UNA RICOSTRUZIONE STORICA

"l'anima è stata trasformata in mente e il peccato è diventato malattia mentale"

(Szasz, 2007)

L'inizio del ricorso al termine "malattia mentale" può essere collocato nell'epoca Rinascimentale dei paesi occidentali, nelle epoche storiche precedenti certe manifestazioni comportamentali, che infrangevano le norme sociali condivise, erano ricondotte al termine "follia" (Chakravarty, 2011).

Alla fine del XVII secolo la tematica della "malattia mentale" cominciava gradualmente a transitare dal dominio della teologia a quello della medicina, grazie agli sforzi dei medici rinascimentali, tesi a contrastare una visione della "follia" come causata da demoni e spiriti (Chakravarty, 2011). La follia era intesa come scatenata da forze sovranaturali, come effetto della possessione demoniaca o come punizione per i peccati commessi. Con l'avvento dell'Illuminismo (1715-1789) la rivoluzione scientifica ha introdotto un'enfasi sulla ragione e la razionalità e l'assunto epistemologico dell'esistenza di una realtà indipendente dall'osservatore il quale può giungere ad una conoscenza oggettiva della realtà. La posizione epistemologica emergente si ergeva su una dicotomia tra conoscenza scientifica oggettiva, distinta dal ricorso ad un metodo rigoroso e una conoscenza soggettiva non scientifica, si affermarono inoltre i principi dell'atomismo, il monismo metodologico, il nominalismo e la predilezione per la conoscenza empirica. Questa concezione della conoscenza ha celermente permeato l'ambito della medicina, concretizzandosi nel modello biomedico ed estendendosi anche alla disciplina psichiatrica, ancora agli albori (*ibidem*). Nel XVIII secolo la posizione di potere detenuta dalla Chiesa, che forniva una spiegazione condivisa della condotta umana ed esercitava un controllo su di essa, venne assunta dalla scienza e la "follia" ha cominciato ad essere intesa come "malattia mentale," ma tale passaggio non è avvenuto in maniera lineare, completa e definitiva. Così, durante quest'epoca, la cultura occidentale ospitava la convivenza e spesso il conflitto tra due paradigmi esplicativi della sofferenza psichica, quello ecclesiastico ed il modello medico. Mentre la teologia suggeriva rituali religiosi, utilizzo di amuleti e l'assunzione di erbe e pozioni per trattare la "follia", il modello medico si proponeva come

incentrato sul custodialismo, gli istituti manicomiali e ospedalieri divennero il luogo privilegiato per la cura della “malattia mentale”.

Pur nella loro diversità, i paradigmi del disturbo mentale offerti da teologia e scienza medica si articolano a partire dai medesimi impliciti culturali, l'individualità della colpa o della malattia e la necessità dell'applicazione di una logica lineare causa-effetto per ricercare un rimedio (Augé & Herzlich, 1984; Galimberti, 1996). Un implemento ed uno sviluppo dell'ambito della scienza e della medicina nel corso del XVIII secolo ha contribuito a privilegiare la configurazione della sofferenza psichica come “malattia mentale” (Chakravarty, 2011) ed a corroborare un ulteriore lascito dell'epoca illuminista, uno degli aspetti peculiari in cui si concretizza in maniera evidente l'esercizio di potere da parte della scienza medica, la legislazione che regola l'assunzione dei farmaci. Da questo periodo storico in poi, per le persone comuni è stata enormemente ristretta e, nella maggior parte dei casi, negata la possibilità di auto-prescrivere farmaci. Per accedere legalmente al consumo di un farmaco è diventata una condizione necessaria intrattenere una relazione con un medico e ricevere una diagnosi, per esempio per avere la possibilità di assumere un sonnifero la persona deve “soffrire di insonnia” (Szasz, 2007).

I progressi delle scienze naturali e della medicina agli inizi del XVIII secolo erano spesso riconducibili al costante impegno rivolto a localizzare le cause patologiche e formulare diagnosi in maniera sempre più precisa, un riflesso di questa dedizione in psichiatria corrispondeva alla ricerca di aree cerebrali danneggiate per spiegare le cause della “malattia mentale” (Alexander e Selesnick 1967). Questa ricerca divenne sempre più raffinata fino a metà del XIX secolo, quando la psichiatria cominciò a proporre spiegazioni della condotta deviante in termini di deficit strutturali e funzionali a livello cerebrale (Chakravarty, 2011). In quest'ottica il funzionamento delle varie porzioni corporee cominciò ad essere paragonato a quello di una macchina, e le procedure mediche si svilupparono a partire dal presupposto implicito di un dualismo mente-corpo (Addlakha 2008).

Il susseguirsi di successi in ambito medico aveva inoltre suscitato un entusiasmo tale da comportare un'importazione del modello medico a campi in cui la sua applicazione poteva risultare impropria, legittimando tentativi di definire e trattare come problemi medici condotte individuali e questioni sociali (Conrad & Schneider, 1992). Questa applicazione generalizzata del modello medico, successivamente definita medicalizzazione, non era stata messa in discussione, probabilmente anche grazie allo status sociale che i medici avevano acquisito in seguito ai successi nel trattamento delle malattie infettive (Furr, 2004). Diversi autori hanno collocato il fenomeno della medicalizzazione all'interno di ampi processi sociali che, tra la fine del XVII e l'inizio del XVIII secolo, hanno dato avvio all'applicazione della conoscenza scientifica alla vita sociale (Foucault, 1963; Lock, 2004).

Tra questi processi si possono ricordare i progressi scientifici, la diffusione di programmi di salute pubblica (Rosenberg, 2006), l'applicazione razionale della scienza alla vita quotidiana e la sistematizzazione del dominio medico (Bell & Figert, 2012). La medicalizzazione può essere considerata un prodotto dei cambiamenti nella comprensione del comportamento e dei problemi sociali che si sono verificati entro tali processi (Furr, 2004). Il fenomeno della medicalizzazione ha recato con sé rilevanti conseguenze, ha imposto un ordine ed al contempo un depauperamento nella comprensione del disagio psichico, l'ha definito e classificato, ha fornito un modello esplicativo dell'eziologia e prescritto le modalità di trattamento (Gove, 1979). La diffusione di questo fenomeno ha comportato una completa alterazione della concettualizzazione della sofferenza psichica, dell'atteggiamento sociale nei suoi confronti e del linguaggio utilizzato per definirla. La follia è stata trasformata in una condizione di malattia ed il ricorso al termine malattia invoca una specifica spiegazione e modello di riferimento, a cui è sotteso un approccio meccanicistico, un metodo di intervento rivolto a meccanismi biologici ed una cura esterna ricevuta passivamente dalla persona afflitta (Dombeck, 2000).

In epoca contemporanea l'applicazione del modello medico continua a detenere la propria egemonia, ma, accanto a tale modello interpretativo della malattia mentale, ne sono emersi di distinti. Lo scenario di studio della sofferenza psichica è costellato da una varietà di teorie che afferiscono a distinte posizioni epistemologiche. L'introduzione del movimento cognitivista negli anni '50 e '60 ha ridestato l'attenzione sui processi mentali sottesi ai comportamenti esibiti dalle persone, di tali processi mentali non è possibile acquisire una conoscenza diretta, ma soltanto tentare di descriverne il funzionamento in maniera indiretta, con l'elaborazione di teorie. L'interlocutore conoscitivo diventa in questo modo non il dato di realtà, ma l'ipotesi teorica. L'impianto teorico freudiano si presta come noto esempio di un modello della mente e del disturbo mentale, collocabile in una posizione epistemologica che ammette l'esistenza della realtà psicologica, ma riconosce l'impossibilità di conoscerla in maniera diretta. La mente freudiana e gli esiti psicopatologici in cui può incorrere il suo funzionamento presentano una vasta area inconscia, inaccessibile anche alla coscienza della persona stessa che sviluppa un quadro di malattia mentale, ma viene ammessa la possibilità di avvalersi di teorie che forniscono una traccia dei meccanismi che hanno dato avvio al dispiegarsi del disturbo mentale, sui quali si può agire per ripristinare una condizione di equilibrio psichico (Harré & Gillet, 1996). Inoltre presupposti ontologici dualisti e materialisti non sono gli unici a comporre il panorama culturale contemporaneo, accanto a questi convive un'ontologia non dualistica e interpretativa che corrisponde ad una posizione epistemologica condivisa da fenomenologia e discipline psicologiche post-moderne (Chakravarty, 2011), fondata sulla negazione dell'esistenza di una realtà indipendente dall'osservatore, la quale è

invece intesa come prodotto delle categorie conoscitive e linguistiche utilizzate per conoscerla. La scienza tradizionale, astruendo gli aspetti soggettivi, fornisce una spiegazione della realtà che trascura il significato. La disciplina fenomenologica nasce agli inizi del XX secolo e si sviluppa a partire dall'insoddisfazione per questa assenza della ricerca del significato, proponendo un metodo che si colloca al di là della dicotomia soggettivo-oggettivo ed assumendo come oggetto di studio i fenomeni vissuti. In quest'ottica, la malattia mentale viene configurata come l'unico modo in cui il soggetto sofferente riesce a costruire la realtà, il proprio progetto di mondo che presenta la medesima legittimità delle versioni di realtà edificate dalle persone definite sane (Armezzani, 1998). Interventi coerenti con tale configurazione della malattia mentale prevedono la ricerca interattiva di strumenti dialogici ed ermeneutici finalizzati a incentivare costruzioni di realtà alternative rispetto a quelle presentate della persona sofferente (Salvini & Dondoni, 2011). La corrente fenomenologica ha introdotto una prospettiva innovativa nella concezione della malattia mentale ed i modi consolidati di intendere la sofferenza psichica sono stati scalfiti anche da una corrente sociale che ha conferito rilievo a fattori socio-culturali nella comprensione della "malattia mentale". Con l'innovativa proposta di estendere la comprensione del disturbo mentale oltre la sintomatologia presentata dal singolo individuo e di prendere in esame l'intera rete relazionale in cui è immerso, tale corrente di pensiero ha creato un fertile terreno per lo sviluppo della psichiatria sociale (Lo Coco, Lo Verso, 2015). Tra il discorso relativo alla sofferenza psichica ed il contesto storico-culturale in cui si articola si insatura un legame ermeneutico indissolubile. In contesti diversi si attestano e prevalgono distinte ontologie ed epistemologie che vanno a determinare atteggiamenti, mezzi d'intervento e pratiche diversificate (Chakravarty, 2012). Nel momento in cui si definisce una condizione malattia, sul versante operativo si ricorrerà coerentemente alla psicofarmacologia, mentre se il medesimo fenomeno viene inteso come effetto di una costruzione di realtà disfunzionale, si tenterà di generare un cambiamento nella struttura discorsiva di tale costruzione. L'attuale ricerca sulla malattia mentale si sta progressivamente avvalendo con maggior frequenza di un approccio multidisciplinare, che prende in esame substrato neuro-chimico, aspetti psicologici e fattori ambientali nello studio della malattia mentale. La "malattia mentale", in quanto fenomeno complesso e variegato, non si è mai collocata in maniera esclusiva in un'unica posizione epistemologica (ibidem). Questo aspetto, nel momento in cui il fine coincide con quello di recare sollievo alle persone che riversano in una condizione di malessere psichico, può essere considerato vantaggioso ed utile per esplorare nuovi orizzonti di comprensione di questo fenomeno e scorgere scenari d'intervento alternativi.

1.1.5 COME LE ISTITUZIONI MEDICHE E I MEDIA POPOLARI CONTRIBUISCONO ALLA DIFFUSIONE DELLA MEDICALIZZAZIONE

“Mi è sempre stato detto che avevo uno ‘squilibrio chimico’ e che prendere questa pillola ogni giorno avrebbe reso tutto meraviglioso. Mi hanno dato varie pillole per un periodo di vent’anni. [...] L’idea che la ‘depressione’ sia una malattia è così pervasiva in TV, leggo articoli su riviste e libri, e persone famose continuano a pubblicare questi libri e dicono di aver sofferto per tutta la vita perché avevano uno squilibrio chimico e ora dicono di prendere ogni giorno questa pillola che rende tutto meraviglioso. Li leggevo e credevo che fosse vero [...]. Volevo davvero crederci perché ero infelice e volevo credere che tutto quello che dovevamo fare fosse trovare la pillola giusta e tutto sarebbe stato meraviglioso [...] E, come la maggior parte delle persone, volevo riporre la mia fiducia in qualcun altro, specialmente nella professione medica, e farmi dire cosa fare.”

(Howard, 2008)

Questo stralcio narrativo mette in luce come le istituzioni che promuovono l’identificazione e la risoluzione di problemi personali, quali team di professionisti della salute mentale, programmi di recupero, letteratura di auto-aiuto, pubblicità farmaceutica, siano diventate progressivamente più influenti ed abbiano fornito ai singoli un incentivo a comprendere la propria biografia in termini di deficit e disfunzioni. Questa tendenza, definita “ethos terapeutico” (Furedi, 2004) contribuisce alla valutazione di una condizione di disagio psichico come problematica e può costituire una corsia preferenziale per definire tale condizione come “malattia mentale”. Furedi (2004) sostiene inoltre che tale processo venga agevolato dalla diffusione del vocabolario terapeutico (stress, ansia, dipendenza, compulsione, trauma, emozione negativa, sindrome, crisi di mezza età, consulenza etc.), divenuto parte del modo in cui vengono comunemente definite e comprese sfide e difficoltà della vita quotidiana. Tale mutamento del modo di intendere la sofferenza psichica può essere ricondotto anche al sempre più diffuso ricorso al modello biomedico per interpretarla (Conrad & Schneider 1980; Horwitz & Wakefield, 2007). Karp (2006) si è soffermato sui potenziali rischi di una crescente accettazione del modello biomedico, che induce a “credere sempre più che i nostri sentimenti siano illegittimi e anormali e richiedano un intervento biologico per essere corretti” e che può costituire una minaccia per “l’autonomia e la responsabilità personali” (Karp, 2006). L’ubiquità e l’ascendente di questo paradigma possono rendere sempre più comune l’esperienza riscontrata nel testo sovracitato, di “non aver mai sentito parlare di qualcosa che non sia un’analisi biomedica” (Howard, 2008).

Si può cogliere intuitivamente l’ampia influenza che le istituzioni mediche possono esercitare sull’opinione pubblica, mentre risulta meno evidente il ruolo che possono ricoprire i media popolari nella diffusione della medicalizzazione. La tematica della “malattia mentale” non è patrimonio esclusivo dei professionisti della salute mentale, anche le persone comuni sono immerse in discorsi

che vertono attorno a questo fenomeno (Neuendorf, 1990) e proprio nel ripetersi degli scambi comunicativi quotidiani l'espressione "malattia mentale" ha perso la propria portata metaforica ed ha cominciato ad assumere la consistenza di un ente fattuale. Si è diffuso l'accordo sul fatto che sia una condizione assimilabile a quella delle patologie organiche (Faccio & Salvini, 2007).

Diversi autori insistono sul contributo dei media popolari nel costruire il fenomeno della medicalizzazione, reiterando gli appelli alla medicalizzazione tra il pubblico non tecnico (Jensen et al., 2019), e nel veicolare discorsi che supportano i processi di medicalizzazione, rendendo familiari per le persone comuni "i linguaggi della salute e della malattia" e inducendoli ad "interrogarsi su criteri di normalità e patologia" (Rose, 2007, p.700). Studiosi della medicalizzazione sono concordi nel riconoscere gli atti retorici come caratteristiche portanti dei principi stessi della medicalizzazione. Il fenomeno della medicalizzazione implica innanzitutto la costruzione di una diagnosi medica, sostenuta dagli atti retorici di denominazione e classificazione (Jutel, 2014), in secondo luogo viene previsto l'appello all'autorità medica e la sistematica delegittimazione della conoscenza esperienziale del modo in cui un individuo vive la propria salute, ritenuto ancillare rispetto a dati scientifici corroborati (Barker, 2014), mentre il terzo principio teorico enfatizza la rilevanza della strumentazione tecnica (Cox, 2016) l'ultimo principio è incentrato sulla decontestualizzazione delle esperienze.

Ma quali sono le strategie retoriche ricorrenti attraverso i quali la medicalizzazione viene orchestrata nei principali media popolari e supportata nel discorso pubblico, insinuandosi nella trattazione di diversi argomenti nel corso del tempo?

Jensen e i suoi collaboratori (2019) hanno tentato di rispondere a questo interrogativo conducendo un'analisi comparativa longitudinale su un campione che attinge a settant'anni (1947-2017) di pubblicazioni sul New York Times, per un totale di 71 articoli in cui compare l'espressione "chimica cerebrale", identificata come un ideogramma per la medicalizzazione in senso lato in quanto rimanda al processo più ampio mediante il quale i fenomeni sociali sono concettualizzati dal punto di vista medico (Thornton, 2011). Tale analisi suggerisce che i principi della medicalizzazione, messi in luce nella teoria esistente, sono veicolati dal punto di vista comunicativo da un complesso di espedienti retorici chiave, definiti dagli autori *metafora della macchina*, *pedagogia del contrasto* e *entimema morale*. I principi della teoria della medicalizzazione possono esser riconnessi con i meccanismi retorici emersi dall'analisi, evidenziando così gli atti comunicativi ricorrenti che veicolano il processo della medicalizzazione. I risultati dello studio indicano che il principio della diagnosi può essere supportato dalla pedagogia del contrasto, meccanismo retorico che consente di educare il pubblico ad una modalità di valutazione fondata su

dicotomie e su una tendenza alla classificazione, condivisa anche dal processo diagnostico. La pedagogia del contrasto si può articolare attraverso il ricorso ad un vasto repertorio di strategie retoriche specifiche, negli articoli selezionati dallo studio è stato utilizzato il contrasto tra periodi temporali, tradizioni, approcci di ricerca e tecnologie (Bell & Figert, 2012). Le vecchie correnti di pensiero in ambito psichiatrico sono state messe a confronto in diversi articoli con nuove prospettive, nettamente distinte dalle precedenti ed esaltate come caratterizzate dalla possibilità di avvalersi di nuovi strumenti tecnologici e da un modus operandi più efficiente e appropriato nel promuovere standard di precisione elevati. I lettori sono stati messi nella posizione di schierarsi a favore delle vecchie o delle nuove ideologie, senza possibilità di abbracciare giudizi intermedi. Ad esempio un articolo del 2000 sulla “malattia mentale” riportava come le teorie freudiane della “madre schizofrenogenica” fossero rimaste in voga “fino agli anni ’70”, quando erano state opportunamente “soppiantate da spiegazioni incentrate sulla chimica e sulla biologia del cervello” (Eakin, 2000, p. 9). La citazione mostra la capacità del contrasto tra “ora” e “allora” di promuovere una narrativa del progresso scientifico (Bell & Figert, 2012), presentato come lineare e centrale per gli appelli medicalizzanti. Tuttavia, questi appelli non forniscono informazioni sufficienti al pubblico laico, né il tipo di flessibilità deliberativa necessaria per una negoziazione diagnostica, richiamando implicitamente la necessità di appellarsi ed affidarsi costantemente alla competenza medica (ibidem). La pedagogia del contrasto e l’entimema morale risultano dall’analisi meccanismi fondanti per il secondo principio della medicalizzazione che implica appelli all’esperienza medica. L’entimema corrisponde ad un sillogismo con almeno una premessa che non viene dichiarata e dotato di molta forza persuasiva perché coinvolge direttamente il pubblico nel completare l’atto inventivo (Bitzer, 1959). Nella raccolta di articoli la tendenza a cercare un aiuto medico e a conformarsi ai dettami medici viene implicitamente raffigurata non solo come un comportamento responsabile, incentivato dai discorsi medicalizzanti, ma addirittura come un imperativo morale (Bell & Figert, 2012). La riluttanza di un individuo a sottoporsi ad un trattamento medico è stata quindi dipinta come una carenza di moralità. Il ricorso al meccanismo retorico dell’entimema è stato utilizzato per comunicare la responsabilità morale, suggerendo velatamente che chi rifiuta le cure mediche diventa responsabile della propria malattia ed associando implicitamente tale colpa alla stigmatizzazione (Jensen et al., 2019). L’analisi rivela che il terzo principio teorico della medicalizzazione, inerente alla centralità della strumentazione tecnica e della sorveglianza, viene spesso sorretto a livello comunicativo da metafore della macchina. Nella maggior parte degli articoli analizzati, le diagnosi sono state spiegate in termini di macchinari, “circuiti difettosi presenti dalla nascita” (Blakeslee, 2000, p. A18) che determinano la comparsa della “malattia mentale” e riparabili da tentativi scientifici per “aggiustare i circuiti difettosi” (Epstein, 2004, p. F5). L’utilizzo

di metafore della macchina ha contribuito ad una naturalizzazione della separazione dall'intera persona delle parti del corpo, isolate e rappresentate come ingranaggi che funzionano autonomamente (Engel, 1956). Ogni appello metaforico inquadrava le persone non come sistemi integrati ma come segmenti discreti con funzioni distinte (Jensen, 2015). Di conseguenza, i risultati suggeriscono che le metafore della macchina facilitano anche la più ampia decontestualizzazione delle esperienze vissute e delle strutture sociali che animano la vita umana (Bell & Figert, 2012). I resoconti delle esperienze vissute vengono così tralasciati a favore di valutazioni accurate condotte attraverso il ricorso a strumenti tecnologici e le tecnologie stesse diventano mezzi per enfatizzare l'autorità medica, porre una distinzione e instaurare una relazione asimmetrica tra i professionisti e le persone che si affidano a loro.

La fiducia nel progresso scientifico, l'attenzione per il proprio stato di salute mentale che viene sottoposto all'accurata valutazione di un medico, esperto ed autorevole, a cui appare necessario affidarsi, la conseguente accettazione del trattamento proposto sono aspetti che compongono la realtà della vita quotidiana, condivisi e dati per scontati. La vita quotidiana è soprattutto "vita con e per mezzo del linguaggio [...]". Una comprensione del linguaggio è quindi essenziale per una comprensione della vita quotidiana" (Berger & Luckman, 1969). Il focus sul linguaggio ordinario, utilizzato negli scambi comunicativi quotidiani, si può rintracciare nelle opere di Wittengstein, Austin, Ryle, nello sviluppo della cosiddetta fenomenologia della vita quotidiana di Husserl, nelle dissertazioni di Schutz e Merleau-Ponty (Geertz, 1975). Lo sviluppo della scienza moderna ha esercitato un effetto profondo sulle concezioni del senso comune. La caratteristica intrinseca più rilevante del pensiero del senso comune consiste proprio nel porsi come dogmatico, come un insieme di intuizioni immanente all'esperienza e non di riflessioni deliberate su di essa (*ibidem*). Da questo presupposto implicito il senso comune trae la propria autorità, esimendosi da ogni disquisizione, ponendosi come universale ed autoevidente. Tuttavia il senso comune può essere inteso non solo come una conoscenza intuitiva, ma anche come un *corpus* di conoscenze sviluppate attorno ad un antico intreccio di pratiche, credenze accettate, giudizi abituali. Si contemplerebbe così la possibilità di metterlo in discussione, contestarlo o affermarlo, mentre si sviluppa e viene tramandato, variando da uno scenario culturale all'altro. In questo modo diventerebbe apprezzabile la funzione costruttiva del linguaggio ordinario che, attraverso gli scambi conversazionali quotidiani, preserva quella struttura di realtà che viene data per scontata ed appare indipendente dall'agire umano ed, al contempo, la modifica producendola incessantemente (Berger & Luckman, 1969).

1.2 IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO, INCREMENTO DELLE PRESCRIZIONI

L'interesse verso il fenomeno del consumo di psicofarmaci ha iniziato a destarsi all'inizio del XXI secolo, con la crescente attenzione nei confronti dell'espansione del mercato dell'industria farmaceutica ed il conseguente aumento dell'utilizzo di psicofarmaci nelle società occidentali (Abraham, 2010; Bell & Figert, 2012). Il mercato dei prodotti farmaceutici non appare equamente distribuito, ma condensato negli stati occidentali ed, in particolare, negli Stati Uniti che detengono "circa la metà delle vendite mondiali di farmaci da prescrizione" (Ebeling, 2011). L'incremento delle vendite delle aziende farmaceutiche non procede però di pari passo con la scoperta di nuovi principi attivi nell'ambito della psicofarmacologia, il "progresso terapeutico" dei nuovi psicofarmaci risulta diminuito (Williams et al., 2011). Fonti distinte riportano tra gli anni '80 ed il 2002, un rapido implemento delle vendite mondiali di psicofarmaci che continuano ad aumentare con ritmi più blandi (Busfield, 2006; Institute for Healthcare Informatics, 2010). Un recente studio negli Stati Uniti indica che le prescrizioni di antidepressivi sono aumentate di quasi quattro volte dal 1988 e, attualmente, un americano su dieci di età superiore ai dodici anni sta assumendo antidepressivi (Pratt, Brody e Gu, 2011). Anche in Italia l'utilizzo di psicofarmaci appare in aumento, in particolare l'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) ha evidenziato come nel 2017, nel corso di un unico anno, il consumo di farmaci prescritti per diagnosi di insonnia e Disturbo d'attacchi di panico sia aumentato dell'8%. Nell'ultimo Rapporto Nazionale sull'Uso dei Farmaci in Italia (2018), condotto sulla base dei dati pubblicati dall'Aifa, viene messo in luce un aumento complessivo del consumo di tutte le classi di psicofarmaci tra le varie regioni. Per quanto riguarda gli antipsicotici, il consumo è cresciuto del 16,8% dal 2013, lo stesso è avvenuto per gli antidepressivi, con un aumento del 6,5% e con le benzodiazepine il cui utilizzo, già molto elevato, è aumentato del 2%. La disamina della gestione della vendite da parte dell'industria farmaceutica ha focalizzato l'attenzione sul fenomeno del consumo di psicofarmaci, aprendo interrogativi sulla diffusione ed implemento di questo consumo "in un'epoca dominata da interazioni complesse e spesso contraddittorie tra medicina, aziende farmaceutiche e cultura " nei paesi industrializzati del mondo (Metzl & Herzig, 2007). Sorge spontaneo chiedersi come si sia arrivati a questo punto, quali circostanze ed influenze abbiano contribuito a definire il quadro attuale dell'utilizzo di psicofarmaci, nelle sezioni seguenti si tenterà di fornire una risposta a questo interrogativo.

1.2.1 LA SCOPERTA DEGLI PSICOFARMACI, UN EXCURSUS STORICO

“Gli psicofarmaci sono come l’insulina per il diabete”

(Himwich, 1958)

La seguente ricostruzione storica è tratta dall’opera di Robert Whitaker, *Indagine su un’epidemia* (2013), eventuali fonti diverse da questa vengono esplicitate. Nei primi anni ‘50 la storia della medicina risultava scandita da una serie di successi, in breve tempo erano stati scoperti e introdotti in commercio numerosi farmaci innovativi, anestetici, anticonvulsivi, antibiotici, antistaminici, sedativi ed ogni nuova scoperta forniva una conferma del continuo avanzare del progresso nella sintesi di principi attivi, molti dei quali in grado di esercitare un’azione sul Sistema Nervoso Centrale. L’entusiasmo relativo all’introduzione di nuovi composti farmaceutici e la fede nella loro efficacia risaliva al 1909, anno in cui lo scienziato tedesco Paul Ehrlich era riuscito ad individuare un composto in grado di contrastare l’agente patogeno della Sifilide senza procurare danni all’organismo ospite. Da allora nell’immaginario comune i farmaci sono stati raffigurati come un’ “arma letale e sicura”, grazie alla quale potersi difendere dagli agenti infettivi e debellarli (De Kriuf, 1940). Negli anni successivi al secondo conflitto mondiale, l’attenzione dei medici si era posata su campi della medicina considerati meno sviluppati, ovvero che non avevano la possibilità di fare affidamento sulle innovative terapie farmacologiche, primo fra tutti la psichiatria. La psichiatria si era infatti trovata a gestire un momento di enorme difficoltà in seguito alla seconda guerra mondiale, quando un numero elevatissimo di reduci riversava in condizioni psichiche precarie e l’assistenza fornita ai pazienti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici già necessitava di una revisione. Le proposte terapeutiche allora utilizzate, quali il coma insulinico, le terapie convulsive e la lobotomia frontale non erano sufficienti per ottenere miglioramenti marcati e duraturi e la “malattia mentale” era diventata una problematica sociale, aveva assunto i connotati delle epidemie di malattie organiche.

La direzione verso cui cercare una soluzione apparve lineare, così come il progresso scientifico aveva consentito la scoperta di farmaci in grado di sconfiggere gli agenti patogeni delle malattie biologiche, la stessa scienza medica avrebbe potuto individuare composti farmaceutici capaci di agire a lungo termine su quella che era definita “malattia mentale”. In questo modo ebbe inizio la ricerca sulle cause biologiche della “malattia mentale”, il NIMH (National Institute of Mental Health) venne creato nel 1949 proprio per rispondere a questa esigenza.

Esistono tuttavia differenze rilevanti tra il processo che ha condotto alla scoperta di farmaci efficaci per le malattie organiche e l’introduzione degli psicofarmaci: mentre nel caso delle malattie

biologiche si era provveduto a rilevare l'agente patogeno e trovare in seguito la terapia farmacologica adeguata, nel caso degli psicofarmaci si notarono effetti, a volte inaspettati, di alcune classi di composti per poi riflettere sul fatto che tali effetti sarebbero stati utili in ambito psichiatrico ed infine ricercare dati a favore della presunta causa del disturbo mentale su cui avrebbe dovuto agire il nuovo psicofarmaco. Nel 1952 gli psichiatri francesi Jean Delay e Pierre Deniker somministrarono per la prima volta la clorpromazina a pazienti psicotici del St. Anne Hospital di Parigi. I risultati di questa somministrazione furono immediatamente ed ampiamente apprezzati e la prassi si diffuse rapidamente in tutta Europa. I due medici avevano coniato un nome specifico per il nuovo composto farmaceutico, neurolettico, termine la cui etimologia, dal greco "neuro", nervoso, e "leptosis", blocco, rimanda agli effetti prodotti dal farmaco, apatia, rallentamento psicomotorio ed indifferenza verso l'ambiente circostante, effetti riassunti dall'espressione "lobotomia farmacologica" (Sutherland, 1956). A seguito dell'ondata di successo relativa all'immissione in commercio della clorpromazina, nel decennio successivo continuarono ad essere sintetizzate molecole che sono andate a costituire la principali classi di neurolettici presenti nel mercato. Nello stesso decennio venne rilevato dal chimico Leo Sternback il clordiazepossido, molecola che aveva interessanti effetti rilassanti e venne utilizzata nel tentativo di ridurre l'ansia, diventando il primo ansiolitico immesso in circolazione. La scoperta degli antidepressivi fu ancora più fortuita, nel 1951 il laboratorio di Hoffman-la Roche aveva creato un nuovo composto l'iproniazide che si era dimostrato efficace come farmaco antitubercolare e aveva mostrato anche un effetto collaterale energizzante. Tale effetto collaterale venne considerato funzionale per il trattamento di pazienti depressi e l'iproniazide venne messo in commercio come energizzante psichico, con azione opposta rispetto a quella dei neurolettici.

Negli anni '50 questi composti erano stati immessi nel mercato con il nome di "tranquillanti maggiori", "tranquillanti minori" e "energizzanti psichici", solo successivamente vennero nominati, antipsicotici, ansiolitici ed antidepressivi perché solo col passare del tempo è stata costruita e veicolata l'immagine dello psicofarmaco. In questo periodo storico la formazione freudiana era ampiamente diffusa tra gli psichiatri, convinti che le cause delle "malattie mentali" andassero ricercate in meccanismi psicologici e la loro influenza aveva indotto la stampa a fare chiarezza sull'utilizzo adeguato di questi nuovi composti definiti, in un articolo del New York Times del 1959, "come coadiuvanti alla psicoterapia, non una vera cura". Proprio in pubblicazioni successive del quotidiano americano e di rilevanti riviste scientifiche cominciarono ad entrare in uso i nomi con cui sono oggi note le classi di psicofarmaci, le precisazioni sull'utilizzo cominciarono ad essere tralasciate, mentre divenne sempre più frequente il ricorso all'espressione "squilibrio chimico" ed il riferimento al ruolo di regolatore esercitato dai nuovi farmaci (Jensen et al., 2019). Il nuovo status

dei farmaci fu ancora più accentuato nel 1958, anno in cui Science pubblicò l'articolo dello psichiatra Harold Himwich il quale sosteneva che questi nuovi composti farmaceutici “potevano essere paragonati all'insulina che contrasta alla radice i sintomi del diabete”. La completa metamorfosi nella rappresentazione e concezione degli psicofarmaci avvenne con l'apporto di dati scientifici forniti dal NIMH nel 1963 il quale aveva reso noti i risultati di uno studio di sei settimane che metteva in evidenza la maggiore efficacia della clorpromazina e di altri neurolettici nel diminuire i sintomi psicotici rispetto al placebo. A questo punto la trasformazione era completa, quelli che erano nati come “tonici aspecifici” erano ormai diventati psicofarmaci utilizzabili per la cura di disturbi specifici, i neurolettici ora venivano definiti “antipsicotici”, i miorilassanti “normalizzatori dell'umore” e gli “energizzanti psichici” antidepressivi. Era ancora assente un apparato teorico che fornisse una comprensione delle cause biologiche della “malattia mentale” su cui avrebbero dovuto agire gli psicofarmaci, ma una volta individuato il loro meccanismo d'azione questa lacuna venne prontamente colmata.

A metà degli anni '50 i ricercatori erano stati in grado di isolare alcuni neurotrasmettitori. Nel 1955 uno studioso del NIMH, Bernard Brodie aveva notato che la reserpina, farmaco utilizzato per sedare i pazienti psicotici, causava una riduzione dei livelli di serotonina nel cervello, Arvid Carlsson, uno suo collaboratore notò che l'abbassamento si verificava anche nei livelli di norepinefrina e dopamina. La riduzione dei livelli di questi neurotrasmettitori sembrava indurre uno stato depressivo negli animali a cui veniva somministrata la reserpina, ma se agli animali venivano anche prescritti in precedenza iproniazide o imipramina, farmaci con effetto antidepressivo, non si mostravano letargici né apatici. Si iniziò così a pensare che i farmaci antidepressivi potessero impedire la riduzione di serotonina e catecolamine. Sul finire degli anni '50 Carlsson ed altri studiosi ricondussero l'insorgere del morbo di Parkinson ad una carenza di dopamina, il collegamento con i parkinsonismi atipici indotti dalla clorpromazina e da altri neurolettici fu immediato e si cominciò a pensare che i neurolettici interferissero con la trasmissione della dopamina. Studi successivi condotti negli anni '60 continuarono a percorrere il cammino aperto da questo studio iniziale ed in un articolo del 1965 che proponeva una rassegna di questi studi venne esposta per la prima volta l'ipotesi catecolaminergica dei disturbi affettivi (Shilkraut, 1965). Questa ipotesi iniziale è poi stata declinata nelle due ipotesi biologiche sulle cause dei disturbi mentali, attualmente non ancora confermate, ma alimentate da un ampio consenso tra i professionisti della salute mentale ed il pubblico non tecnico, l'ipotesi serotoninergica che rintraccia la causa della depressione in una carenza di serotonina e l'ipotesi dopaminergica che vede nell'eccesso di dopamina la causa dei sintomi psicotici positivi, quali deliri ed allucinazioni.

1.2.2 AUMENTO DELLE CATEGORIE NOSOGRAFICHE E MODE DIAGNOSTICHE

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association (DSM) ha mostrato un progressivo aumento delle categorie diagnostiche riportate, da 106 nella prima edizione del 1952 a 357 nella quarta edizione del 1994 (Double, 2002). Nel DSM-III le diagnosi sono state definite da criteri operativi più rigidi per ridurre gli errori diagnostici ed anche l'aumento delle categorie diagnostiche si è verificato nel contesto di questo sforzo più ampio. Così, nella terza edizione del DSM, anche il Disturbo d'ansia sociale e il Disturbo da stress post-traumatico, ad esempio, sono stati inclusi per la prima volta in una classificazione internazionale (*ibidem*).

Sono state vendute più di un milione di copie del DSM-III a persone comuni, per cui le etichette diagnostiche ed i semplici criteri di formulazione delle diagnosi sono diventati accessibili, consentendo così l'elaborazione di auto-diagnosi o l'assegnazione di etichette diagnostiche ad altre persone. Allo stesso tempo, una tendenza sempre più comune ad attribuire etichette diagnostiche ha contribuito ad una riduzione dello stigma connesso alla ricezione di una diagnosi psichiatrica, facendo in modo che l'utilizzo di tali etichette divenisse sempre più esteso e meno problematizzato (Frances, 2010). Così la diagnosi psichiatrica è diventata pervasiva nella cultura occidentale contemporanea, esercitando un'influenza crescente sulle "nozioni di persona, sulle pratiche identitarie e sulle forme di autogoverno" (Lane, 2019). Il concetto di *culture diagnostiche*, introdotto da Brinkmann, (2017) rimanda proprio all'utilizzo attuale delle diagnosi psichiatriche, che non viene rivolto esclusivamente alla comprensione ed al trattamento dei disturbi mentali, ma finisce per permeare anche i modi di "interpretare, regolare e mediare varie forme di autocomprensione e attività". Nonostante il dilagare della diagnosi psichiatrica, permane l'incertezza epistemologica (Fox, 2000) che circonda le categorie diagnostiche, sorretta dalla mancanza di biomarcatori clinici associati alle distinte diagnosi, dalla labilità dei confini diagnostici e dalle eziologie incerte dei disturbi mentali. Pertanto, negli ultimi decenni si sono venute a delineare due tendenze opposte, mentre si è assistito a crescenti richieste di assegnazione di diagnosi ai professionisti della salute mentale da parte delle persone comuni, parallelamente si è sviluppata una critica relativa alla sovradiagnosi ed alla patologizzazione di condizioni ed aspetti ordinari della vita, spesso mossa dagli stessi psichiatri (Conrad, 2008; Frances, 2013; Horwitz, 2011). Le incertezze dei confini diagnostici finiscono per plasmare anche le pratiche di identificazione diagnostica. Durante l'incontro con un professionista della salute mentale le persone possono infatti ricercare o respingere le etichette diagnostiche, nelle interazioni tra professionista sanitario e chi vi si rivolge il significato di una diagnosi viene costantemente negoziato. La

“malattia mentale” presenta confini fluidi con la normalità e la diagnosi è sensibile alle forze contestuali professionali e sociali (Frances, 2010). L’attuale diffusione delle conoscenze mediche, consente alle persone comuni di accostarsi agli incontri diagnostici con *repertori diagnostici ibridi* (Anspach, 2011) che includono teorie sulla diagnosi e prognosi e idee su professionisti e servizi sanitari. Oggi i potenziali consumatori di psicofarmaci possono avere accesso diretto a criteri diagnostici riportati sul Web e dirigersi dal medico dopo aver già formulato autonomamente un’auto-diagnosi in base alla quale richiedere una prescrizione. Le aziende farmaceutiche riescono in questo modo a “trasformare il paziente in un consumatore” (Ebeling, 2011), gestendo adeguatamente la pubblicità diretta al consumatore (DTCA) dei prodotti farmaceutici (Lock, 2004; Rose, 2007). L’industria farmaceutica è riuscita così ad incrementare le vendite senza immettere nuovi farmaci nel mercato, ma orchestrando diligentemente il controllo sulla ricerca e la pubblicità diretta ai consumatori per incentivare la vendita di farmaci già esistenti (Frances, 2011). Un ulteriore aspetto da tenere in considerazione corrisponde all’abbassamento della soglia dei criteri diagnostici nelle edizioni del DSM che agevola la soddisfazione dei criteri per le categorie nosografiche. Gli esperti che stabiliscono tali criteri si mostrano sempre più preoccupati per i casi che non vengono intercettati dalle diagnosi, i falsi negativi che dall’inclusione di persone che non hanno bisogno di una diagnosi o di un trattamento, i falsi positivi (*ibidem*).

Tali aspetti permettono di comprendere più in profondità la questione delle mode diagnostiche che appare rilevante in quanto la diagnosi è legata a particolari forme di trattamento attraverso linee guida cliniche (Lane, 2019). La diffusione delle mode diagnostiche incide quindi sull’ampliamento dei mercati dei prodotti farmaceutici (Moynihan et al., 2002). Nel fornire una diagnosi per quadri che si presentano confusi, in cui la complessità della condotta, dei sentimenti e dei pensieri deborda dalle categorie diagnostiche prestabilite i clinici possono essere tentati dal propendere per diagnosi che possono definirsi più “comode” di altre, in quanto implicano la proposta immediata di un trattamento farmacologico (Paris, 2015). Queste diagnosi possono essere accettate con meno rimostranza anche da chi le riceve perché consentono loro di “sentirsi vittime di uno squilibrio chimico” evitando di accettare la posizione di persone che devono assumersi la responsabilità di rivedere e modificare aspetti della propria vita e rimanendo al riparo dal senso di colpa e dalla stigmatizzazione. La negazione di una diagnosi può infatti comportare un accesso ridotto ai servizi ed esporre gli individui ad accuse di simulazione (Clarke e James 2003, Lillrank 2003, Nettleton 2006) ed a quello che viene definito *stigma volitivo* (Easter, 2012), per cui l’individuo viene considerato diretto responsabile del proprio comportamento, non imputato alla presenza di una “malattia mentale”. Tuttavia, alcune diagnosi sembrano conferire maggiore protezione da tali accuse rispetto ad altre, in particolare le diagnosi di disturbi psicotici o disturbi dell’umore, di cui

vengono messe in risalto le componenti organiche risulterebbero funzionali per chi le riceve, consentendo di attribuire la causa del proprio comportamento alla malattia mentale (Glenton 2003, Nettleton 2006). Diagnosi di disturbi della personalità, meno medicalizzate (Kendall et al. 2009, Sulzer 2015), per cui prevalgono le percezioni di aspetti relativi allo stile di vita ed alla condotta individuale, suscitano invece più di frequente risposte moralizzanti nei professionisti e vengono più spesso contestate dai destinatari (Dobransky, 2009). Appare quindi più semplice accogliere una diagnosi di disturbo bipolare, per cui viene immediatamente consigliato un trattamento con sali di litio, piuttosto che una diagnosi di disturbo della personalità su cui gli psicofarmaci esercitano un'influenza ridotta e per cui appare difficile individuare una forma di trattamento efficace (Chan & Sireling, 2010). Come suggerisce Paris (2015):

“Per resistere alle mode, dobbiamo tollerare la mancanza di conoscenza [...]. Il problema si declina per la preferenza per la certezza rispetto all'incertezza. Siamo sensibili alle risposte che lacerano le tenebre del dubbio e suggeriscono semplici soluzioni a questioni complesse. Quando ci sono lacune nella nostra conoscenza, si generano quelle condizioni in cui le mode possono prosperare. Ecco perché la psichiatria, che dispone di un insieme di evidenze scientificamente fondate meno sviluppato rispetto alle altre specialità mediche, ha offerto un terreno particolarmente fertile per lo sviluppo di teorie infondate e trattamenti di dubbia efficacia” (Paris, 2015).

Lo spazio per la diffusione di mode diagnostiche sembra quindi essere creato dalla difficoltà dei clinici nel permanere nel dubbio quando hanno di fronte una persona che cerca da loro risposte e nel dover ricercare e rimodulare interventi complessi per situazioni che si presentano altrettanto complesse. Un'ulteriore difficoltà nell'assumersi il carico della responsabilità relativa alla propria condotta è condivisa dai destinatari delle diagnosi. Il concetto di *automatismo prescrittivo* introdotto da Barbui (2008) fa eco proprio a questa tendenza alla deresponsabilizzazione ed appare sempre maggiormente diffuso. L'automatismo prescrittivo si verifica nel momento in cui lo psichiatra procede in maniera automatica con la prescrizione della terapia farmacologica prevista per una specifica categoria diagnostica e la persona che ha di fronte non si stupisce del fatto che la sua condizione richieda di essere curata con un farmaco e non si sofferma interrogandosi sulle motivazioni. Una prescrizione non negoziata e motivata, ma messa in atto in automatico può condurre al dilagare di un atteggiamento passivo, sia tra i destinatari della prescrizione, che possono affidare il loro benessere individuale unicamente all'assunzione regolare del farmaco, convinti che la causa unica o preponderante della loro sofferenza risieda in uno “squilibrio chimico cerebrale”, sia tra i medici che possono intendere il loro intervento come limitato ad un'adeguata gestione e monitoraggio della terapia farmacologica (Barbui, 2008).

1.2.3 IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO È L'UNICA ALTERNATIVA?

“Se hai solo un martello tutto ti sembra un chiodo”

(Frances, 2010)

Il dibattito, accademico e pubblico, sul fatto che la “malattia mentale” possa essere definita a tutti gli effetti una patologia riconducibile a disfunzioni biologiche e curabile con un trattamento farmacologico si è susseguito per tutto il XX secolo, raggiungendo un apice negli anni Sessanta e Settanta e assopendosi con l’inizio del XXI secolo (Saraceno, 2017). Nel corso del XX secolo è avvenuto un cambiamento radicale nella concezione delle cause della “malattia mentale”. Mentre l’esperienza e l’ambiente sono stati a lungo visti come fattori scatenanti di quelli che vengono definiti disturbi mentali, a partire dal 1952, anno di introduzione del primo farmaco antipsicotico, la Clorpromazina (Whitaker, 2013; Paris, 2015), fino alla contemporaneità, si è progressivamente diffusa la convinzione che queste condizioni siano determinate dalla chimica cerebrale (Valenstein, 1998). La contrapposizione tra distinti paradigmi della “malattia mentale” riveste una portata pragmatica nel contesto dei servizi di salute mentale odierni, in quanto riporta conseguenze sul modo in cui gli utenti psichiatrici ed il loro disagio vengono costruiti e sui tipi di interventi che diventano possibili. Mentre il paradigma biologico suggerisce l’utilizzo di psicofarmaci come valida forma di intervento, posizioni socialmente orientate sostengono, d’altra parte, interventi psicosociali, il ricorso alla psicoterapia ed un coinvolgimento a livello sociale e, talvolta, politico. Questi due paradigmi possono essere visti come intimamente connessi al discorso morale e tecnico illustrati nel precedente capitolo, su cui si ergono le fondamenta della psichiatria. Barrett (1996) suggerisce inoltre che questi due paradigmi incarnino diverse concezioni di chi sia l’utente psichiatrico, concezioni che impregnano la pratica clinica, contesa tra pratiche che costruiscono l’utente come oggetto passivamente colpito da un disturbo, in linea con un approccio biologico-tecnico, oppure come soggetto volitivo e morale, secondo un’ottica psico-sociale. Epoche diverse hanno visto il predominio di diversi modelli esplicativi, tuttavia vi è un consenso generale sul fatto che recentemente, con l’espansione dell’industria farmaceutica ed il predominio odierno delle neuroscienze, la ricerca e la pratica psichiatrica abbiano ampiamente trovato la loro ispirazione nel modello bio-psico-sociale (Engel, 1980). Tale modello, sviluppato negli anni Settanta, si pone come una sorta di compromesso tra i due paradigmi, indicando una possibile risoluzione della secolare diatriba sull’eziologia della malattia mentale (Moncrieff & Crawford, 2001; Ringer & Holen, 2016). Secondo l’ipotesi bio-psico-sociale, la malattia mentale nasce da una combinazione di fattori biologici, sociali e psicologici, gli eventi di vita stressanti vengono intesi come *trigger* per vulnerabilità biologiche preesistenti.

Tuttavia, è stata contestata la misura in cui l'approccio bio-psico-sociale ponga effettivamente sullo stesso livello fattori biologici e psicosociali. Boyle (2011) ha illustrato che, sebbene il modello apparentemente riconosca l'influenza di fattori ambientali, questi non vengono mai contemplati indipendentemente da una vulnerabilità biologica innata della persona; quindi, si presume che le persone prive di tale vulnerabilità, che vivono le medesime situazioni negative e stressanti, non sviluppino un quadro psicopatologico. Vicende biografiche, fattori sociali e ambientali non vengono quindi esclusi dalle spiegazioni relative alla "malattia mentale", ma tali spiegazioni devono contemplare un riferimento al cervello ed alla sua neurochimica per apparire legittime (Rose, 2003). Gli effetti di fattori ambientali e sociali vengono presi in considerazione solamente in quanto in grado di esercitare un impatto sul cervello. I fattori biologici si rivelerebbero così molto più fondamentali e prioritari ed il modello bio-psico-sociale garantirebbe quindi alla scienza psichiatrica una posizione egemonica, riaffermando il primato di spiegazioni biologiche (Barrett, 1996).

Nonostante queste voci critiche, il modello bio-psico-sociale ha plasmato l'atteggiamento e la prassi psichiatrica, a partire dagli anni Novanta, incrementando la propria influenza nel corso del XX secolo. Negli ultimi decenni, la diffusione delle tecniche di imaging cerebrale e gli sviluppi della genomica, hanno incentivato sempre di più le persone nelle società occidentali a comprendere la propria mente ed il proprio sé in termini cerebrali e somatici (Rose, 2003, 2007). Il disagio mentale è stato sempre più inteso come causato da squilibri chimici nel substrato cerebrale, come una condizione che richiede il ripristino di un equilibrio chimico attraverso un trattamento farmacologico (Rose, 2003). La psicofarmacologia rappresenta spesso la principale o l'unica strategia terapeutica proposta dagli psichiatri (Saraceno, 2017), veicolando una rappresentazione degli psicofarmaci come panacea per molteplici problemi (Double, 2002).

Tuttavia, assumendo come focus la questione dei trattamenti farmacologici, risulta particolarmente evidente la condizione di labilità epistemologica e morale in cui riversa la psichiatria biomedica (Saraceno, 2017). La psichiatria in quanto disciplina medica è in grado di fornire una descrizione dettagliata del funzionamento anatomico, fisiologico e patologico del sistema nervoso centrale e si avvale delle ingenti e recenti scoperte di neuroscienze e neuropsicologia in quest'ambito, ma per quanto queste discipline possano offrire "potenti strumenti descrittivi", non propongono una definizione accurata di normalità e patologia di attività mentali, cognitive ed emotive, complesse, fornendo "debolissimi strumenti trasformativi" (ibidem). I progressi e la crescente fiducia nella psicofarmacologia hanno oscurato alcuni tradizionali principi della psichiatria, come la rilevanza conferita alla relazione, provocando un depauperamento della disciplina psichiatrica e la deprivatione di alcuni dei suoi strumenti più potenti (Mintz, 2005).

Alla psichiatria vengono rivolte dai singoli domande diversificate ed eterogenee, le richieste di un aiuto professionale provengono da sofferenze distinte e variegate per cui viene fornita la risposta psicofarmacologica, riduzionistica, ma apparentemente sicura. Al mondo caledoscopico delle esperienze individuali viene impresso il calco della diagnosi da cui viene sagomato, le narrazioni individuali vengono filtrate attraverso le categorie diagnostiche, nel tentativo di identificare la proposta psicofarmacologica adeguata. Il professionista della salute mentale si pone come un osservatore imparziale nell'accogliere i resoconti della persona dinnanzi a lui, tralasciando il fatto che non solo il clinico fa esperienza dell'altro, ma anche la persona che vi si rivolge fa esperienza del clinico, instaurando un'interazione fra osservatore e osservato, fra io e tu. Le scienze naturali hanno estrapolato un unico polo di questa relazione, esaltando il primato dell'esperienza dell'osservatore e proponendo una prassi opposta all'interazione (Saraceno, 2017).

La possibilità di ricorrere agli psicofarmaci esercita quindi una seduzione sia sui professionisti della salute mentale, sia sulle persone che vi si affidano. Il farmaco viene concepito come una soluzione rapida, semplice e scientificamente fondata per una situazione complessa, l'esclusione di aspetti soggettivi e contestuali che contribuiscono a comporre il quadro della sofferenza individuale, appare quindi come il pegno da pagare per potersi muovere su un terreno sicuro, solcato da sentieri tracciati da inconfutabili scoperte scientifiche.

Il trattamento farmacologico tuttavia può essere inteso non come una risposta completa, ma come un frammento di risposta che assume senso solo se affiancato ad altre proposte terapeutiche pianificate e realizzate sulla base della valutazione delle esigenze individuali (Barbui, 2008). Lo scopo della terapia centrata sulla persona e dei modelli di terapia della parola è fornire un'oasi relazionale sicura, confidenziale e rispettosa, all'interno della quale il cliente possa esplorare e responsabilizzare sé stesso per comprendere, accettare, trasformarsi e far fronte alle difficoltà (Breen, 2016). Un approccio centrato sulla persona, consentirebbe di offrire una rosa di interventi più individualizzati e situati, ma farebbe emergere l'incertezza della pratica psichiatrica e vacillare la comoda convinzione di procedere in una direzione definita, impugnando dati scientifici inconfutabili. L'esito di ogni atto terapeutico può essere il risultato di molteplici ingredienti che possono essere specifici o aspecifici: aspettative, preferenze, motivazione e interazioni medico-paziente sono alcuni esempi di variabili aspecifiche che possono avere un'influenza sugli esiti del trattamento (Fava, 2017). Il significato e l'effetto del farmaco tendono a cambiare in funzione del contesto in cui avviene la prescrizione (Saraceno, 1990), dei luoghi, sia fisici che mentali, progettuali, relazionali. Se i significati costruiti attorno alla terapia farmacologica hanno un'influenza sugli esiti del trattamento, i professionisti della salute mentale parteciperanno attivamente alla costruzione di tali significati entro gli scambi interattivi con la persona. La

medesima prescrizione potrebbe quindi assumere un significato differente ed un distinto effetto se proposta come una pratica banale reiterata passivamente o come progetto condiviso entro una relazione (Barbui, 2008). La dinamica di prescrizione ed assunzione di psicofarmaci si presenta come interattiva e mutevole, per coglierla non si possono tralasciare né le narrazioni individuali di creazione di senso tra i consumatori di psicofarmaci né le pratiche dei professionisti della salute mentale. Occorre invece accostarsi alla dimensione esperienziali degli utenti con una conoscenza delle prassi prescrittive ed atteggiamenti diffusi dei professionisti e tenere in considerazione le loro implicazioni sull'esperienza soggettiva e i processi di creazione di senso da parte degli utenti psichiatrici (Ringer & Holen, 2016).

2 IMPLICAZIONI DELL'UTILIZZO DI PSICOFARMACI, PRASSI PRESCRITTIVE E DINAMICHE DI ASSUNZIONE

“Siamo sensibili alle risposte che lacerano le tenebre del dubbio e suggeriscono semplici soluzioni a questioni complesse.”

(Paris, 2015)

Il trattamento psicofarmacologico è accompagnato da diverse problematiche, l'azione delle distinte classi di psicofarmaci, che vanno ad alterare il delicato funzionamento dei meccanismi neurochimici cerebrali, conduce all'insorgere di varie manifestazioni che trascendono gli effetti terapeutici attesi e richiedono di essere adeguatamente riconosciute e gestite (Whitaker, 2013). La dinamica di prescrizione ed assunzione di psicofarmaci può essere intesa non come una pratica banale che viene reiterata passivamente, ma come una negoziazione interattiva e dialogica che coinvolge i professionisti della salute mentale ed il destinatario delle prescrizioni. Per prendere in esame la questione del consumo di psicofarmaci nel rispetto della sua complessità, occorre quindi tenere in considerazione questi aspetti.

Attualmente, sempre più di frequente problematiche di vita individuali o questioni sociali, vengono inclusi nel dominio della disciplina psichiatrica che sembra disporre di un solido impianto teorico e di un'efficace strumentazione (Double, 2002). Tra questo apparato di ipotesi, modelli e strumenti diagnostici ed il trattamento farmacologico sembra però insinuarsi uno iato, le prescrizioni effettive differiscono spesso dalle nozioni della psicofarmacologia da manuale, sormontata da fattori contestuali, quali convinzioni personali e dinamiche interattive che vanno a costituire la psicofarmacologia reale (Saraceno, 2017). Numerose fonti (Saraceno, 2017; Rhodes, 1995; Barrett, 1996) riportano interviste a professionisti della salute mentale i quali dichiarano di adottare un sistema diagnostico che nasce dalla commistione di convinzioni personali, abitudini culturali e locali e la diagnostica da manuale. Alcune etnografie dei servizi di salute mentale hanno mostrato, ad esempio, come i professionisti tendano a fare uso di scelte pragmatiche, piuttosto che di ragionamenti biomedici, nelle pratiche diagnostiche (Rhodes, 1995), come i professionisti, invece di affidarsi a un modello, ricorrono ad un mosaico di teorie sociali, cliniche e persino antipsichiatriche nel loro lavoro clinico con i pazienti (ibidem)

Così nella prassi prescrittiva ci si può imbattere anche in situazioni in cui lo psicofarmaco viene somministrato in dosi eccessive, per un periodo di tempo eccessivamente prolungato, in

combinazione con altri farmaci o a persone che non ne hanno necessità fondata e che non ne potranno trarre beneficio (Paris, 2010).

2.1 EFFETTO IATROGENO E POLIFARMACOTERAPIA

L'utilizzo e l'eventuale sospensione di psicofarmaci implicano una serie di effetti e manifestazioni che possono dirigersi verso esiti problematici da tenere in considerazione. Questi fenomeni possono verificarsi nel corso del trattamento farmacologico o in seguito alla sua sospensione, possono essere relativi ad un ridotto periodo di tempo o duraturi (Breggin, 2018). Tali questioni sono iscritte in una gamma ampia e variegata che sarebbe impossibile approfondire per intero nel presente lavoro. Verranno pertanto riportati esempi circoscritti, con l'intento di mettere in luce alcuni aspetti relativi alla terapia farmacologica che si collocano al di là della mera sfera biologica, diventando materia di interesse per riflessioni che esulano dal funzionamento dei meccanismi dei neurotrasmettitori su cui gli psicofarmaci esercitano la propria azione (Haddad, 2020).

Nel corso del dispiegarsi di un quadro sindromico possono sopraggiungere manifestazioni negative potenzialmente correlate ai trattamenti farmacologici e definite con il termine effetti iatrogeni (Fava et al., 2017). L'assunzione di psicofarmaci non si presenta come esente da rischi, espone invece il consumatore a fenomeni quali lo sviluppo di una condizione di dipendenza e la relativa sindrome di astinenza (Salvini & Iudici, 2019; Breggin, 2018) e la comparsa di diversi effetti collaterali (Salvini & Iudici, 2019; Goldberg & Ernst, 2016). Un esempio lampante di una conseguenza rischiosa e ampiamente dibattuta riguarda l'assunzione di antidepressivi che può andare ad alimentare tendenze suicide, andando a rimpinguare in maniera indiscriminata aree cerebrali sottese al reiterarsi di pensieri auto-aggressivi e fornendo al soggetto la quantità di forza fisica necessaria per mettere in atto il tentativo suicidario (Laughren, 2006). Tuttavia, la questione degli effetti avversi risulta particolarmente rilevante nell'ambito dell'assunzione di farmaci antipsicotici, fino ad un terzo dei pazienti non risponde a questi farmaci (Cooper et al., 2020) e le persone che li assumono riportano esperienze negative comuni quali aumento di peso, problemi cardiovascolari, metabolici (De Hert et al., 2011; Rummel-Kluge e Komossa, 2010) e disfunzioni sessuali (Knegtering et al., 2003; Laxhman et al., 2017).

La questione delle manifestazioni negative connesse all'utilizzo di psicofarmaci si complica ulteriormente nel caso dell'assunzione simultanea di più agenti farmacologici che comporta un aumento della complessità della terapia e della difficoltà nella sua gestione ed incrementa il rischio di riduzione della compliance. Le persone che non assumono regolarmente la terapia farmacologica o la interrompono volontariamente in maniera repentina condividono un rischio più elevato di

ospedalizzazioni (Haddad, 2020). Si ricorre al termine polifarmacoterapia per indicare proprio l'utilizzo simultaneo di più farmaci, nel caso specifico di psicofarmaci, fino a cinque o più, che può sfociare in esiti problematici nel momento in cui l'assunzione concomitante di farmaci distinti reca svantaggi superiori ai potenziali benefici (Paris, 2010). La polifarmacoterapia presenta distinte sfaccettature. Esempi tipici corrispondono all'utilizzo di un farmaco prescritto per contrastare gli effetti collaterali dovuti ad uno psicofarmaco già in utilizzo (Cipriano, 2015) o al consumo sincrono di psicofarmaci appartenenti alla medesima classe, che non aumenta gli effetti terapeutici attesi, bensì il rischio di incorrere in effetti collaterali e interazioni farmacologiche con esiti negativi (Guo et al., 2012). Sebbene la polifarmacoterapia sia rappresentata nelle linee guida internazionali come un approccio alla terapia farmacologica utile solamente per casi sporadici (Paris, 2010), alcuni studi evidenziano il ricorso ad essa nel 90% dei casi, soprattutto nell'ambito di trattamenti che includono l'utilizzo di antipsicotici (Clark, Bartels, Mellman e Peacock, 2002; Tiihonen, Suokas, Suvisaari, Haukka & Korhonen, 2012). Uno studio condotto nel 2008 ha rilevato che frequentemente pazienti ricoverati con diagnosi dello spettro della schizofrenia assumono più di un antipsicotico (Suokas, Suvisaari, Haukka, Korhonen & Tiihonen, 2013), nonostante la prescrizione di più farmaci appartenenti alla medesima classe risulti una pratica dubbia e controversa, non suffragata da sufficienti evidenze scientifiche (Paris, 2010). Una meta-analisi ha inoltre evidenziato che anche la prescrizione di più psicofarmaci appartenenti a classi distinte si basa su prove molto labili (Whitehead et al., 2003), mentre nella prassi persone con diagnosi di schizofrenia o disturbi affini, in trattamento farmacologico da un lungo periodo e definite pazienti cronici, possono sviluppare aspetti depressivi e può essere loro prescritto un antidepressivo o uno stabilizzatore dell'umore (Clark, Bartels, Mellman & Peacock, 2002; Tiihonen, Suokas, Suvisaari, Haukka & Korhonen, 2012). Attualmente la pratica psichiatrica è immersa in un clima in cui la procedura dell'aumento è diffusa e viene rappresentata come necessaria, le prescrizioni farmacologiche, diventate più flessibili, vengono incentivate, in particolare quando il primo agente farmaceutico prescritto non presenta gli effetti desiderati. Nel momento in cui un paziente non migliora dopo la prescrizione del primo farmaco ne viene aggiunto un secondo e, se ancora non sono evidenti gli effetti terapeutici del farmaco, ne viene aggiunto un terzo. Così i pazienti possono arrivare ad assumere un farmaco di ciascuna classe principale (antipsicotici, antidepressivi, stabilizzatori dell'umore e ansiolitici). La polifarmacoterapia si erge su un principio di corrispondenza tra sintomi ed effetti terapeutici, per un sintomo specifico viene prescritto un farmaco specifico, decretando però un inevitabile aumento degli effetti collaterali. A questa visione si contrappone quella proposta da Healy (2009) il quale rimarca il fatto che ogni psicofarmaco corrisponda ad un cocktail la cui azione si riversa in maniera indiscriminata a massiccia su più sistemi cerebrali, gli psicofarmaci non risultano specifici per

nessuna categoria di malattie mentali, ma presentano effetti che possono intercettare le aree cerebrali coinvolte nelle espressioni di sintomi che si sovrappongono tra categorie diagnostiche distinte.

La predilezione per trattamenti aggressivi che contemplano il ricorso a più psicofarmaci, messa in atto nel tentativo di riscontrare miglioramenti delle condizioni dei pazienti non è l'unica traccia da poter seguire in psicofarmacologia. Anche in ambito psichiatrico può essere adottata una prospettiva minimalista che prevede una cautela nell'introduzione di nuovi trattamenti ed un attento monitoraggio, oltre alla calibrazione del trattamento al livello minimo al quale ci si può ancora attendere dei risultati. L'eventualità che le condizioni dei pazienti possano volgere al meglio senza la necessità di ricorrere ad un trattamento farmacologico non dovrebbe essere esclusa a priori, ma sempre tenuta in considerazione e soppesata. Tale approccio alla psicofarmacologia viene riassunto e condensato nel motto "less is more", fil rouge di un filone di studi in ambito psicofarmacologico che ha iniziato a svilupparsi nei primi anni del XXI secolo, coinvolgendo diversi esperti e professionisti della salute mentale e toccando vari aspetti del trattamento farmacologico (Servonnet, Uchida, & Samaha, 2021).

2.2 GLI EFFETTI DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO, DIFFERENZE SOGGETTIVE

In letteratura il dibattito relativo agli effetti collaterali degli psicofarmaci è incentrato quasi esclusivamente su modalità di misurazione di tali effetti (Waddell & Taylor, 2008), sui tassi di compliance (Lambert et al., 2004) o sullo studio di conseguenze negative di tali effetti su parti specifiche del corpo, come nel caso di aumento di peso e problematiche cardiovascolari (De Hert et al., 2011; Rummel- Kluge & Komossa, 2010). Tali approcci agli effetti collaterali sono inscrivibili entro un modello "centrato sulla malattia" (Moncrieff, 2013, 2009) che presuppone un'azione degli psicofarmaci sulle basi biologiche e neurali della "malattia mentale" ed una separazione tra effetti terapeutici e collaterali dei farmaci, configurati come entità discrete ed ontologicamente distinte dai sintomi della "malattia mentale".

Tuttavia il modello citato trascura le considerevoli differenze negli effetti degli psicofarmaci da persona a persona (Goldberg & Ernst, 2012). Sebbene questi vengano prescritti con l'intento di ridurre al minimo i sintomi associati ad uno specifico disturbo, la letteratura fornisce esempi di come provochino anche alterazioni a livello corporeo, come, oltre a quelle precedentemente riportate, fluttuazioni di temperatura e visione offuscata (Keltner & Folks, 2005). Inoltre gli effetti

collaterali non comportano solamente la comparsa di problematiche organiche, alcune di queste manifestazioni richiedono una gestione sul piano psicologico, in quanto vanno ad intaccare la capacità del paziente di intrattenere relazioni sociali (Wunderik, 2013) e ad incidere sul rapporto del consumatore con il proprio corpo (Duff, 2014; Schlosser & Hoffer, 2012). Come sostiene Wunderik:

“Il blocco postsinaptico indotto dagli antipsicotici nel sistema di trasmissione dopaminergico, in particolare a livello mesocorticale e mesolimbico, non solo può prevenire e correggere gli scompensi psicotici, ma può anche compromettere l’esercizio di importanti funzioni mentali, come la vigilanza, la curiosità, l’iniziativa, il livello di attività e –almeno in parte – la capacità esecutiva necessaria per il funzionamento sociale.”
(Wunderik, 2013)

Anche effetti collaterali acuti da antipsicotici di prima generazione, quali sintomi extrapiramidali, festinazione, bradicinesia, tremore a riposo e sciallorrea ed effetti tardivi, come galattorrea e disfunzioni sessuali, provocati da antipsicotici di prima e seconda generazione (Marazziti, 2020), possono essere confusi con condotte sintomatiche attribuite al disturbo diagnosticato (Cipriano, 2015) e creare molta difficoltà all’utilizzatore nell’ambito delle relazioni sociali e nella definizione della propria identità (Flore et al., 2019). Usher (2001) ha proposto uno studio sulla tematica delle modificazioni corporee conseguenti al consumo di psicofarmaci ed il loro impatto sulla definizione identitaria, rivelando come le persone che assumono antipsicotici perdano il rapporto di convivenza spontanea e data per scontata con i propri corpi, nel momento in cui sperimentano quotidianamente gli effetti collaterali dei farmaci. Un’ulteriore prospettiva è fornita dal lavoro di Morrison (2015) che riporta come i partecipanti, pur dubitando dei benefici connessi all’assunzione di antipsicotici, erano rassegnati a sopportare effetti collaterali spesso debilitanti. Queste esemplificazioni mettono in luce la complessità del processo decisionale relativo all’assunzione di psicofarmaci e la forzatura del tentativo di delineare una linea netta di separazione tra sintomi di un determinato disturbo, effetti collaterali ed esperienze personali della condizione di sofferenza. Tra questi aspetti si instaura infatti un ventaglio ampio e composito di interazioni ed interferenze che possono essere colte da un approccio più olistico (Duff, 2013).

Mentre l’approccio “centrato sulla malattia” rimarca la distinzione tra effetti terapeutici attesi ed effetti collaterali, Moncrieff (2009) suggerisce un’ alternativa critica a questo assunto, risituando i meccanismi dell’azione psicotropa come “incentrati sul farmaco”. Tale modello propone una visione complessiva degli effetti farmacologici che possono evitare di essere “parcellizzati in effetti terapeutici o avversi come se fossero distinti” (Moncrieff, 2009, p. 18) e colti nel rispetto della loro ambivalenza. La problematizzazione del modello “centrato sulla malattia” è stata sviluppata anche da altri autori, diversi studi etnografici hanno, ad esempio, svelato le complessità del processo

decisionale relativo all'assunzione di psicofarmaci, mettendo spesso in luce il ruolo degli effetti collaterali, delle negoziazioni e delle relazioni di potere nell'ambito delle istituzioni mediche (Knight et al., 2018; Seale et al., 2007).

Come descritto in precedenza, la componente degli effetti collaterali risulta particolarmente gravosa nell'ambito della polifarmacoterapia. Pattern e Beck (2004) hanno condotto uno studio in una comunità residenziale in cui il 9% delle persone ospitate con diagnosi di disturbi mentali assumeva una terapia farmacologica in regime di polifarmacoterapia. Nei contesti residenziali la polifarmacoterapia è più comune, alle persone che sono in trattamento farmacologico da più tempo e presentano situazioni più complesse e problematiche finiscono per essere prescritti più farmaci. Le particolarità della gestione del trattamento farmacologico in ambito residenziale verranno approfondite nel capitolo seguente, ma questo dato suggerisce una prospettiva interessante per interpretare la pratica della polifarmacoterapia come un tentativo di contrastare la resistenza al trattamento farmacologico. Chi assume questo tipo di terapia farmacologica è afflitto da molteplici effetti collaterali, ai professionisti della salute mentale preme l'esigenza di proporre interventi efficaci alle persone che vi si rivolgono, ma perché aumentare il carico di effetti collaterali?

Una delle motivazioni è molto semplice, è sempre più facile aggiungere un agente farmacologico che interrompere un trattamento in atto. L' "armamentario" dell'esperto in psicofarmacologia moderno annovera strategie di aumento (o commutazione) e se le strategie non aiutano il paziente, potrebbe non verificarsi un ripensamento completo del piano e una valutazione di altre modalità di trattamento, è invece più probabile che si opti per un trattamento aggressivo con più farmaci. Alla polifarmacoterapia è sottesa inoltre una delle idee trainanti della psichiatria contemporanea: "il mito del consulente esperto". Tra i consumatori di psicofarmaci è diffusa la credenza che esistano cocktail farmaceutici di cui solo gli esperti conoscono la combinazione efficace (Paris, 2010). L'effetto iatrogeno e le sue declinazioni sfuggono quindi ad una logica lineare causa-effetto, per cui gli effetti avversi possono essere ricondotti in maniera semplicistica unicamente allo psicofarmaco o alle istituzioni psichiatriche (Flore et al., 2019). Il focus sugli effetti collaterali consente di anticipare un aspetto che verrà approfondito nel paragrafo 2.1.5, la possibilità di intendere gli psicofarmaci non solo come entità materiali, ma come "impigliati nei discorsi e nelle pratiche sociali" e "forse meglio concepiti come assemblaggi di forze sociali, affettive e materiali che influenzano i corpi in modi complessi, così come influenzano le soggettività" (Duff, 2014).

2.3 INTERRUZIONE DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO: UNA QUESTIONE CONTROVERSA

Uno psicofarmaco viene prescritto in dosi in cui esercita un effetto terapeutico, ma un simile dosaggio può, al contempo, provocare alterazioni delle funzioni percettive, cognitive, psicomotorie e timiche che possono minare il benessere della persona e che vengono definite dal termine tossicità comportamentale (Fava, 2017). La comparsa di queste alterazioni può essere circoscritta all'arco di tempo in cui il farmaco viene assunto o protrarsi anche dopo l'interruzione del trattamento farmacologico. La sospensione repentina di qualsiasi trattamento psicofarmacologico, che preveda l'utilizzo di benzodiazepine (Nielsen, Hansen, & Gøtzsche, 2012), antipsicotici (Cerovecki et al., 2013; Chouinard et al., 2017) o di antidepressivi, in particolare di SSRI (Chouinard & Chouinard, 2015; Fava, Gatti, Belaise, Guidi e Offidani, 2015) può indurre reazioni di astinenza accentuate e potenzialmente rischiose (Breggin, 2018).

Tra gli effetti iatrogeni possono quindi essere inclusi anche il fenomeno della tolleranza, che induce la persona che assume psicofarmaci ad aumentare progressivamente le dosi da ingerire per ottenere il medesimo effetto ricercato e della dipendenza, che si concretizza in uno stato che rende difficile evitare l'assunzione del farmaco psicotropo (Breggin, 2018). Nello specifico, la sintomatologia relativa alla sospensione può manifestarsi sotto varie forme, per esempio con un'insonnia protratta (Chouinard & Chouinard, 2015) ed insorgere entro tre giorni dall'effettiva interruzione o dall'inizio di una riduzione delle dosi assunte. Può presentarsi in forma lieve, con una risoluzione spontanea in 1-3 settimane, o perdurare fino a mesi ed anni (Fava et al., 2015). L'utilizzo prolungato di uno psicofarmaco conduce ad alterazioni dei meccanismi neurotrasmettitoriali e a modificazioni delle densità sinaptiche, il sistema nervoso centrale, nel tentativo di compensare l'azione del farmaco subisce delle modifiche (Whitaker, 2013). I farmaci antipsicotici, possono provocare alterazioni molto marcate nel lungo periodo (Ho, 2011, Servonnet, Uchida & Samaha, 2021). In modo particolare con l'interruzione degli antipsicotici è possibile che si verifichi la cosiddetta *psicosi da ipersensibilità*, derivata dall'*effetto rebound*, che si presenta con la comparsa di manifestazioni che ricordano sintomi psicotici accentuati (Chouinard, 1980). Per comprendere questo fenomeno occorre tralasciare la prospettiva secondo cui il sistema nervoso centrale presenta uno squilibrio chimico che gli psicofarmaci sono in grado di correggere con la propria azione e pensare invece che il cervello sia costretto a compiere degli adattamenti nel tentativo di compensare delle alterazioni indotte dal farmaco (Moncriff & Cohen, 2009). Nel caso specifico dell'assunzione di antipsicotici, tali farmaci agiscono bloccando i recettori dopaminergici e, nel tentativo di contrastare questa azione, il cervello mette in atto un meccanismo compensativo e, aumentando la densità dei neuroni

post-sinaptici, diventa ipersensibile alla dopamina. Whitaker illustra il fenomeno attraverso l'utilizzo di una metafora:

“I neurolettici mettono un freno alla trasmissione di dopamina e, come reazione, il cervello preme l'acceleratore della dopamina (aumentando i recettori D2). Quando il farmaco viene sospeso bruscamente. È come se si smettesse di frenare, continuando a tenere premuto l'acceleratore. Il sistema entra improvvisamente in una situazione di squilibrio [...]. I neuroni dopaminergici nei gangli basali possono attivarsi così rapidamente che il paziente che ha sospeso i farmaci comincia a soffrire di strani tic, agitazione e altre anomalie motorie.” (Whitaker, 2013, p.91).

Queste manifestazioni possono essere fraintese ed interpretate erroneamente come una ricaduta, un riacutizzarsi della sintomatologia del disturbo (Cipriano, 2015). La ricaduta a seguito dell'interruzione del trattamento è stata tradizionalmente accettata come prova sostegno dell'aspetto di cronicità dei problemi di salute mentale e della necessità di assumere farmaci. Alcuni ricercatori, tuttavia, suggeriscono che per alcune persone gli esiti avversi potrebbero riguardare gli effetti dell'astinenza dal trattamento farmacologico, piuttosto che rappresentare il riemergere di una condizione patologica sottostante (Moncrieff, 2006).

Sarebbe preferibile, dopo un utilizzo di psicofarmaci esteso a quattro o più settimane, una riduzione graduale del trattamento che si prolunghi per alcune settimane fino alla completa interruzione. Questa procedura di sospensione ridurrebbe la probabilità di imbattersi in quello che viene definito *effetto rebound*, relativo alla sintomatologia di astinenza che si manifesta nell'arco dei giorni immediatamente successivi alla sospensione (Haddad, 2020). Tuttavia, non essendoci attualmente linee guida professionali per supportare la riduzione o l'interruzione di farmaci antipsicotici (Datta, 2013), le opinioni e le esperienze dei singoli professionisti della salute mentale sulla riduzione e l'interruzione diventano cruciali nelle decisioni terapeutiche (Cooper et al., 2019). Anche se gli psichiatri si dichiarano favorevoli alla riduzione, frequentemente richiesta dai pazienti, spesso la scoraggiano, suggerendo al paziente un trattamento di mantenimento stabile per la prevenzione delle ricadute (Huhn, 2021). Questa linea di condotta da parte degli psichiatri è riconducibile ad esperienze di eventi avversi dopo la riduzione o l'interruzione del trattamento farmacologico, alla mancanza di risorse, la pressione per le dimissioni e la scarsa continuità dell'assistenza nel contesto del reparto e, soprattutto, alla mancanza di indicazioni su come compiere questa operazione in sicurezza (Cooper et al., 2019). Recentemente sono però stati condotti studi che evidenziano la fattibilità della riduzione del farmaco antipsicotico (Huhn, 2021) e che mettono in luce come persone con diagnosi di schizofrenia che non assumono antipsicotici per un lungo periodo di tempo abbiano un grado di funzionamento globale significativamente migliore di coloro che ne fanno regolarmente uso (Harrow, 2007, Servonnet, Uchida & Samaha, 2021).

2.4 TENTATIVI DI AUTOGESTIONE E SOSPENSIONE AUTONOMA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

“Quando sospendi i farmaci è come quando ti togli un cappotto di lana bagnato che hai continuato a indossare anche se è una bella giornata primaverile e, improvvisamente, ti senti molto meglio, più libera, più a tuo agio.”

(Whitaker, 2013)

Alcuni studi mostrano alti tassi di interruzione degli antipsicotici tra gli utenti dei servizi, il noto Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) ha dimostrato che il 74% delle persone ha interrotto i neurolettici entro 18 mesi dall'inizio del trattamento (Lieberman et al., 2005). L'interruzione del trattamento con questa classe di psicofarmaci è comune anche negli ambienti di assistenza clinica di routine a livello internazionale; l'84% dei partecipanti ha interrotto il farmaco neurolettico entro un periodo di 33 mesi (Kreyenbuhl et al., 2011). Sebbene i ricercatori concordino sul fatto che i tassi di interruzione sono elevati, la complessità delle decisioni inerenti all'interruzione del trattamento viene scarsamente compresa (Le Geyt, Awenat, Tai & Haddock, 2017). La mancata assunzione del trattamento farmacologico viene definita mancanza di adherence, per le persone con una diagnosi psichiatrica i tassi di non aderenza ai farmaci sono più alti rispetto alle persone con diagnosi somatiche e, in diversi studi, variano in base alla classe farmacologica, situandosi tra il 24 e il 90% per gli antipsicotici (Cramer & Rosenheck, 1998) e tra il 10 e il 60% per gli antidepressivi (Lingam & Scott, 2002). La mancanza di adherence è comunemente collocata nel dominio della scienza medica (Bülow, Andersson, Denhov & Topor, 2016) ed interpretata prevalentemente come una problematica intrinseca al paziente che presenta una scarsa consapevolezza del suo stato di malattia (Day et al., 2005; Nose, Barbui, & Tansella, 2003). La mancanza di aderenza può esporre chi interrompe il trattamento a numerosi rischi, l'aumento dei sintomi, le eventuali ricadute e i ricoveri ospedalieri sono menzionati nella ricerca come alcune delle possibili conseguenze (Ascher-Svanum et al., 2006; Masand, Roca, Turner e Kane, 2009). Queste ripercussioni dell'interruzione del trattamento farmacologico hanno contribuito al diffondersi di una rappresentazione degli antipsicotici come prerequisito inconfutabile per il trattamento delle persone con una diagnosi di psicosi. Entro questa comprensione del fenomeno da una prospettiva medica, per contrastarlo sono state messe in atto strategie quali la somministrazione di depot (Kirson et al., 2013), interventi psicoeducativi e colloqui motivazionali (Kemp, Kirov, Everitt, Hayward & David, 1998). La prospettiva medica fornisce una visione dei farmaci come agenti che esercitano un effetto sulla trasmissione chimica interneurale, che si presume riduca i

sintomi. Tale concezione del trattamento farmacologico è strumentale al concetto stesso di farmaco come qualcosa di neutro e che ha lo stesso impatto su ogni paziente. Diventa così futile analizzare altre considerazioni, quali le credenze, convinzioni e preferenze del paziente (Bülow, Andersson, Denhov & Topor 2016).

Solamente di rado la mancanza di aderenza è stata studiata dal punto di vista dell'utente, ma, dato il crescente riconoscimento della centralità dell'esperienza vissuta nella cura della salute mentale e l'elevato numero di persone che continuano a sospendere gli antipsicotici nonostante il sostegno all'aderenza (Barnes, 2011), è necessario acquisire una comprensione più approfondita delle prospettive e delle priorità delle persone durante la sospensione degli antipsicotici (Salomon & Hamilton, 2013). Molti tentativi di interruzione, tradizionalmente interpretati dai clinici come riflesso di una mancanza di consapevolezza della condizione di malattia e di riflessione in proposito, possono essere compresi e anticipati se alla persona viene chiesto il suo punto di vista sul trattamento psicotropo (Morrison et al., 2012). Da un' esplorazione dei resoconti personali riguardo ai processi coinvolti nelle scelte relative all'assunzione di antipsicotici si può infatti apprezzare come ci siano costi e benefici associati alla continuazione e alla sospensione di tali psicofarmaci. Gli utenti dei servizi optano frequentemente per interrompere l'assunzione di antipsicotici senza consultare il medico (ibidem), oppure ricorrono attivamente a strategie autonome per gestire gli effetti indesiderati degli psicofarmaci, le più comuni consistono nell'aggiustare autonomamente le dosi o concedersi pause di varia durata dall'assunzione del farmaco (Bülow, Andersson, Denhov. & Topor 2016). Come viene riferito in un resoconto in prima persona, “quando sospendi i farmaci è come quando ti togli un cappotto di lana bagnato che hai continuato a indossare anche se è una bella giornata primaverile e, improvvisamente, ti senti molto meglio, più libera, più a tuo agio.” (Whitaker, 2013, p. 20). L'esistenza di barriere istituzionali che limitano il diritto di abbandonare il trattamento farmacologico indirizza le persone a compiere questo passaggio in modo autonomo, attraverso processi intimi e personali, utilizzando strategie di auto-aiuto e supporto sociale (Parada Castillo, 2018).

In accordo con una visione medica, lo psichiatra dovrebbe interpretare i sintomi e optare per il trattamento migliore ed il paziente dovrebbe seguire le direttive del medico. Schneider e Conrad (1983) hanno inteso questa prospettiva come limitata e l'hanno definita “pratica di prescrizione medica”, contrapponendola alla “pratica dei pazienti”. La “pratica dei pazienti” non rientra nello schema dicotomico adherence-mancanza di adherence, si declina invece in una gamma di strategie su come definire e utilizzare i farmaci. Per molti degli intervistati nello studio di Bulow et al. (2016), il trattamento con psicofarmaci era intricato con significati simbolici e sociali che esercitavano un impatto ed un'influenza sulle traiettorie di vita. Soltanto per alcuni il trattamento farmacologico era

percepito come neutro e giudicato in base all'eventuale efficacia sui sintomi, nelle narrazioni sono molteplici e sorprendenti le differenze relative alla concezione dell'efficacia, degli effetti negativi, delle esperienze e del desiderio di interrompere l'assunzione di psicofarmaci. Gli antipsicotici in particolare sembrano essere associati ad un significato simbolico maggiormente condiviso e stigmatizzante, tra i partecipanti vi è consenso sul fatto che il loro utilizzo indicasse che il consumatore fosse un "paziente psichiatrico". Un partecipante aveva esplicitato questa tematica, motivando la sua scelta di interrompere il trattamento con antipsicotici diversi anni prima in quanto "solo i 'pazienti psichiatrici' utilizzano antipsicotici". I processi di costruzione dell'identità sono quindi coinvolti nei tentativi di interruzione del trattamento farmacologico che implicano anche la costruzione di un'identità di "ex utilizzatore" (Parada Catillo, 2018). In altri studi il farmaco ha assunto il valore simbolico di "promemoria indesiderato della malattia" (Usher, 2001) e la sospensione dell'assunzione di psicofarmaci coincideva per i partecipanti con un tentativo di svincolarsi dallo stigma che avrebbe condotto a benefici maggiori degli eventuali rischi (Poundet al., 2005). La maggior parte dei partecipanti allo studio di Bulow et al. (2016) avevano messo in atto la cosiddetta "pratica del paziente", modulavano cioè le dosi aumentandole o diminuendole e prendevano delle pause nel trattamento, senza consultare il medico. Tra la "pratica medica" e la "pratica del paziente" si instaurano quindi differenze che spesso sfociano in una lotta di potere tra psichiatra e paziente. I medici sottolineano la necessità di ridurre i sintomi attraverso l'aderenza e gli effetti avversi appaiono secondari rispetto all'obiettivo di attenuare la sintomatologia, convincere il paziente a seguire regolarmente il trattamento riveste un'importanza massima e per raggiungere questo obiettivo diventa tollerabile anche ricorrere a mezzi coercitivi. La "pratica dei pazienti" enfatizza invece una flessibilità nel trattamento che comporti un ampliamento delle opportunità di partecipare alla vita sociale e di gestire la quotidianità, anche concedendosi una pausa dall'assunzione psicofarmacologica (Bülow, Andersson, Denhov, & Topor, 2016).

Diversi aspetti concorrono nell'indirizzare gli utenti verso la scelta di procedere con una sospensione autonoma. Il processo decisionale riguardo al trattamento farmacologico si sviluppa spesso come unilaterale, completamente incentrato sulle deliberazioni del clinico che può fornire informazioni parziali o non trasparenti relative alla terapia farmacologica. (Salomon & Hamilton, 2013). Nello studio di Rogers et al. (1998) i pazienti erano consapevoli del fatto che il personale aveva la possibilità di adottare misure coercitive sotto forma di somministrazione di più farmaci, iniezioni di depot o trattamenti sanitari obbligatori e questa consapevolezza è andata a costituire una motivazione rilevante per compiere di nascosto ogni tipo di deviazione dalle prescrizioni del medico. D'altro canto, l'assenza di linee guida cliniche basate sull'evidenza relative alle strategie di interruzione sicure probabilmente contribuisce alla riluttanza dei medici nel supportare gli utenti del

servizio che desiderano interrompere o limitare le percezioni (Datta, 2013). Gli utenti dei servizi possono sperimentare i professionisti della salute mentale come avversi al rischio per quanto riguarda l'interruzione ed avvertire il loro supporto professionale o sociale come subordinato all'aderenza (Le Geyt, Awenat, Tai & Haddock, 2017). Tali percezioni da parte degli utenti possono divenire un ostacolo per un approccio collaborativo al trattamento farmacologico e questi possono assimilare che l'assenza di farmaci non sia un'alternativa prevista per il loro trattamento (ibidem). Così l'interruzione avviene spesso autonomamente ed in maniera repentina (Read, 2005), ma, con queste modalità, senza un sostegno ed una guida, gli utenti hanno maggiori probabilità di sperimentare risultati caotici o deludenti, i tentativi di interrompere sono spesso infruttuosi e conducono frequentemente a ospedalizzazioni, dovute a ricadute (Gilbert et al., 1995; Leucht et al., 2012; Zipursky, Menezes e Streiner, 2014) o alla sindrome da sospensione da neurolettici (Tranter & Healy, 1998). L'interruzione completa viene spesso raggiunta solo dopo più tentativi (Read, 2005). Lo studio condotto da Le Geyt et al. (2017) ha riportato che nelle circostanze in cui i partecipanti si sono sentiti supportati nel prendere decisioni sulla sospensione, ci sono stati chiari benefici, evidenziando l'importanza di informare le persone sulla possibilità di incorrere in sindromi da sospensione e sintomatologie relative all'astinenza e di sostenerle qualora si verificassero. Questa necessità è stata identificata in altri studi recenti, che hanno scoperto che le persone erano spesso scarsamente informate sulla possibilità di incorrere in sindromi da sospensione o su come accedere al supporto in caso si verificassero (Read, 2009).

Gitlin et al. (2001) hanno messo in luce come sostenere la sospensione controllata possa prevenire l'interruzione occulta e consentire un monitoraggio più attento dei problemi emergenti. Tale sostegno implica la fornitura di informazioni accurate sugli effetti collaterali e sui potenziali danni a lungo termine dell'uso continuo e prolungato di antipsicotici ed anche sui potenziali danni dell'interruzione (Morrison et al., 2012). Emerge così l'esigenza di un cambiamento di paradigma, come richiesto da Morrison et al. (2012), per agevolare il supporto all'interruzione del trattamento, si pone come rilevante riconoscere gli utenti del servizio come esperti nella gestione del trattamento farmacologico e nelle valutazioni relative ai suoi effetti terapeutici ed alle limitazioni che comporta (Le Geyt, Awenat, Tai & Haddock, 2017), distaccarsi dalle politiche avverse al rischio e, data la complessità di queste decisioni e la mancanza di una traiettoria omogenea, dirigersi verso modelli di scelta collaborativi e centrati sulla persona all'interno di uno spettro di continuazione-interruzione del trattamento (ibidem).

2.5 TEORIE PERSONALI E ATTRIBUZIONI DI SIGNIFICATO AL CONSUMO DI PSICOFARMACI

Nei sottoparagrafi precedenti la concezione della dinamica di prescrizione ed assunzione di psicofarmaci come processo automatico e lineare, scandito unicamente da fattori biologici, (Mintz, 2005) è già stata iscritta in un potenziale scenario di prospettive alternative. Gli effetti relativi all'utilizzo di psicofarmaci presentano una variabilità da persona a persona e sembra impossibile stabilire una correlazione univoca tra l'assunzione di un dato farmaco e gli effetti che potrebbe esercitare sul singolo (Goldberg & Ernst, 2016). Questo aspetto paradossale sfugge alla logica del modello medico e proietta nella complessità, a volte disorientante, del mondo dei significati che le persone attribuiscono attivamente al trattamento farmacologico e che finiscono per plasmare il loro rapporto con esso e gli effetti stessi del farmaco (Flore et al., 2019). L'ambivalenza e la resistenza che una persona può apporre alla proposta di assumere psicofarmaci possono destare distinte e rischiose problematiche nel corso del trattamento, come già descritto, il farmaco può essere utilizzato impropriamente o interrotto repentinamente, all'insaputa dei professionisti sanitari. Il trattamento farmacologico può volgersi verso esiti fallimentari, non soltanto a causa di una prescrizione errata, ma per svariate ragioni che divengono incomprensibili nel momento in cui si rimane arroccati in una visione esclusivamente neurochimica dell'utilizzo del farmaco. Una gestione ottimale della terapia farmacologica dovrebbe implicare un repertorio di strategie a cui poter ricorrere in caso di divergenze dalla linearità del percorso di assunzione degli psicofarmaci e consentire un'anticipazione di esiti potenzialmente pericolosi, ma una gestione di questo tipo non risulta realizzabile se vengono trascurati aspetti che vertono attorno al trattamento farmacologico, ma che risultano comunque centrali, aspetti che Mintz (2005) colloca nel "livello del significato".

Una rilevante premessa dell'interazionismo simbolico enfatizza come i significati di oggetti, eventi e situazioni vengano costantemente rinegoziati e reinterpretati (Blumer, 1969). Gli oggetti materiali, compresi gli psicofarmaci, possono essere configurati come entità stabili, nel caso specifico, con proprietà peculiari che agiscono localmente su porzioni del corpo tra loro indipendenti, ma acquistano senso ed i loro effetti diventano terapeutici, salvifici, debilitanti o dannosi, in relazione ad un sistema di intrecci che viene a costituirsi tra i farmaci stessi, le istituzioni, i fautori e i destinatari della prescrizione da cui non possono essere astratti effetti collaterali isolati. Gli agenti coinvolti in queste articolazioni di incontri non vi accedono con un ruolo ed un senso predefinito, ma questi affiorano co-costituendosi nelle interazioni stesse (Barad, 2007). Il trattamento farmacologico può essere richiesto, rifiutato o tollerato con rassegnazione dal destinatario e gli effetti degli psicofarmaci vengono ridefiniti in questo reticolo di scambi costanti tra istituzioni,

professionisti della salute mentale e persone che vi si rivolgono, reticolo attraversato da speranze soggettive di guarigione, potenziale valore terapeutico del farmaco e possibilità di delusione o addirittura di danno (Rose, 2007). Gli psicofarmaci possono essere vissuti al contempo come “salvatori” che riescono a preservare una situazione di stabilità e come impedimenti che recano disagio, le narrazioni soggettive mutano in base alle ambivalenze nella sperimentazione degli effetti complessi del regime farmacologico. Le persone che assumono psicofarmaci possono divenire voci che negoziano e si oppongono alla conoscenza psichiatrica. Gli psicofarmaci possono rappresentare per chi li utilizza, sia il simbolo di un sistema funzionale nell’alleviare i sintomi e migliorare la qualità della vita, dell’esperienza medica di cui fidarsi, sia il simbolo di un sistema che si insinua nella vita individuale e ne fa perdere il controllo. L’assunzione di psicofarmaci, ancora prima che avvenga, è intrisa di significati, promesse e speranze, “il farmaco non si limita a materializzare i suoi effetti (terapeutici o meno) mentre si dissolve e viaggia attraverso il corpo, né rimane un oggetto passivo prima della deglutizione.” (Flore et al. 2019). Allo stesso modo la persona in trattamento farmacologico non ingurgita il farmaco automaticamente, il significato di quel farmaco non è contenuto staticamente nel suo principio attivo, ma circola dinamicamente nella matrice interattiva che viene ad instaurarsi tra chi lo assume e chi lo prescrive, tra gli altri professionisti sanitari e l’entourage del paziente, incontrando costanti negoziazioni e ridefinizioni (Blumer, 1969). La prescrizione e l’assunzione della terapia farmacologica non avvengono in uno spazio sterile ed isolato, ma si situano entro un contesto in cui viene a consolidarsi una relazione, luogo in cui i significati relativi allo psicofarmaco possono essere maneggiati e ridisporsi rispetto al percorso biografico della persona che li utilizza (Mintz, 2005).

2.6 LA CONTENZIONE CHIMICA

*“Il grande scandalo della leucotomia e della lobotomia cessò al principio degli anni Cinquanta
[...] perché in quegli anni si erano resi disponibili nuovi strumenti – i tranquillanti”*

(Sacks, 1995)

Le considerazioni esposte fino ad ora non sono state riportate con l’intento di sminuire l’efficacia o l’utilità del ricorso al trattamento farmacologico, che si presenta come una valida alternativa a tipologie di trattamento quali la terapia elettroconvulsione (EST) o la chirurgia cerebrale (Cockerham, 2000), ma di ridestare il senso critico rispetto alle dinamiche coinvolte nella sua prescrizione ed assunzione. Paris (2010) ha fornito un resoconto della sua esperienza in prima

persona relativa all'utilizzo di trattamenti antecedenti a quella che viene definita rivoluzione farmacologica:

“Alla fine degli anni '50 [...] i reparti dell'ospedale erano pieni di malati gravi che ricevevano pochissime cure. I pazienti rimanevano immobile nel corridoio [...] sedevano in un angolo a scrivere infinite note sui suoi deliri [...] era stati costretto a letto con impacchi freddi. Una giovane donna che aveva compiuto un tentativo di suicidio aveva appena completato un ciclo di ECT (terapia elettro-convulsione). Non dovrebbe quindi sorprendere che molti pazienti non abbiano risposto a nessuna forma di trattamento. Di fronte a una malattia incurabile, valeva la pena provare quasi tutto [...]. Questa disavventura in ambito terapeutico può essere compresa solo nel contesto dei tempi, quando le alternative erano poche e quando i rigorosi test empirici di nuove terapie non erano ancora diventati standard. Era necessaria una rivoluzione nella terapia farmacologica”

La rivoluzione psicofarmacologica ha consentito una riorganizzazione delle istituzioni mediche ed un ridimensionamento nella gestione delle situazioni critiche nell'ambito dell'SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura). Attualmente, in Italia, le situazioni di emergenza vengono frequentemente risolte con il ricorso alla terapia farmacologica, piuttosto che con l'utilizzo della contenzione meccanica (Cipriano, 2015). La contenzione chimica è generalmente intesa come la “somministrazione assertiva di farmaci di emergenza ad adulti con comportamenti aggressivi, agitati o violenti con lo scopo di calmare rapidamente o sedare, diminuire i sintomi e/o diminuire la probabilità di danno a sé o agli altri” (Battaglia et al., 2003, p.192). Tale pratica assume anche il nome di “medicalizzazione involontaria” ed il ricorso ad essa può sollevare numerose riflessioni, se da una parte appare come un'evoluzione nei mezzi di trattamento predisposti per le persone con diagnosi di “malattia mentale”, d'altro canto permangono le problematiche di fondo connesse all'utilizzo di una forma di contenzione. La somministrazione involontaria di un farmaco non desta lo stesso scalpore dell'utilizzo di camicie di forza, cinture di cuoio, sedie o letti per la contenzione, ma ripropone velatamente la stessa dinamica relazionale che si articola a partire da un'asimmetria di potere tra personale sanitario, esperto e in grado di disporre la miglior forma di trattamento e paziente, considerato momentaneamente incapace di decidere per il proprio bene. La necessità di mettere in atto la contenzione chimica, ovvero di imporre un trattamento senza il consenso informato da parte del paziente, si è strutturata attorno alla convinzione della pericolosità delle persone con diagnosi di “malattia mentale” per se stessi e per gli altri. Gli psichiatri ed i servizi in cui lavorano presentano pertanto la responsabilità di fare il bene del paziente e proteggere lui ed i terzi, la consegna di tale mandato sociale trova la sua giustificazione nelle radici stesse della psichiatria, alimentate da un approccio paternalistico. L'atteggiamento paternalistico si erge sul presupposto che una persona afflitta da sofferenza psichica non abbia una consapevolezza piena della propria condizione, non sia in grado di prendere decisioni relative al proprio stato di salute e non possa, di conseguenza, fornire valutazioni utili per orientare il proprio trattamento. In

quest'ottica, l'osservatore clinico detiene un potere sproporzionato rispetto al paziente, che diviene oggetto di osservazione, riconosciuto solo nei suoi aspetti diversi e definiti patologici, finisce per essere relegato in una situazione di silenzio (Salvini & Iudici, 2019). Il professionista sanitario, custode del sapere scientifico, si assume quindi la responsabilità di operare la scelta migliore riguardo al trattamento da rivolgere alla persona. Nel momento in cui si propone questo approccio non si tiene conto dei vissuti della persona, delle sue considerazioni rispetto agli effetti del trattamento e dell'impatto che questo può avere sulla sua biografia individuale, tali aspetti vengono tralasciati o ritenuti irrilevanti rispetto alle valutazioni suffragate del medico (Menegatto & Zamperini, 2018).

3 LA TERAPIA FARMACOLOGICA NEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE E GLI EFFETTI SULLE IDENTITÀ DEGLI UTENTI

“Per riportare il soggetto umano al centro, il soggetto umano sofferente, afflitto, combattente, dobbiamo approfondire la storia clinica dei pazienti, trasformandola in un racconto: soltanto allora avremo un “chi”, oltre a un “cosa”, una persona reale, in rapporto alla malattia, in rapporto alla parte fisica [...] lo studio della malattia e dell’identità non possono essere disgiunti [...] (le storie personali) ci portano al vero e proprio incrocio tra meccanismi biologici e vita, al rapporto tra processi fisiologici e biografia.”

(Oliver Sacks, 2001)

Gli psicofarmaci non si insinuano nel percorso biografico delle persone soltanto nel momento in cui vengono ingeriti, la tematica del trattamento farmacologico risulta sempre già implicata nelle concezioni della “malattia mentale” e della soggettività che precedono e danno un senso a questa ingestione (Flore et al., 2019). Studi su esperienze personali di utilizzo di psicofarmaci sono stati additati come utili da diversi ricercatori per indagare e riconoscere come queste sostanze “non solo influenzano i nostri corpi e le nostre menti, ma entrano nelle nostre vite e modellano le nostre biografie” (Russo, 2018, p. 16).

Nei paesi occidentali la domanda d’aiuto per una condizione di disagio psichico viene frequentemente rivolta ai servizi per la salute mentale dove appare diffusa la tendenza a suggerire un trattamento farmacologico (*ibidem*). Tuttavia la scelta di intraprendere l’assunzione di psicofarmaci non richiede solamente un impegno della persona nell’attenersi alle prescrizioni mediche, il singolo non si limita a soppesare i rischi ed i benefici della terapia farmacologica, ma si ritrova anche a gestire le implicazioni dell’assunzione del farmaco sulla narrazione della propria biografia i cui aspetti, già parzialmente riformulati dalla diagnosi, subiscono una ridefinizione (Sherlock & Kielich, 1991). L’accettazione di un regime psicofarmacologico solleva dilemmi ed atteggiamenti ambivalenti ed implica un ampio processo interpretativo che include la considerazione di tematiche, quali dubbi riguardo all’ambiguità delle cause della “malattia mentale”, attribuzioni di significati agli effetti dei farmaci, valutazioni sulla competenza dei professionisti della salute mentale e sul nesso tra utilizzo dei farmaci e definizione della propria condizione di sofferenza come “malattia” (Karp, 1993). L’esperienza dell’utilizzo di psicofarmaci può quindi comportare un cambiamento nell’“universo del discorso”, per cui la persona reinterpreta

le problematiche di vita passate come dovute all'assenza di un trattamento farmacologico adeguato (Travisano, 1970). Il singolo accedrebbe così ad un nuovo repertorio per poter rivedere la propria narrazione biografica, imputando le proprie difficoltà e diversità allo "squilibrio chimico", causa della propria "malattia mentale" che necessita di un continuo bilanciamento ottenuto con l'assunzione dello psicofarmaco (Sherlock & Kielich, 1991). Da questo processo può emergere un nuovo senso di realtà e risvolti pragmatici sull'identità individuale, la persona in trattamento farmacologico può iniziare a definirsi una persona malata e ad agire come tale, la sua quotidianità può essere filtrata dall'utilizzo del farmaco (*ibidem*).

3.1 QUADRO DELLA LETTERATURA DISPONIBILE SUL TEMA

Le istituzioni possono essere definite come complessi organizzati attorno ad una funzione distintiva, come l'assistenza sanitaria o l'istruzione e appaiono in grado di costruire e modellare forme di coscienza e conoscenza, informazioni, fatti, norme legali ecc. che prevalgono sulle prospettive individuali (Smith, 2002). Alla luce di tale definizione, i servizi di salute mentale possono essere intesi come istituzioni, la cui funzione corrisponde alla presa a carico, supporto, assistenza e riabilitazione di persone con specifiche problematiche. I servizi per la salute mentale trovano la propria cifra distintiva nel ricorso a specifiche pratiche e ad un peculiare linguaggio e possono suggerire agli utenti l'esigenza di compiere un "lavoro identitario" (Ringer, 2013). L'assegnazione di una diagnosi psichiatrica può, ad esempio, essere intesa come una circostanza in cui ad una persona viene rivolto un invito a compiere un lavoro sulla propria identità, modellandola secondo le comprensioni prevalenti nell'istituzione in questione (Roberts, 2005). Altri interventi, come la psicoeducazione, esercitano un'influenza sulla modalità con cui gli utenti costruiscono la propria identità. Nel momento in cui si riconosce ai servizi per la salute mentale la possibilità di esercitare, secondo distinte modalità, un effetto sulle identità degli utenti, possono sollevarsi alcuni interrogativi: quali identità vengono costruite all'interno dei servizi di salute mentale? Come si costruiscono queste identità? E quali sono le conseguenze di queste costruzioni?

Il presente lavoro assume come oggetto di analisi le narrazioni prodotte da utenti di servizi residenziale per la salute mentale. Tali narrazioni comprendono processi semiotici, di attribuzione e costruzione di significato, resi intellegibili se approcciati come pratiche sociali, inscindibili dai sistemi relazionali e istituzionali che contribuiscono a plasmare (Gergen, 2009). Le narrazioni vengono così intese come collocate nel contesto relazionale, culturale e sociale in cui sono immerse, nel quale sono state elaborate e da cui non si possono astrarre. Per comprendere l'incontro tra le biografie individuali ed il contesto dei servizi per la salute mentale, emerge dunque l'esigenza di

esaminare tali narrazioni, ma di esplorare anche i discorsi e le posizioni più ampie disponibili, fondate nel contesto storico e sociale in cui si è articolata la prassi psichiatria.

Il focus del presente paragrafo è quindi dedicato all'ambito specifico dei servizi per la salute mentale, mentre nel paragrafo successivo si farà riferimento a narrazioni e discorsi desunti dal contesto storico e sociale che attraversano e permeano i servizi per la salute mentale.

3.1.1 IL CONCETTO DI CARRIERA MORALE ED IL RUOLO DI MALATO MENTALE, ETNOGRAFIE CLASSICHE

La tradizione di studi svolti all'interno dei servizi per la salute mentale ha radici molto antiche ed inizia con le prime ricerche antropologiche condotte negli istituti manicomiali che, probabilmente per via della loro emblematica chiusura, hanno destato l'interesse degli studiosi di etnografia sin dagli anni '30, con un apice negli anni '50 e '60 (Ringer, 2013). L'opera più influente rimane quella di Goffman (1961), *Asylums-Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza* (1976) che fornisce una definizione delle istituzioni totali in cui lo stato cerca di controllare tutti gli aspetti della vita di coloro che vi sono reclusi ed eliminare le influenze esterne. Il termine carriera morale fu utilizzato per la prima volta, nell'ambito della salute mentale, da Goffman in questo testo, dove viene inteso come traiettoria delle biografie individuali, che riflette un andamento condiviso da altri membri di una data categoria sociale (Goffman, 2010). Il concetto di "carriera" risulta funzionale non solo in quanto connesso ad aspetti sociali, giuridici e istituzionali dello status della persona, ma anche agli aspetti morali ed al senso d'identità (ibidem). L'aggettivo "morale" che accompagna il termine carriera si riferisce alla consolidazione di mutamenti consecutivi e regolari nel sé della persona, che avvengono parallelamente a mutamenti nel giudizio degli altri rivolto al sé. Il costrutto di carriera morale ha consentito uno slittamento dal focus sulla dimensione psicopatologica ad una dimensione sociale, imperniata sull'interazione e negoziazione di ruoli. Goffman illustra come la distinzione tra persone sane e malate non venga compiuta in base all'effettiva esistenza di una patologia, bensì in base alla presenza di una storia di trattamento. Nel momento in cui una persona si addentra nel sistema psichiatrico, attraversa degli stadi sancendo un'appartenenza istituzionale. Una caratteristica preminente dell'intera istituzione è il divario tra curanti e curati, che vivono in due mondi sociali separati e tra cui si instaurano rapporti asimmetrici. All'interno dell'istituzione i pazienti sono soggetti a pratiche demoralizzanti che comportano un restringimento delle possibilità di vita ed una lento e progressivo depauperamento dell'identità individuale. Le visite di persone esterne vengono altamente limitate ed il contatto con il mondo è ridotto al minimo (Ringer, 2013). La pressione istituzionale impartisce un ruolo assegnato, quello di

malato mentale, che diviene poi anche un ruolo impersonato, la cui assunzione si ripercuote necessariamente sul giudizio di Sé e del mondo circostante.

Goffman ha scritto la nota opera ormai sessant'anni fa, in un'epoca storica in cui il trattamento ambulatoriale era molto insolito e la maggior parte delle persone veniva ricoverata in ospedali psichiatrici per un periodo di tempo prolungato. Alcuni etnografi contemporanei (Quirk, Lelliott e Seale, 2006; Schepeleern Johansen, 2005) hanno evidenziato le differenze tra i moderni reparti psichiatrici e l'istituzione descritta da Goffman. In un'etnografia condotta in tre reparti psichiatrici a Londra, Quirk et al. (2006), ad esempio, hanno suggerito una ridefinizione degli aspetti impermeabili dell'istituzione descritti da Goffman, proponendo la nozione di *istituzione permeabile* per i moderni reparti psichiatrici. Gli autori hanno infatti notato che, contrariamente a quanto avveniva nelle istituzioni totali di Goffman, attualmente è consentito un contatto con il mondo esterno durante la permanenza in reparto e l'appartenenza a questo appare temporanea e mutevole, spesso si viene ricoverati per soggiorni molto brevi ed il turnover del personale è elevato.

Altre due rilevanti etnografie psichiatriche, condotte da Barrett (1996) ed Estroff (1985) sono incentrate su come il costrutto di malattia mentale venga utilizzato e produca effetti sull'identità individuale. Nella propria etnografia *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia*, Barrett (1996), attingendo alla fenomenologia sociale di Schultz ed alle analisi di potere e conoscenza di Foucault, ha rilevato una tensione costante tra pratiche che costituivano gli utenti da un lato come oggetti, manovrati da forze interne o esterne, privi di una volontà propria e, dall'altro, come soggetti intenzionali e agenti volitivi. Barrett sostiene che le pratiche proposte dai professionisti della salute mentale prevedevano una costante oscillazione tra questi due modi di intendere la malattia mentale ed i pazienti, tuttavia si concentra sulle pratiche dei professionisti e non esplora in alcun modo le strategie dei pazienti di relazionarsi con le categorie e le definizioni psichiatriche. L'etnografia di Estroff, *Making it Crazy* (1985) appare invece incentrata sulle esperienze degli utenti in relazione a categorie di devianza e malattie mentali, svelando come questi ed i professionisti della salute mentale co-costruiscano una realtà in cui la manifestazione di comportamenti anormali da parte degli utenti concedeva loro vantaggi ed in cui il miglioramento e la dimissione spesso significavano una perdita di supporto e di una rete amicale. In questa peculiare configurazione di realtà il disagio degli utenti non derivava dai "sintomi primari", ma dal timore del giudizio altrui alimentato dal pensiero di essere considerati "anormali" (p. 235), di "essere diversi" (p. 230), comparso con la ricezione di una diagnosi. I risultati di Estroff risultano interessanti in quanto indicano che il modo in cui viene concettualizzato il disagio mentale presenta importanti implicazioni per le posizioni che gli utenti possono assumere.

3.1.2 STRATEGIE INDIVIDUALI PER ATTRIBUIRE UN SENSO AL DISAGIO PSICHICO, STUDI QUALITATIVI RECENTI

Una compagine di studi ha assunto come oggetto di indagine la costruzione identitaria entro i servizi per la salute mentale, adottando approcci analitici differenti rispetto a quelli delle etnografie citate, con l'obiettivo di cogliere caratteristiche processuali e socialmente negoziate entro peculiari contesti (Lindow, 1986). È stato ben documentato in letteratura come gli utenti di servizi per la salute mentale utilizzino una serie di strategie esplicative per dare un senso al loro disagio mentale, spesso divergendo dalle definizioni diagnostiche formali (Johansson, 2011; Larsen, 2004; McGrath, 2012; Speed, 2006; Tucker, 2009, 2010). Gli studi hanno illustrato che, nel definire il loro disagio, gli utenti presentano una tendenza ad attingere a discorsi biomedici, in misura minore a discorsi psicosociali o ad assumere una posizione che nega una definizione biomedica della propria sofferenza psichica, appropriandosi di una definizione spirituale o di discorsi anti-psichiatrici (Estroff, 1991; Larsen, 2004; Speed, 2006; Cardano, 2010). Ad esempio, in Italia, Cardano (2010) ha condotto interviste con utenti psichiatrici e membri di Hearing Voices Network, un movimento innovativo di uditori di voci, per esaminare le narrazioni relative alla loro sofferenza psichica. Cardano ha rilevato tre "tipi ideali" di narrativa relativa al disagio psichico: narrativa biomedica, narrativa psico-sociale e narrativa spirituale-religiosa. Mentre nelle narrazioni biomediche la "malattia mentale" veniva costruita come riconducibile a disfunzioni cerebrali o corporee che richiedevano soluzioni farmacologiche, le narrazioni psicosociali hanno costruito il disagio mentale come risultato di fattori sociali e psicologici, quali la solitudine e la dipendenza dagli altri. Le narrazioni spirituali-magiche hanno invece costruito il disagio psichico come causato da un'influenza demoniaca o come riflesso delle voci degli antenati. Cardano ha scoperto che tra i partecipanti che erano utenti psichiatrici, il disagio psichico era generalmente qualificato come stigma indesiderabile, mentre l'unico partecipante che non aveva ricevuto cure psichiatriche era stato in grado di qualificare la sua diversità come un dono, dando un senso alle voci che udiva attraverso il suo lavoro come medium. Allo stesso modo, in uno studio sulle narrazioni di utenti con esperienze psicotiche in Danimarca, Larsen (2004) ha rilevato un discrimine tra coloro che abbracciavano dogmaticamente le narrazioni del sistema psichiatrico e comprendevano il loro disagio in termini di deficit biomedici, e coloro che riassemblevano diversi sistemi di significato, incorporando spiegazioni spirituali e non psichiatriche.

Altri studi hanno messo in luce la potenziale ambivalenza insita nel processo di creazione di significato e di costruzione dell'identità delle persone nel momento in cui le loro problematiche vengono classificate secondo specifiche categorie diagnostiche. L'accettazione della diagnosi

implica l'assunzione di una posizione di "paziente psichiatrico" che reca con sé molte connotazioni culturali indesiderabili, ma al contempo, possibilità di acquisire una legittimazione del proprio malessere (Hayne, 2003; Johansson, 2011, 2010). Gli utenti del servizio si vedono quindi spinti ad utilizzare strategie discorsive variegata per evitare di essere collocati in un'identità negativa e per gestire il proprio rapporto con i servizi della salute mentale (Topor & Di Girolamo, 2010).

La maggior parte degli studi reperibili in letteratura sono accomunati da un focus sul singolo utente, da un'indagine dell'impiego di strategie individuali per conferire senso al disagio. Tali strategie differiscono in termini di vicinanza a modelli psichiatrici standard, a discorsi biomedici e psichiatrici, spesso considerati come i tipi prevalenti di discorsi o gli unici discorsi rintracciabili entro i servizi per la salute mentale. Gli studi riportati hanno offerto una prospettiva alternativa e preziosa sui discorsi nelle istituzioni psichiatriche, mettendo in luce come questi siano complessi e multipli e non corrispondano soltanto a definizioni biomediche statiche. L'ottica proposta da tali studi ha contribuito ad orientare gli interrogativi da cui ha preso avvio la ricerca, che non intende proporre una decostruzione critica dei discorsi dominanti in ambito psichiatrico, ma un'esplorazione della possibilità degli utenti di adottare, modificare o contestare tali discorsi. L'obiettivo corrisponde quindi ad un'analisi delle implicazioni dei discorsi relativi al disagio psichico per l'identità degli utenti psichiatrici e per il loro coinvolgimento attivo nel percorso riabilitativo entro i servizi di salute mentale.

3.1.3 DISCORSI E NARRAZIONI NEL REPERTORIO CULTURALE

Come già accennato, le persone che riversano in una condizione di sofferenza psichica avvertono l'urgenza di trovare un significato alle proprie esperienze (McGorry 1995) e, nel compiere questa ricerca, possono attingere ad un repertorio di risorse culturali (Larsen, 2004). L'interpretazione e la negoziazione di problematiche psichiche individuali possono essere comprese come processi individuali, non isolati, ma emergenti dall'interazione, in base ai quali tali esperienze vengono rese significative dall'individuo che, con il suo agire, dispiega la propria capacità di attribuirvi significati, vincolato e potenziato dalle istituzioni sociali e dalle risorse culturali disponibili (ibidem). I resoconti del costruzionismo sociale hanno spesso inteso il pool di discorsi e narrazioni culturalmente disponibili come risorsa privilegiata di cui possono disporre gli individui, intenti a conferire un senso alla propria sofferenza (Fee, 2000). Mentre la narrazione trova nella processualità la sua caratteristica fondante, generandosi nel momento in cui chi racconta imprime una forma narrativa all'esperienza, creando e posizionando personaggi (Bamberg, 2006), il discorso si distingue per il suo essere culturalmente e storicamente situato e retoricamente collocato. Il discorso si presenta inoltre come in grado di delineare confini sociali, di disporre ed al contempo di

escludere posizioni alternative (Parker, 2005; Potter e Hepburn, 2008; Willig, 2008). Entro questa prospettiva il discorso può essere definito come “abitato e autenticato da soggetti che agiscono, che attribuiscono [...] significati sociali al loro disagio” (Fee, 2000). Il disagio mentale diviene così luogo di “un processo riflessivo di autodefinizione e costruzione dell’identità” dove “le persone sono spinte in processi di significazione e lavoro identitario” (Fee, 2000).

Attualmente nella cultura occidentale vi è una predominanza delle “grandi narrazioni” della medicina e della scienza (Hyden, 1997) che hanno prevalso sulle narrazioni personali, non professionali e su qualsiasi narrazione alternativa, relegata ad un ruolo subalterno (Frank, 1995). Le narrazioni costituiscono una traiettoria per la costruzione dell’identità individuale e della personal agency in quanto, mentre riflettono esperienze e prospettive di chi parla, al contempo attingono ad un repertorio di risorse narrative, culturalmente situate, disponibili a livello locale e incorporate nelle istituzioni della società (Gubrium & Holstein, 2001; Holstein & Gubrium, 2000). Le narrazioni vengono sempre elaborate prevedendo implicitamente la presenza di un’audience, concreta o ipotetica a cui vengono destinate e, nel raccontarle, il narratore tratteggia un autoritratto, mettendo in risalto aspetti di sé che vuole mostrare all’ascoltatore (Riessman, 2003). La narrazione può quindi essere considerata sede di un processo di costruzione identitaria (Frank, 1995; Holstein & Gubrium, 2000; Miller, 2000; Somers, 1994). Soffermandosi invece su quello che viene definito discorso medico-psichiatrico si può apprezzare come questo ospiti alcune comprensioni predominanti del corpo che possono costituire un punto di vista privilegiato per illuminare la relazione tra corpo ed identità nella cultura occidentale (Blackman, 2007). Come anticipato nei capitoli precedenti, il panorama di discorsi che va a comporre il corpus di conoscenze della psichiatria accorda alla psicopatologia un’eziologia biochimica. Il concetto di psicopatologia viene costruito a partire da una logica di perdita e deficit che produce come oggetto di studio il corpo neurochimico o biogenetico, individuale e scomponibile in distinti segmenti. L’invito a comprendere la psicopatologia attraverso una lente biogenetica si riscontra anche nelle narrazioni popolari e culturali (ibidem). Entro il discorso medico-psichiatrico la possibilità di miglioramento di un quadro psicopatologico viene collocata a livello biochimico (Fraser, 2001), ne discende che gli psicofarmaci siano diventati uno strumento di intervento “culturalmente valorizzato” (Orr, 2000). Discorsi relativi alla sfera biologica si possono quindi definire culturalmente potenti in quanto creano una specifica posizione per il soggetto (Blackman, 2001). Alcuni autori hanno proposto un’interpretazione delle pratiche psichiatriche secondo una prospettiva narrativa, paragonando le prassi operative della disciplina psichiatrica ad una “tecnologia della speranza” (Franklin, 1998). Secondo tale prospettiva, nel contesto psichiatrico viene attuato l’intento di condensare una gamma confusa di paure e preoccupazioni per il proprio stato di salute e sussumerle all’interno di particolari

narrazioni di trasformazione e restaurazione che presentano una trama con una sequenza narrativa prestabilita. La struttura costitutiva di tali narrazioni propone il disagio mentale come scenario in cui si realizza una conoscenza di sé ed avviene un lavoro identitario che consente una trasformazione dal personaggio della “vittima di un disturbo” al personaggio del “vincitore”. Tali narrazioni si ergono su una “fiducia nel progresso scientifico e fede nella tecnologica” (Franklin, 1998), sulla speranza che interventi medici possano alleviare la sofferenza e ricondurre l’individuo alla situazione preesistente alla comparsa del disturbo. Entro tali narrazioni, reiterate nella cultura popolare, il passaggio da “vittima” a “vincitore” avviene nel momento in cui il personaggio è in grado di accettare la propria diagnosi e riformularsi come oggetto di speranza e fede. La figura del vincitore è posta in contrasto con con quelle costituite come oggetto di paura e minaccia, coloro che resistono alla narrazione proposta e con coloro che non riescono ad effettuare la trasformazione. Stacey (2002) sottolinea l’origine di queste narrazioni che non nascono entro il contesto clinico, ma vengono desunte dal contesto culturale, “la cultura popolare crea il contesto per gli psicofarmaci o produce una forma di conoscenza farmaceutica indipendente dalla psichiatria” (Metzl, 2003). La traiettoria della trama che contempla una trasformazione da “vittima” a “vincitore” tende a costruire la sofferenza come un ostacolo temporaneo o un’aberrazione che può essere superata dal duro lavoro, dallo sforzo e dalla lotta di un individuo (Blackman, 2004). Allo stesso modo, Stacey (1997) sostiene che, “nella cultura occidentale contemporanea, siamo incoraggiati a pensare a noi stessi come storie coerenti di successo, progresso e movimento. La perdita e il fallimento hanno il loro posto, ma solo come parte di un quadro più ampio dell’ascesa”. La sofferenza viene quindi intesa come un’interruzione temporanea, in cui una gamma di quelle che potrebbero essere percepite come sensazioni fisiche e psichiche iniziali è resa intelligibile attraverso una particolare coerenza narrativa. La coerenza è solitamente strutturata attraverso un movimento lineare dalla crisi al salvataggio e al recupero, riproposto in narrazioni scientifiche, popolari, culturali e autobiografiche, in modo tale che il trionfo sulla minaccia o sulla crisi diventi parte integrante dello sviluppo e della risoluzione della trama (Stacey, 2002). Tuttavia diversi autori che afferiscono alla tradizione di pensiero post-moderna vedono il sapere medico come una tra le tante narrazioni disponibili. Holstein e Gubrium (2000) hanno osservato l’importanza delle culture e sub-culture locali nel formare le narrazioni e nel modellare l’autocostruzione, ma l’individuo non è vincolato alle grandi narrazioni, può invece tentare di contrastare la resa narrativa (Frank, 1995) preservando le proprie narrazioni che Somers (1994) definisce contro-narrazioni in quanto divergono dal sistema di pensiero dominante e lo contraddicono. Allo stesso modo alcuni autori si sono soffermati sulla natura frammentaria, contraddittoria e soggetta a interpretazioni contrastanti dei discorsi. Questi aspetti divengono ancora più prominenti nell’ambito della postmodernità dove il cambiamento

sociale, i processi di individualizzazione, pluralizzazione e globalizzazione delle società generano vari contro-discorsi e contro-narrazioni che sfidano discorsi monolitici, egemonici e narrazioni principali (Bamberg & Andrews, 2004). Altri autori pongono invece un' enfasi sull'agency individuale per mettere in luce come l'egemonia discorsiva istituzionalizzata possa essere riflessa o sfidata dagli individui che attingono a una gamma di concettualizzazioni culturali e si impegnano in attività innovative e creatrici di significato (Larsen, 2004).

3.2 L'INGRESSO NEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE: DEFINIZIONE DEL DISAGIO PSICHICO

In uno studio qualitativo condotto con lo strumento dell'intervista Lindow (1986) ha rilevato una marcata differenza, relativamente alla comprensione della "malattia mentale," tra gli utenti che si erano appena interfacciati ai servizi per la salute mentale e coloro che li frequentavano da un periodo di tempo prolungato. I risultati dello studio mostrano che tutti tranne uno dei ventidue utenti che presentavano una storicità nella presa a carico da parte dei servizi adottavano un modello medico-psichiatrico quando parlavano delle proprie problematiche, mentre gli utenti nelle fasi iniziali di accesso ai servizi mostravano una maggiore propensione a negoziare la definizione del proprio malessere. Tuttavia, Lindow ha riscontrato che anche all'interno della medesima intervista, i partecipanti avrebbero modificato il proprio modello esplicativo di riferimento o le modalità discorsive a seconda dell'area d'indagine. Ad esempio, nel parlare di un appuntamento con il medico, gli intervistati avrebbero descritto prevalentemente i loro problemi ricorrendo ad un linguaggio medico-psichiatrico, mentre nel rispondere a domande relative al contesto lavorativo, prevaleva nei resoconti una visione stereotipata della follia, con modalità espressive tipiche del senso comune, attraverso cui gli utenti si definivano "svitati" o "pazzi" (Lindow, 1986). Le conclusioni dello studio sollevano distinti interrogativi: come è possibile che trascorrere un lungo periodo nel contesto dei servizi per la salute mentale induca gli utenti ad appropriarsi del modello medico-psichiatrico a discapito di altri e, al contempo, che i medesimi utenti ricorrano a modelli esplicativi e categorie linguistiche differenti per parlare di sé stessi in distinti scenari? Il presente paragrafo viene dedicato alla fase di primo contatto con i servizi della salute mentale, mentre il paragrafo seguente è focalizzato su fasi successive di permanenza entro tali servizi. Questi due distinti momenti della presa a carico dell'utente da parte dei servizi vengono illustrati nel tentativo di cogliere le influenze che vengono esercitate sui processi di costruzione identitaria degli utenti ed il ruolo giocato dagli psicofarmaci entro tale processo.

3.2.1 L'IMPATTO DELLA DIAGNOSI

Quando una persona si affaccia ai servizi per la salute mentale potrebbe sentirsi turbata ed angosciata, ma non definirsi come malata, non avendo a disposizione un appellativo per definire il proprio malessere (Kinderman et al., 2006). Nell'incontro con un professionista della salute mentale, le problematiche che la persona riporta attraverso resoconti individuali vengono categorizzate e concettualizzate, lo strumento della diagnosi si trova così a svolgere una funzione fondamentale per i servizi di salute mentale, inducendo la persona a riformulare le sue difficoltà nei termini di una malattia che richiede l'attuazione di un programma di cura e trattamento (Tucker, 2009). La ricezione di una diagnosi può quindi esercitare un impatto identitario, poiché ascrive la causa della sofferenza ad un difetto o problematica individuale o ad uno squilibrio biochimico cerebrale. Il vocabolario diagnostico, che permea anche la compagine del senso comune, offre un serbatoio narrativo tramite cui un individuo può ripensare a sé stesso e riconcettualizzare le proprie condotte, emozioni ed esperienze, in un processo di autocomprensione (Tekin, 2011). Bjorklund (1996) suggerisce che la ricezione di una diagnosi psichiatrica non comporta soltanto l'acquisizione di conoscenze sul proprio funzionamento mentale, in quanto l'etichetta diagnostica genera un'influenza trasformatrice che può indurre ad una rivisitazione dell'esperienza passata in termini di malattia (Tekin, 2011) ed a rimodellare obiettivi ed "aspettative di vita presenti e future" (Bjorklund, 1996, p. 1329).

Gli effetti dell'etichettatura diagnostica possono essere compresi entro un modo di intendere l'identità individuale non come entità statica e privata, ma come processo dinamico (Cooley, 1902) e riflessivo che prende forma negli scambi dialogici interpersonali (Hermans et al., 1992). Lenti teoriche dell'interazionismo simbolico consentono inoltre di intendere l'identità come situata in contesti che preordinano repertori di copioni comportamentali e che l'individuo può scegliere di impersonare (Goffman, 1969).

Studi sugli effetti dell'etichettatura, morale e diagnostica, sull'identità, mettono in luce come l'etichetta diagnostica possa divenire un fattore positivo nell'offrire una spiegazione per un grave disagio, ma anche esercitare una significativa influenza negativa sull'identità, connessa ad eventuali giudizi e discriminazioni conseguenti all'etichettatura (Thoits, 1999; Link & Phelan, 1999). Così, definire una persona tramite etichette diagnostiche può generare nell'interlocutore costruzioni di sé coerenti con l'etichetta attribuita e contribuire a rendere statica la sua posizione, disincentivando la produzione di configurazioni identitarie alternative (Armezzani, Grimaldi & Pezzullo, 2003).

Gli effetti dell'etichettatura sull'identità individuale diventano intellegibili entro un modo di intendere l'identità individuale come emergente da contesti interattivi in cui gli interlocutori

rispecchiano immagini del sé (James, 1890). Approcci discorsivi allo studio dell'identità, come quello proposto da Harré e Gillet (1996) ne hanno enfatizzato ulteriormente la natura contestuale e fluida (Brown & Lunt, 2002; Coupland & Gwyn, 2003; Horton-Salway, 2001). L'adozione di tali approcci comporta l'identificazione dell'utilizzo di costruzioni discorsive da parte degli utenti dei servizi per la salute mentale, finalizzate alla negoziazione del loro ingresso nelle categorie diagnostiche. Le persone, nel momento in cui ricevono una diagnosi, possono infatti reagirvi, rifiutando la categoria a cui sono stati assegnati. La proposta teorica del posizionamento (Davies & Harré, 1990) risulta utile nell'approfondire la relazione tra discorsi ed istituzioni e l'identità individuale. Questa prospettiva dischiude la possibilità che, in ogni conversazione, le persone, agenti attivi ed interattivi (Harré & Gillett, 1996), si posizionino, posizionino gli altri o vengano posizionate da altri in un processo di negoziazione dell'identità. Una posizione entro una conversazione corrisponderebbe quindi ad una metafora spaziale che raffigura come vengono raccolti compendiosamente gli attributi morali e personali di una persona nelle vesti di oratore. La comprensione dell'attività del posizionamento come composta da strategie volte alla costruzione discorsiva di storie personali, come il luogo principale della produzione discorsiva di sé (ibidem), può avvenire entro un modo di intendere l'identità come processo dinamico, riflessivo e inscindibile dal discorso (Harré & Van Langenhove, 1991). I discorsi non determinano di per sé i posizionamenti dei soggetti, ma, intesi come dati socialmente e culturalmente condivisi, forniscono possibili posizioni tra cui i soggetti possono scegliere. Inoltre, approcci al posizionamento ispirati alla ricerca narrativa, all'analisi della conversazione e all'etnografia sottolineano che le persone, in interazione reciproca, non si limitano a scegliere delle posizioni, ma le negoziano attivamente (Bamberg 1997), co-costruendo posizionamenti con le loro azioni sociali (Deppermann, 2015). Il posizionamento presenta molteplici sfaccettature, può essere intenzionale e cosciente o non intenzionale e tacito (Davies & Harré, 1990), ancora di primo e di second'ordine (Harré & van Langenhove, 1999) ed implica una distribuzione di un insieme di diritti, doveri e obblighi, che producono effetti pragmatici su ciò che la persona ha la possibilità di fare, dire o pensare mentre abita una posizione (Harré, 1998). Ad esempio, in uno scambio interattivo e conversazionale tra un utente ed un professionista della salute mentale, l'utente può posizionarsi o essere posizionato dal professionista come "vittima di una malattia" o "vittima di uno squilibrio chimico". La posizione della "vittima" può implicare il diritto di essere accolto e curato e concedere alla persona la possibilità di deviare la responsabilità personale per la situazione difficile in cui riversa, ma al contempo, la posizione di "vittima" può implicare il dovere di rimanere passivi piuttosto che attivi e suggerire di evitare un atteggiamento troppo propositivo nell'intento di cambiare la situazione. In tal senso, le posizioni implicano diritti e doveri e svolgono dunque funzioni sociali, comportando

conseguenze pragmatiche. Il posizionamento attinge sempre a discorsi e norme più ampi, che sono inseparabili dal contesto dell'interazione. Ad esempio, nella situazione di cui sopra, la posizione di "vittima di una malattia" può essere legata a discorsi più ampi sulla malattia, sul "ruolo malato", sulla follia, sulle istituzioni ospedaliere e sull'autorità medica (Parsons, 1975). Le posizioni possono dirsi intimamente connesse anche alle relazioni di potere sociale. Nell'esempio specifico la posizione di "vittima" può essere attribuita molto più facilmente al paziente che al professionista, mentre questi attori si intrattengono in scambi conversazionali. Tuttavia, indipendentemente da una potenziale asimmetria di potere nell'interazione, la conversazione corrisponde ad un impegno reciproco tra due agenti coinvolti che possono non accettare un posizionamento, sfidarlo o rifiutarlo. Riproponendo ancora una volta l'esempio, un utente, rendendosi conto che la posizione di vittima di una "malattia mentale" implica una passività che non desidera accogliere, può tentare di posizionarsi come una persona che non soffre di una malattia (Ringer, 2013). In tal caso può verificarsi una trattativa, in cui un posizionamento di secondo ordine può essere concordato o meno (Harré & van Langenhove, 1999). Mentre il posizionamento di primo ordine si riferisce al modo in cui le persone collocano se stesse e gli interlocutori in uno spazio essenzialmente morale utilizzando diverse categorie e trame, il posizionamento di secondo ordine si verifica quando il posizionamento di primo ordine non è dato per scontato da una delle persone coinvolte nella conversazione. Nel momento in cui una persona viene posizionata dall'interlocutore entro uno scambio conversazionale, questa può accettare un posizionamento di primo ordine, la trama si evolverà quindi senza contestazioni sul posizionamento, ma se la persona rifiuta il posizionamento di primo ordine, si verifica un posizionamento di secondo ordine in cui il posizionamento di primo ordine viene messo in discussione e diviene oggetto di negoziazione (ibidem). Pertanto, il carattere intrinsecamente dinamico del posizionamento è reso evidente dalla possibilità delle persone di compiere tentativi per rifiutare, negoziare o modificare posizioni, preservando l'agency personale. Si può notare che la trama e la forza illocutoria degli atti linguistici sono create congiuntamente dai parlanti e, di conseguenza, reciprocamente determinate, il rifiuto della posizione originale da parte di altri interlocutori e l'adozione di altre posizioni ridefinisce così ogni aspetto della conversazione (Deppermann, 2015).

Come è stato illustrato, attualmente il corpus di conoscenze relative alla sofferenze psichica si struttura soprattutto attorno alla psichiatria tradizionale che adotta prevalentemente un modello biomedico in cui la diagnosi risulta funzionale per categorizzare le esperienze delle persone, identificandole come disturbi che possono essere trattati. Un tale utilizzo dello strumento della diagnosi implica che questa venga postulata come un'entità fattuale, che definisce un disturbo mentale, inteso come rilevabile, al pari di un'infezione entro la prassi medica (Szasz, 2007; Turchi e

Maiuro, 2007). La formulazione di una diagnosi corrisponderebbe quindi alla corretta applicazione di una classificazione che rispecchia una “malattia” o “disturbo oggettivo” (Reich, 2000). Una tale concezione ed impiego della pratica diagnostica operano secondo una modalità top-down, come una pratica fatta sulle persone. Hayne (2003), come altri autori, si è dedicato all’esplorazione di come diagnosi formulate secondo questa modalità venissero esperite dagli utenti. La ricezione di una diagnosi medica è risultata spesso accompagnata dalla sensazione di essere stati visti da un esperto che pronuncia in modo autorevole un sapere che non può essere messo in discussione. La diagnosi può essere vissuta come intrisa di una “scientificità” che prescrive una sorta di riverenza, associata al potere di una conoscenza che non può essere elusa e deve essere accettata come fatto assoluto e inconfutabile. Un utilizzo simile delle etichette diagnostiche può creare un differenziale di potere, sbilanciato a favore dei professionisti sanitari, in grado di minare il senso d’identità degli utenti ed ostacolare i loro progressi. La diagnosi presenta un duplice potere, mentre imprime un nome ed una forma a certe caratteristiche personali, può delegittimare alcune esperienze, suscitando un senso di straniamento rispetto al posto nel mondo che si era occupato fino a quel momento.

Le categorie diagnostiche tuttavia possono essere configurate anche come enti teorici e discorsivi, come costrutti di senso, plasmati dalle teorie che le definiscono (Turchi e Maiuro, 2007). Questo non significherebbe negare il verificarsi di alcuni fenomeni che vengono intesi come “malattie mentali”, suggerirebbe piuttosto che tali fenomeni vengono visti come tali solo nella misura in cui vengono definiti attraverso gli attuali discorsi psichiatrici (Roberts, 2005), storicamente collocati, che racchiudono norme e valori di una specifica cultura e società (Foucault, 2000). Ovvero, alcuni pensieri, emozioni e condotte, verrebbero decifrati come segni di una “malattia mentale” in quanto compresi sulla base di tali discorsi, disponibili in ambito psichiatrico. I discorsi medico-psichiatrici e le rispettive pratiche si insinuano quindi nella costruzione identitaria di una persona nella misura in cui trasformano e delimitano le modalità con cui una persona pensa a chi è e con cui gli altri pensano a chi la persona sia (Roberts, 2005). Le esperienze degli utenti dei servizi, secondo tali prospettive, diverrebbero aspetti rilevanti da indagare per comprendere come questi gestiscano e negozino le diagnosi che vengono loro assegnate, ovvero come si relazionino a quelle che Tucker (2009) definisce *identità diagnostiche*. Questa prospettiva prevede che la conoscenza della diagnosi non venga accolta passivamente, ma rielaborata alla luce delle molteplici forme di conoscenza culturalmente disponibili a cui gli utenti possono attingere nel processo di costruzione della propria identità. Accettare o rifiutare un’*identità diagnostica* comporta effetti pervasivi sulla vita quotidiana, lo studio condotto da Tucker (2009) espone in proposito diversi scenari che scaturiscono dall’utilizzo di distinte modalità discorsive da parte degli utenti. Tucker si è soffermato sulle modalità di costruzione delle identità degli intervistati alla luce della diagnosi di schizofrenia

ricevuta. Gli utenti, nelle fasi iniziali di approccio al servizio, vedevano spesso la diagnosi come una fonte di sollievo, in quanto strumento in grado di fornire una spiegazione al loro malessere. Una diagnosi può essere accettata di buon grado se le proprie esperienze vengono identificate come problematiche e passibili di una spiegazione. La diagnosi, in tal caso, non verrebbe intesa come imposta al di là della volontà individuale, ma come una conoscenza che il soggetto ha attivamente ricercato, come un gradito strumento esplicativo per le proprie esperienze problematiche, in particolare se vista come varco d'accesso ad un trattamento efficace. Una persona potrebbe quindi accettare la propria identità diagnostica, posizionandosi attivamente come utente del servizio. Un esito diverso scaturirebbe da una distinta costruzione dell'eziopatologia da parte degli utenti. Una persona potrebbe, ad esempio, imputare le proprie difficoltà ed il proprio malessere ad una predisposizione genetica, piuttosto che ad un'anormalità nei pensieri e nella condotta. In questo modo, l'accettazione della diagnosi esporrebbe l'identità della persona a rischi di biasimo e discredito, ma il ricorso a tale strategia discorsiva consentirebbe un allontanamento dalla posizione di oggetto di biasimo, in quanto la presenza del disturbo non verrebbe ricondotta alla responsabilità individuale ed alla mancanza di autocontrollo, ma ascritta unicamente all'attività neurochimica. Tuttavia, la ricezione della diagnosi si pone sempre come un dilemma per l'individuo, in quanto potrebbe tradursi in una "diagnosi per la vita" con l'eventualità duratura di esporre l'identità a connotazioni socialmente negative. Le categorizzazioni delle diagnosi psichiatriche possono saturare l'identità di una persona, nel momento in cui una persona viene classificata come "malata mentale" viene infatti travolta da una varietà di presupposti associati al concetto di "malattia mentale", che possono favorire un posizionamento della persona come dipendente (Roberts, 2005). Ad esempio, entro il modello biomedico, la schizofrenia coincide con una "malattia" cronica con una rilevante componente eziologica biochimica, per la quale l'intervento neurofarmacologico a lungo termine è considerato la forma di trattamento più appropriata (Kendell, 1996). Al contempo, la convinzione diffusa che la schizofrenia e la "malattia mentale" nella sua globalità riducano, a vari livelli, la capacità di una persona di agire in modo autonomo (Fulford, 1995), può giustificare atti di paternalismo in ambito psichiatrico (Peele & Chodoff, 2000; Thompson et al., 2001). Una persona etichettata come "schizofrenica", ad esempio, verrebbe invitata a considerarsi afflitta da una "malattia" cronica che pregiudica, in varia misura, la sua capacità di agire in maniera autonoma ed agevola un suo posizionamento come dipendente, su vari fronti, dai professionisti della salute mentale, che possono dispensarle indicazioni e prescrizioni psicofarmacologiche. I discorsi medico-psichiatrici risultano imbevuti di autorevolezza e prestigio, nel momento in cui ad una persona viene assegnata un'*identità diagnostica*, può risultare difficile svincolarsi da essa e rifiutarla o negoziarla, anche se esiste sempre la possibilità, se pur minima, di resistere all'identità in questione

ed ai diritti e doveri che comporta (Roberts, 2005). Inoltre nell'elaborazione delle diagnosi spesso i professionisti della salute mentale non si soffermano sulla flessibilità del linguaggio, evitando di soppesare l'utilizzo di termini che, scelti a discapito di altri, vanno a generare versioni di realtà e significati differenti. Le diagnosi, seppur utili per indirizzare verso un trattamento, recano con sé delle insidie, tra cui quella dello stigma che viene approfondita di seguito (Ben-Zeev, Young, & Corrigan, 2010).

3.2.2 NOI E LORO, LO STIGMA

Lo stigma è stato tradizionalmente descritto da Goffman (1983) come un attributo che produce profondo discredito, andando ad intaccare l'integrità della persona di cui non si coglie più la complessità, ma solamente il marchio screditante. La "malattia mentale" reca con sé uno stigma relativo ad aspetti criticabili del carattere, definito *stigma morale*, la più screditante tra le tre tipologie descritte dall'autore in quanto, a differenza di quanto avviene per attributi fisici (deformazioni) o di tipo tribale (della razza), il discredito si rivolge ad elementi oggetto di responsabilità e controllo personale. Lo stigma non viene esacerbato dall'attributo in sé, quanto dalla reazione e dal punto di vista della società che la persona stigmatizzata interiorizza in un primo processo di socializzazione, per poi apprendere di essere segnato da uno specifico stigma, intuendone le potenziali conseguenze.

Ben-Zeev, Young e Corrigan (2010) individuano nel *raggruppamento*, che consente di riunire un insieme di persone identificate per caratteristiche simili, prossimità e prospettiva di un destino comune (Hamilton & Sherman, 1996), un processo che può condurre all'esacerbazione dello stigma sociale tramite l'etichetta diagnostica. I gruppi stigmatizzati presentano una consapevolezza della propria diversità rispetto al resto della popolazione e la diagnosi può attestarsi come elemento distintivo tra le persone con "malattia mentale" e gli altri membri della società, ed al contempo sancire un'appartenenza a quel gruppo specifico (Ben-Zeev, Young & Corrigan, 2010). Gli autori descrivono anche l'attribuzione di stereotipi, quali imprevedibilità, irrazionalità, pericolosità, bizzarria, incompetenza e aspetto trasandato (Thoits, 2011), ai membri di un gruppo stigmatizzato di pazienti psichiatrici, attribuzione che porta ad una percezione secondo un principio di omogeneità, tutti i membri vengono così considerati portatori degli stereotipi associati al gruppo (Ben-Zeev, Young & Corrigan, 2010). Subentra successivamente l'aspetto della stabilità che induce a pensare ai membri del gruppo come poco suscettibili di cambiamento (ibidem).

Nella propria dissertazione sul ruolo di malato, Parsons (1975) ha proposto una raffigurazione della relazione intrinsecamente asimmetrica tra medico e paziente, in cui il primo, riconosciuto come il massimo esperto nel campo della salute, si pone al vertice di una gerarchia di potere, prestigio ed

autorità, in quanto dotato di competenze tecniche che gli consentono di formulare una diagnosi e lo investono del mandato di gestire la condizione di salute altrui, mentre il secondo, nel ruolo di malato, si ritrova in una posizione di dipendenza dal primo sotto molti aspetti. Link e Pehlan (2001), riprendendo la definizione elaborata da Goffman, hanno proposto una concettualizzazione di stigma più ampia che contempla la presenza di distinte componenti interrelate, tra le quali risalta la suddivisione in due gruppi, “noi” e “loro”, l’uno stigmatizzato e l’altro stigmatizzante, come possono essere quelli di curati e curanti, e la perdita di status derivata dallo stigma. Gli autori hanno fornito anche un’interessante intuizione sulla relazione tra stigma e potere, notando come la dinamica di attribuzione dello stigma sia inscritta in relazioni di potere (sociale, economico e politico), e come il potere sia dunque una condizione essenziale per la produzione sociale dello stigma. Può infatti accadere, che un gruppo stigmatizzato, come un gruppo di pazienti, metta in atto un processo di stigmatizzazione nei confronti dei professionisti sanitari, attribuendo loro categorie a cui possono essere associati stereotipi negativi ed adottando atteggiamenti stigmatizzanti, ma il gruppo di professionisti sanitari non diverrebbe comunque stigmatizzato, in quanto i pazienti non detengono una forma di potere (sociale, culturale, economico o politico) che valdi la loro cognizione discriminatoria dei clinici. I medici possiedono dunque la possibilità di compiere una stigmatizzazione, possibilità non condivisa dai pazienti.

Più volte è stata posta enfasi sul ruolo centrale rivestito dai discorsi biomedici nella comprensione del disagio mentale, i quali diffondendosi possono però generare conseguenze complesse e, talvolta, inattese (Dumit, 2005). Un’appropriazione di questi discorsi da parte degli utenti può fornire una protezione dallo stigma che può derivare dall’assegnazione di una diagnosi psichiatrica. Maneggiando strategicamente tali discorsi gli utenti possono, come già illustrato, sfuggire all’attribuzione di una responsabilità individuale (Dumit, 2003; Rose, 2005), in quanto ipotesi eziologiche collocate su un piano biologico possono condurre ad una riconcettualizzazione del disturbo in un elemento che esula dal controllo individuale. Si potrebbe tuttavia destare negli utenti un’altra preoccupazione, connessa alle possibili conseguenze che affiorerebbero da una mancata adesione alle cure prescritte e che potrebbero comunque esporli a reazioni stigmatizzanti (Blackman, 2007). L’invito a comprendere la psicopatologia attraverso una lente biogenetica si riscontra anche nelle narrazioni popolari e culturali ed ha costituito il fulcro di recenti campagne anti-stigma. La logica sottesa a tali campagne è riassunta nel presupposto esplicitato da Read et al. (2006), “la malattia mentale è una malattia come tutte le altre”. Tuttavia, queste campagne non hanno raggiunto lo scopo che si erano prefissate, ottenendo invece l’effetto opposto, ovvero finendo per acutizzare timori e pregiudizi nell’opinione pubblica, inasprando la convinzione che la “malattia mentale” corrisponderebbe ad un evento biologico casuale non soggetto all’autocontrollo (Read et

al., 2006). Paradossalmente, alcune componenti dello stigma rischiano così di essere esacerbate, ad esempio può rinvigorirsi la convinzione che qualche aspetto biologico o genetico si presenti irrimediabilmente diverso tra “noi” e “loro”, “normali” ed “anormali” (Phelan, 2002; Mehta & Farina, 1997), accentuando il processo di raggruppamento illustrato da Ben-Zeev, Young e Corrigan (2010). Inoltre, è possibile che anche l’attribuzione di stereotipo venga ricondotta a componenti genetiche, irremovibili dalla persona che non potrà mai mutare del tutto la sua natura (Phelan, 2002). Pare inoltre che una lettura della malattia mentale in termini biologici non riduca lo stereotipo della pericolosità percepita, e sembra dunque che anche il desiderio di distanziamento sociale rimanga inalterato (Pescosolido et al., 2010). La reazione della società alla condizione di “malato mentale” non solo induce l’individuo a ripensare a sé stesso, ma questi vede anche limitate le proprie alternative d’azione e possibilità di vita. Raingruber (2002) riporta la possibilità di intendere lo stigma come deterrente alla ricerca di cure o al proseguimento del trattamento. Alcune persone preferirebbero quindi non rivolgersi ai servizi, tralasciando l’interesse per il proprio benessere, al fine di eludere lo stigma e l’innescarsi di una spirale di discredito (Pescosolido et al., 2010), preservando così l’agency personale. Ma qualora una persona si addentri nei servizi per la salute mentale e intraprenda un trattamento psicofarmacologico quali sarebbero le ricadute sul piano identitario? Che ruolo gioca l’assunzione dello psicofarmaco?

3.2.3 NEGOZIAZIONE DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Compiendo una disamina di differenti studi qualitativi progettati a partire da una prospettiva interna, che danno voce in prima persona all’utente di servizi psichiatrici, si può notare come gli psicofarmaci possano acquisire significati diversi e complessi per la persona che li assume e come il rapporto con il trattamento farmacologico vari a seconda del significato a questi attribuito. In un contesto riabilitativo residenziale gli psicofarmaci diventano una materia polisemica che esercita impatti differenti sulle biografie individuali. Il trattamento farmacologico può essere visto come una spinta positiva per diverse dimensioni dell’esperienza, come un aspetto della vita da tollerare, un’esperienza interna ed individuale, una porzione prominente della storia ed evoluzione della propria “malattia mentale”, una fonte di vittoria sulle battaglie del passato o come necessario per la prevenzione di ricadute e salvaguardia degli aspetti più umani (Bentley, 2010). Ancora, gli psicofarmaci, in particolare gli antipsicotici possono essere connessi a varie tematiche, quali la riduzione del caos mentale durante la fase acuta, l’aumento del loro utilizzo in ambienti non stigmatizzanti, come il reparto psichiatrico durante un ricovero e la compromissione del contributo individuale nel percorso di recupero, se utilizzati in maniera prolungata oltre la fase acuta (Bjornestad et al., 2017, Bjornestad et al., 2019). La loro rappresentazione può essere riconnessa

anche agli effetti collaterali a livello fisico e cognitivo che compromettono la qualità della vita quotidiana (Bjornestad et al., 2017, Carrick, Mitchell, Powell e Lloyd, 2004). Nel contesto dell'assunzione di psicofarmaci avviene inoltre una co-costruzione di relazioni sociali ed affettive (Flore, 2019). I partecipanti ad uno studio hanno riportato l'appoggio ricevuto dalle reti sociali e il rilievo sproporzionato attribuito ai farmaci da parte dei medici, rilievo che si contrappone alla loro concezione di recupero come processo sociale, mina la loro fiducia nei medici e può indirizzarli ad una mancata adherence alla terapia farmacologica (Bjornestad et al., 2017). Spesso infatti, in seguito a scambi negativi con lo psichiatra (ad esempio mancato ascolto riguardo al riferimento di effetti collaterali, rifiuto di un colloquio, utilizzo di tattiche intimidatorie da parte del professionista), la mancanza di fiducia nei suoi confronti o la sensazione di non poter influenzare le decisioni relative all'assunzione (Morant, Azam, Johnson & Moncrieff, 2017) induce le persone a gestire o sospendere autonomamente la terapia farmacologica senza comunicarlo (Hagen, Nixon & Peters, 2010). Come nel caso della ricezione della diagnosi, anche l'idea della necessità di assumere farmaci è sottoposta ad un costante processo di negoziazione negli scambi dialogici con i professionisti della salute mentale e la resistenza all'assunzione dei farmaci potrebbe essere intesa come parte di questo processo piuttosto che una posizione finale (Carder, Vuckovic & Green, 2003), così come la sperimentazione nella gestione dell'assunzione di psicofarmaci potrebbe essere parte della ricerca di un'idiosincratica soggettività di utilizzatori di psicofarmaci, definita da alcuni autori *medicated subjectivity* (D'Arcy, 2019, Bülow, Andersson, Denhov & Topor, 2016). Uno studio effettuato con *grounded theory* ha fatto emergere un peculiare significato attribuito allo psicofarmaco, illustrato dall'espressione "vivere con un aiuto che disturba". L'esito di tale processo semiotico, rilevato nello studio, non origina solamente da una teoria personale sulla necessità e l'accettabilità dell'assunzione di farmaci (Le Geyt, Awenat, Tai e Haddock, 2017), ma può essere inteso come co-costruito, entro gli scambi conversazionali con i professionisti della salute mentale, ma anche i propri familiari e la cerchia più estesa di persone care (Graziani Giacchero Vedana e Inocenti Miasso, 2014). Come è stato approfondito nel precedente capitolo, alcuni studi hanno rilevato la tendenza di diversi utenti a gestire autonomamente il proprio trattamento farmacologico con strategie personali o a sospenderlo senza un supporto clinico che enfatizza l'utilità di comprendere le prospettive degli utenti sul proprio trattamento (Narendorf, Michelle e Rutgers, 2015). L'interruzione e la riduzione degli psicofarmaci si propongono però come scenari variabili che scaturiscono da percorsi individuali i quali implicano l'attribuzione di peculiari significati agli psicofarmaci e su cui non si possono compiere generalizzazioni (Salomon e Hamilton, 2013).

3.3 LA PERMANENZA NEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE: CRONICIZZAZIONE DEL DISAGIO PSICHICO

3.3.1 IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO COME ROUTINE

La “malattia mentale” presenta un substrato neurochimico che consente di paragonarla a patologie fisiche e gestirla con il ricorso a psicofarmaci (Sherlock & Kielich, 1991). L’adozione di tale modello esplicativo per la propria sofferenza psichica può contribuire ad un processo di ridefinizione identitaria per cui una persona con diagnosi di disturbo mentale potrebbe spiegarsi i suoi comportamenti passati come effetto della mancanza di un trattamento psicofarmacologico ed approdare ad una nuova configurazione di realtà in cui la “normalità” è mediata dall’assunzione di psicofarmaci (ibidem). Il consumo di psicofarmaci può divenire una routine quotidiana non problematizzata, ed una tale dinamica di assunzione presenta una portata pragmatica, la persona può iniziare a definirsi “malata”, imputando alla presenza del disturbo difficoltà e fallimenti relativi a vicende di vita passata ed ottenendo una riduzione della propria responsabilità individuale, “essere una vittima di forze biochimiche oltre il proprio controllo consolida le altrui definizioni di persona senza speranza, un oggetto passivo di infortunio” (Karp, 1993). La persona potrebbe quindi optare per un posizionamento riflessivo, assumendo deliberatamente la posizione, già citata, di “vittima di uno squilibrio chimico”. Il posizionamento riflessivo può essere infatti gestito strategicamente per raggiungere obiettivi specifici (Harré & van Langenhove, 1999). Nell’esempio riportato l’obiettivo potrebbe coincidere con l’attenuazione dello *stigma morale* che, come precedentemente illustrato, verte su aspetti criticabili del carattere ed è pertanto la più penalizzante tra le tipologie di stigma in quanto è opinione condivisa che aspetti caratteriali siano passibili di autocontrollo. Così, auto-posizionarsi come un paziente che segue diligentemente le prescrizioni psicofarmacologiche potrebbe attutire la reazione stigmatizzante della collettività e costituire un minore attacco all’identità individuale (Sherlock & Kielich, 1991). Pertanto non tutti gli utenti possono apprezzare la possibilità di vedersi coinvolti più attivamente nel processo decisionale relativo al proprio trattamento farmacologico, alcuni possono voler evitare questa responsabilità e delegarla totalmente al medico prescrittore (Stewart, Anthony, e Chesson, 2010). Di seguito si tenterà di illustrare come la scelta del concetto di posizionamento identitario a discapito di quello di ruolo non precluda la possibilità di esplorare anche prospettive di stabilizzazione del disagio psichico.

3.3.2 CATENE LINGUISTICHE E GABBIE IDENTITARIE

La teoria del posizionamento sostiene che la persona possa sperimentare un senso di continuità a livello identitario, mentre rimane intenta ad assumere sé temporanei e mutevoli entro gli scambi conversazionali (Deppermann, 2015). Come possono quindi i sé discorsivi e temporanei che sorgono nell'interazione influenzare per un tempo prolungato l'esperienza soggettiva ed il senso di sé di una persona? E come è possibile che i risultati dello studio di Lindow indichino che trascorrere un lungo periodo nel contesto dei servizi per la salute mentale induca gli utenti ad appropriarsi del modello medico-psichiatrico a discapito di altri e, al contempo, che i medesimi utenti ricorrano a modelli esplicativi e categorie linguistiche differenti per parlare di sé stessi in distinti scenari?

Lungi dal percepire l'identità come un'entità stabile, gli approcci discorsivi l'hanno intesa, al pari di altri fenomeni psicologici, come prodotto transitorio e malleabile di economie lessicali adottate in scambi interazionali e discorsivi. Identità multiple verrebbero quindi costruite al variare quotidiano dei contesti sociali in cui avviene l'attività discorsiva, un'identità elaborata in uno specifico contesto, come quella di insegnante, potrebbe essere notevolmente diversa da quella costruita in contesti alternativi, ad esempio quella di acquirente scontento (Tucker, 2009). Nel contesto specifico dei servizi per la salute mentale, le diagnosi psichiatriche, costantemente riproposte, possono perdere la loro valenza metaforica ed essere intese come dati di fatto, indipendenti dai discorsi che le sostengono (Foucault, 1999). Il processo di reificazione, finisce per celare gli aspetti di relatività e convenzionalità di un fenomeno, nel caso specifico della diagnosi che, tradotta in realtà effettiva, può imprigionare il clinico, impedendogli di promuovere un cambiamento nel suo interlocutore ed imporsi alle narrazioni biografiche del ricevente (Faccio e Salvini, 2007). Le categorie diagnostiche possono presentare quella che è stata definita da Tucker (2009), "natura potenzialmente pervasiva", un potere di plasmare identità che si ripropongono in più contesti. Così, mentre le identità, intese secondo gli approcci discorsivi, si distinguono per essere transitorie e multiple, differendo a seconda del contesto, le identità diagnostiche possono divenire la caratteristica identificativa dominante e principale in molteplici contesti (Knight et al., 2006; Pinfold et al., 2003; Schulze & Angermeyer, 2002). Rifocalizzando l'attenzione sul posizionamento, si può apprezzare il legame indissolubile tra posizioni, discorsi ed istituzioni che getta luce sul modo in cui le persone producono ed attribuiscono significati dinamicamente alla condotta quotidiana propria ed altrui (Ringer, 2013). Sebbene molte posizioni vengano assunte transitoriamente e temporaneamente nel discorso, altre posizioni si presentano come più stabili e permangono per un periodo di tempo esteso (ad esempio donna o uomo, padre o madre) (Harré & van Langenhove, 1999). Se una persona viene costantemente e ripetutamente collocata dagli altri

nella stessa posizione, può essere indotta a comprendere e orientare le proprie azioni, pensieri e sentimenti attorno alla rete di significati insiti nella posizione. Ad esempio, un utente continuamente posizionato come “manipolatore” dal personale psichiatrico, può modificare il modo in cui vede se stesso e gestisce le proprie possibilità di partecipazione ai servizi di salute mentale (Ringer, 2013). Un posizionamento inizialmente iscritto nella realtà sociale del linguaggio può così trovare la propria evoluzione in un orientamento soggettivo interno (Willig, 2020). In tal senso, i fenomeni psicologici possono essere visti come privatizzazione di discorsi pubblici e questo specifico modo di intenderli e di concepire le identità narrative a lungo termine, si attesta come una cifra distintiva tra approcci discorsivi incentrati sulla relazione tra discorso e soggettività e prospettive ispirate all’analisi della conversazione (Harré & Gillet, 1994). Harré & Gillet (1994) suggeriscono che il senso di identità personale acquista realtà entro gli scambi discorsivi in cui il soggetto, apprendendo l’utilizzo di termini quali “io”, “me”, “mio”, inizia a pensare a se stesso come un’individualità agente, con una propria collocazione nello spazio e nell’ordine morale del gruppo con cui sta conversando. Pertanto, con l’utilizzo del pronome di prima persona “io”, viene prodotto discorsivamente il senso di identità personale per gli altri e, al contempo, viene costruito discorsivamente per noi stessi. L’identità appare così sia individuale che contestuale, plasmata dai contesti sociali e istituzionali a cui un individuo partecipa e dalla sua capacità di dare un senso e di impegnarsi riflessivamente in questi contesti. Harré (1998) ha messo in luce come il posizionamento discorsivo interiorizzato limiti o dischiuda per l’individuo possibilità di agire e pensare, anche quando si trova da solo. In tal senso, un utente che è stato posizionato e si pone come “vittima di una malattia mentale” per un tempo prolungato, può apprendere ad attribuire alla malattia le proprie sensazioni, pensieri e sentimenti personali, vedendosi di conseguenza incapace di modificarli. In tal proposito è utile considerare che le persone afflitte da alcune malattie, tra le quali possono essere annoverate le “malattie mentali”, possono descrivere la propria condizione ricorrendo ad un peculiare utilizzo del verbo essere, pronunciandosi, ad esempio, nei termini “sono diabetico”, “sono epilettico”, “sono schizofrenico”. L’utilizzo dell’espressione “essere malato” si rivela connessa sia all’identità sociale che al senso di identità individuale della persona (Estroff, 1989) in quanto i significati veicolati dal linguaggio sostanziano la relazione tra sé e contesto sociale alla luce della malattia con cui la persona convive (Fife, 1994). Alcuni autori hanno suggerito che l’utilizzo della formula “essere malato” coinvolge un nome o un aggettivo, elementi linguistici che sembrano trasmettere non solo un’informazione qualitativa circa l’identità della persona, che implica anche giudizi stigmatizzanti e generalizzanti come la stereotipizzazione (Link & Phelan, 2001), ma anche un’informazione circa la stabilità della condizione in cui l’individuo riversa (Carnagni et al., 2008). Da uno studio condotto da Reynaert e Gelman (2007) emerge che le

formule che prevedono l'utilizzo del verbo essere associato ad un'etichetta nominale corrispondono alla forma linguistica che più rimanda ad una dimensione di permanenza, e nell'ambito della "malattia mentale", frasi caratterizzate dall'impiego del verbo "essere" accompagnato da un sostantivo sembrano essere impiegate dieci volte tanto le formulazioni caratterizzate dal ricorso al verbo "avere", che evocano una maggiore transitorietà del disturbo e che dunque non vanno ad informare su caratteristiche stabili, intrinseche e imm modificabili della persona. In questo modo, la formulazione linguistica che ascrive all'identità della persona l'etichetta "è un malato di mente" ("è uno schizofrenico", "è un bipolare", "è un depresso"...) enfatizza la visione di sé come "malato di mente", nonché le aspettative che l'entourage della persona sviluppa sulla diagnosi e la prognosi (Estroff et al., 1997). La teoria del posizionamento non è esente da critiche, è stata ad esempio contestata per la mancata risposta ad alcuni interrogativi riguardanti l'esperienza e la soggettività. Ad esempio, potrebbe essere difficile individuare il motivo per cui alcune persone si posizionano continuamente in modi che sono negativi o deteriorano la loro identità (Willig, 2011). Nonostante questo aspetto, il posizionamento appare comunque uno strumento concettuale valido per esplorare come gli utenti non solo possano adottare, confutare, modificare discorsi disponibili all'interno dei servizi per la salute mentale, ma anche privatizzarli, così come attingere ad altri discorsi. Allo stesso tempo, il concetto di posizionamento è sensibile alle questioni del potere, dell'esclusione e dell'inclusione nelle interazioni e può essere applicato non solo per indagare le posizioni soggettive che si rendono disponibili agli utenti, ma anche come modo per comprendere come si viene posizionati in quanto ricercatori (Ringer, 2013). Nei capitoli successivi, dedicati alla ricerca empirica, verrà proposta un'esplorazione delle narrazioni di utenti di servizi residenziali per la salute mentale, con l'intento di indagare la costruzione identitaria ed il ruolo degli psicofarmaci in questo processo.

4 INTRODUZIONE ALLA RICERCA: PREMESSE

“Se l'individualità è una conquista narrativa, le storie offrono il primo accesso empirico ad essa. Il sé non è morto. Vive nelle storie che le persone raccontano”

(Slater, 1996)

Il panorama di studi sulla malattia mentale vanta distinte aree di indagine, la ricerca sugli psicofarmaci appare particolarmente standardizzata nell'approccio e nella comprensione dei ruoli di coloro che sono coinvolti nel processo di ricerca, annoverando un numero elevato di studi controllati randomizzati (RCT). Secondo i disegni di ricerca più diffusi, i partecipanti a RCT vengono reclutati sulla base della condivisione della categoria diagnostica e di aspetti demografici (genere, età, livello di istruzione, ecc.) ed assegnati casualmente alla somministrazione di distinti trattamenti (farmacologici o con placebo) per confrontarne l'efficacia (Russo, 2018). Studi incentrati su resoconti in prima persona di esperienze relative al consumo di psicofarmaci si situano spesso al di là del campo di esplorazione adatto ad una metodologia di ricerca quantitativa su larga scala e richiedono una progettazione qualitativa su piccola scala (Roe et al., 2009). L'adozione di una metodologia qualitativa per la ricerca relativa al consumo di psicofarmaci esige, come prerequisito, un mutamento nella percezione delle persone con diagnosi di disturbi mentali, in particolare dello spettro psicotico, come incapaci di detenere una piena comprensione della propria condizione di sofferenza e di compiere valutazioni razionali riguardo al trattamento farmacologico (Russo, 2018). Per ovviare a questa presunta mancanza di consapevolezza riguardo alla propria condizione di malattia, è frequente il ricorso alla psicoeducazione, nel tentativo di indirizzare le persone alla comprensione e gestione del proprio disagio, mentre alcuni studi hanno assunto la prospettiva opposta, riconoscendo le persone con diagnosi di disturbo mentale come competenti nella comprensione del proprio stato di salute e nella relativa gestione (Rogers et al, 1998; Mitchell, 2006; Bülow, Andersson, Denhov & Topor, 2016). Il ricorso ad una metodologia di ricerca qualitativa prende avvio da un mutamento di prospettiva, dal riconoscere agli utenti dei servizi della salute mentale il ruolo di esperti delle proprie problematiche e dal rilievo attribuito alle esperienze soggettive relative al trattamento farmacologico (Russo, 2018).

4.1 CORNICE EPISTEMOLOGICA

Il presente studio, che si propone di indagare la costruzione identitaria di utenti di servizi residenziali per la salute mentale in rapporto all'esperienza di consumo di psicofarmaci, trova la propria collocazione e sviluppo entro il modello teorico-epistemologico dell'interazionismo simbolico e del costruzionismo sociale. Interazionismo simbolico e costruzionismo sociale condividono l'accettazione del costruttivismo come paradigma epistemologico ed afferiscono alla tradizione di pensiero postmoderna in cui si dischiudono possibilità di senso plurime, dinamiche e potenzialmente antitetiche. Il cosiddetto problema gnoseologico ha percorso l'intera età moderna, ripeteruando l'interrogativo sulla validità ed i limiti della conoscenza umana ed il suo rapporto con la realtà, per tale quesito il costruttivismo ha proposto una soluzione postmoderna, contraddistinta dall'abbandono della fiducia in un'unica realtà oggettivamente conoscibile, immutabile, preesistente al soggetto conoscente. La posizione costruttivista si erge sull'assunto della realtà intesa come costruzione sociale, strutturata da significati che la plasmano attraverso lo scambio interpersonale e l'accordo comunitario (Gergen & Gergen, 2005). Al realismo ontologico in cui si profilano le scuole di pensiero empiriste e razionaliste, subentra in ambito costruttivista un relativismo che ammette l'esistenza di plurime realtà non inscrivibili in una gerarchia di valore, ognuna delle quali corrisponde ad una costruzione al contempo individuale e collettiva che struttura l'esperienza (Castiglioni, Faccio, 2010). La conoscenza viene così collocata entro il processo di interscambio sociale, non più intesa come "un riflesso o una mappa del mondo, ma come un artefatto di scambio comunitario" (Gergen, 1985 p.1).

Il panorama di letteratura e ricerca in ambito psicologico è disseminato di approcci radicati nelle posizioni epistemologiche del realismo monista o ipotetico che ammettono l'esistenza di una realtà indipendente dalle categorie conoscitive dell'osservatore e conoscibile attraverso teorie che ne riproducono una copia fedele (Salvini, 1998). Tali approcci trattano i fenomeni psicologici come enti fattuali oggettivamente misurabili, tra i quali si possono individuare leggi universali e su cui si possono formulare spiegazioni tralasciando i contesti in cui sono immersi. A differenza di tali prospettive e presupposti conoscitivi, interazionismo simbolico e costruzionismo sociale approdando all'assunzione epistemologica del realismo concettuale, che vede la realtà come costruita attraverso le categorie conoscitive di chi la osserva e sostanziata dal linguaggio utilizzato per descriverla (Turchi & Maiuro, 2007). Entro tale modalità conoscitiva risulta possibile collocare i fenomeni oggetto di studio nel campo della gnoseologia piuttosto che dell'ontologia, ovvero disquisire sui discorsi relativi alle modalità di conoscenza invece che sull'esistenza degli stessi (Castiglioni, Faccio, 2010). La realtà psicologica, distinta da un ente fattuale, si presta quindi ad una

comprensione che può avvenire esclusivamente entro un agire comunicativo dotato di senso, il quale, a sua volta, plasma il suo oggetto di indagine (Salvini, 1998). Un'ulteriore caratteristica distintiva di tali approcci corrisponde alla rilevanza che acquistano i processi storico-culturali, in quanto attraverso una costante interazione con essi i soggetti conoscenti costruiscono la realtà che finiscono per abitare (Berger & Luckman, 1969). I termini attraverso i quali il mondo è descritto e concepito vengono intesi come “artefatti sociali, prodotti storicamente e determinati culturalmente” (Castiglioni, Faccio, 2010). Il linguaggio assume così un ruolo cardine e non viene inteso nella funzione rappresentativa del reale, bensì esaltato nella sua funzione costruttiva e nei suoi effetti pragmatici: i concetti che descrivono e nominano la realtà, non la rappresentano, ma compongono le sue fondamenta, la creano con la sua caratteristica di inscindibilità dagli accordi, dalle regole e dai significati che sostengono il discorso come processo comunicativo (Salvini, 1998). Proprio questa peculiare concezione del linguaggio consente di intendere i fenomeni psicologici come costruzioni di senso piuttosto che dati di fatto, inscindibili dagli attori sociali, dalle loro intenzioni e dal contesto in cui agiscono. Il linguaggio genera così effetti pragmatici a partire dalle costruzioni di significato, grazie alla propria capacità illocutoria e perlocutoria ed alla performatività, (Austin, 1975) si mostra infatti inscindibile dalle azioni, intese come prodotti delle interazioni e delle relazioni, che lo dotano di una portata pragmatica, dando vita a discorsi e narrazioni, attribuzioni di ruolo e di identità. Le forme linguistiche divengono così assimilabili ed azioni discorsive che consentono all'uomo, in una rete di relazioni interpersonali, di vivere ed agire attraverso le storie e il linguaggio (Gergen e Gergen, 2006). L'essere umano viene dunque considerato non un mero ricettore dei significati mutuati socialmente, ma come attivo produttore di senso, volto all'autodeterminazione tramite un processo interpretativo che guida l'azione (Blumer, 2006).

La ricerca entro il paradigma costruttivista prende avvio da un'interrogazione sui propri presupposti e sui quesiti che possono orientare la ricerca (Hare-Mustin e Marecek, 1988). Il fenomeno studiato, presenta quindi una peculiare configurazione, frutto di inquadramenti teorici e di una collocazione entro il contesto della conoscenza. L'identità, uno dei costrutti centrali del presente studio, viene intesa, dagli approcci dell'interazionismo simbolico e costruzionismo sociale, non come entità definita e privata, che preserva la propria coerenza e stabilità nel tempo e nello spazio, ma come plurimo e mutevole processo di costruzione, come un insieme di ruoli, posizionamenti, pratiche discorsive e azioni che si generano attraverso le interazioni interpersonali e sociali (Mühlhäusle e Harrè, 2001). Elementi fondanti per la costruzione e la performance identitaria corrispondono all'interazione ed al linguaggio, così come all'intenzionalità rintracciabile nelle narrazioni e nell'agire umano e alle richieste e vincoli che, entro determinati contesti, sollecitano i soggetti in interazione a mettere in atto peculiari presentazioni e performance identitarie (Goffman, 1959). Tali

correnti di pensiero vedono l'identità come sorretta da processi al contempo individuali e sociali, costantemente inserita in modi più ampi di intendere la realtà, i fenomeni psicologici risultano in tal modo connessi alle “definizioni sociali della realtà” e “definiti socialmente” (Berger & Luckman, 1969). In conformità con questi presupposti, nel presente studio la mente e, di conseguenza, la “malattia mentale” vengono intese non come enti fattuali, come realtà ontologicamente date, bensì come costrutti emergenti da costruzioni di realtà al contempo individuali e socio-culturali che possono essere comprese solamente soffermandosi sulle narrazioni ed i discorsi che gli imprimono una forma (Salvini & Iudici, 2019).

4.2 LA RICERCA QUALITATIVA: METODOLOGIA E SPECIFICITÀ

Per la presente ricerca è stata adottata una metodologia coerente rispetto al modo di intendere la conoscenza ed ai presupposti teorico-epistemologici illustrati. Nel presente studio avviene un distanziamento rispetto al sistema di ricerca tradizionale in ambito psicologico, distinto da un'impostazione epistemologica positivista ed empiricista che conferisce priorità alla definizione di ipotesi e variabili e suggerisce il ricorso a test e misurazioni degli oggetti di studio, intesi come indipendenti da chi osserva. Le prospettive teoriche dell'interazionismo simbolico e del costruzionismo sociale propongono modalità conoscitive flessibili e situate entro i contesti storici e sociali, nonché intrise di valori e credenze condivise che informano e definiscono le pratiche di ricerca stesse (Gergen, Josselson, Freeman, 2015). La ricerca qualitativa, pertanto, non si configura come un corpus definito di metodi e teorie, suddiviso in distinte fasi e passaggi obbligati, ma come un sistema di conoscenze duttile e malleabile in virtù degli obiettivi che ci si propone di perseguire e dei presupposti teorici che la guidano. Questo studio trova la propria collocazione entro il paradigma “soggettivista” e “umanista” dell'Interpretativismo (Corbetta, 1999) dove la spiegazione cede il posto alla comprensione e l'attenzione si focalizza su aspetti intenzionali, valoriali, soggettivi, non rilevabili da strumenti quantitativi (Blasi, 2010). La metodologia di ricerca qualitativa si distingue da quella quantitativa in quanto non si prefigge di verificare e generalizzare una teoria procedendo in maniera sequenziale e lineare, “la ricerca qualitativa appare aperta e flessibile, circolare, intensiva, induttiva, interattiva (tra soggetto e ricercatore), ricorsiva (rispetto ai dati) e ha l'obiettivo di esplorare, scoprire e/o descrivere, andando in profondità” (Blasi 2010, p. 28). Quindi la ricerca qualitativa, contrariamente a quella quantitativa, non intende giungere a teorizzazioni generalizzabili, bensì alla comprensione di un certo fenomeno in un dato contesto socio-culturale, dando spazio alle costruzioni di significato che emergono dalle narrazioni (Blasi, 2010). La domanda a cui tende la ricerca qualitativa non concerne dunque la realtà in sé o la qualità

delle percezioni su questa, ma i modi peculiari in cui il mondo viene intersoggettivamente costruito (Romaioli, 2010). Non rientra dunque tra gli interessi del ricercatore raggruppare un'ingente mole di dati in quanto l'obiettivo non è giungere ad una conoscenza universalmente valida, ma raccogliere informazioni andando in profondità, evitando di tralasciare aspetti peculiari e idiosincratici dell'interlocutore che in un contesto di ricerca quantitativo verrebbero probabilmente trascurati (Blasi, 2010). Di conseguenza, la tipologia di campione esaminato secondo le due metodologie di ricerca appare inevitabilmente diverso, la ricerca quantitativa esige un ampio numero di soggetti per rispettare un principio probabilistico, mentre la ricerca qualitativa delinea il campione a seconda di altre occorrenze, quali gli stessi obiettivi di ricerca (Blasi, 2010). Ne discende che i criteri valutativi per lo sviluppo della ricerca non possono coincidere con quelli adottati dall'approccio tradizionale, non dovrebbero essere prese in considerazione validità o affidabilità, ma sarebbe opportuno procedere con una valutazione delle coerenza rispetto agli obiettivi e presupposti conoscitivi (Gergen, 2015; McNamee e Hosking, 2012) e della responsabilità ed etica nel far emergere nuove configurazioni di realtà (McNamee, 2018). Nell'ambito della metodologia qualitativa i costrutti di riferimento del disegno di ricerca presentano una valenza orientativa e non definitiva (Blasi, 2010) ed il ricercatore riveste un ruolo attivo nella co-costruzione della realtà che intende indagare, che non può limitarsi ad osservare come se fosse indipendente da lui (Romaioli, 2010). Tuttavia al ricercatore compete, al contempo, lasciar emergere liberamente le costruzioni di realtà prodotte dagli interlocutori con cui intrattiene un'interazione empatica che gli consente di comprendere il significato attribuito da questi al proprio agire (Corbetta, 1999). Lo svolgimento della ricerca si propone così come indissolubilmente intrecciato con particolari interpretazioni del ricercatore che divengono parte integrante della ricerca (Blasi, 2010). Il repertorio strumentale del ricercatore qualitativo comprende quindi spesso l'osservazione, l'intervista ed altri strumenti che consentano una modalità aperta e flessibile di reperimento delle informazioni, evitando di tralasciare aspetti rilevanti (Blasi, 2010).

4.3 STRUMENTI DI RACCOLTA DEI DATI: L'INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA

Tra i vari strumenti di raccolta dei dati che la metodologia qualitativa mette a disposizione è stata scelta l'intervista. Si possono distinguere tre tipologie di intervista: strutturata, non strutturata e semi-strutturata, utilizzata per il presente studio. Questo peculiare metodo di raccolta dei dati dota l'intervistatore di una traccia di argomenti che dovrebbero essere indagati nel corso dell'intervista e che si presentano coerenti rispetto agli obiettivi ed al quesito generale di ricerca (Corbetta, 1999).

Lo script di argomenti può già essere declinato in domande pre-formulate, ma questo non deve vincolare intervistatore ed intervistato, bensì preservare per entrambi un margine di libertà e garantire un flusso informativo il più libero possibile, senza una definizione aprioristica e rigida dello spazio delle risposte (Blasi, 2010). Entro un bacino di argomenti predefiniti i due attori interagiscono dunque liberamente, concedendosi di soffermarsi su significati ritenuti soggettivamente rilevanti nel momento contingente. Il ricercatore si riserva inoltre la possibilità di chiedere ulteriori delucidazioni nel caso di risposte poco chiare, di tralasciare alcune domande nel caso in cui lo ritenesse opportuno e di porre ulteriori domande precedentemente non previste qualora emergano durante la conversazione, alcuni argomenti rilevanti ma non attesi (Corbetta, 1999). Le domande vengono costruite in modo da essere generative e da non prevedere risposte dicotomiche, concedendo all'intervistato tutto lo spazio per poter rispondere e argomentare con parole sue (Montesperelli, 1998). Così l'intervistatore potrà dedicarsi al compito fondamentale di adattare il canovaccio di argomenti in base dell'andamento della conversazione ed alla persona che ha di fronte, rendendo efficace l'intervista nel momento in cui viene resa possibile, in un ampio margine di flessibilità, un'esplorazione di tutti gli argomenti preposti, pur concedendo all'intervistato la possibilità di esprimersi tramite le proprie costruzioni e il proprio linguaggio (Flick, 2014).

4.4 METODI DI ANALISI DEI DATI

Entro l'ambito di ricerca qualitativa non si distingue un corpus di metodi e strumenti predefiniti che possono essere utilizzati dal ricercatore, a questo viene invece concesso un margine di scelta rispetto ai metodi d'analisi che possono essere considerati adeguati e preferibili in virtù degli obiettivi di ricerca. Il ricorso ad un peculiare metodo implica sempre una valutazione da parte del ricercatore, in quanto l'utilizzo di un metodo rispetto ad un altro può divenire un varco che consente di accedere a specifici elementi testuali, messi in risalto tra gli altri potenzialmente analizzabili. Coerentemente ai presupposti teorico-epistemologici ed a fronte di un approccio ai testi delle interviste, sono stati scelti due metodi di analisi principali che rientrano nell'approccio qualitativo. Entrambe le metodologie di analisi sono state considerate utili per le proprie potenzialità nel mettere in risalto particolari elementi testuali. L'analisi del contenuto è stata individuata come metodo adeguato per compiere un'esplorazione in profondità del materiale testuale e per la possibilità di mettere in atto un processo di interpretazione dei dati circolare e ricorsivo, nella sua modalità di strutturazione ex-post. Invece l'attenzione rivolta ai posizionamenti assunti dagli intervistati nelle narrazioni è derivata da un approccio ai testi volto a rilevare forme di processualità linguistica che

fossero ricorrenti tra le varie interviste e che potessero catturare, oltre a particolari modalità discorsive di costruzione di significato, la portata pragmatica dell'interazione.

4.4.1 ANALISI DEL CONTENUTO

La prima tipologia di analisi dei dati scelta, l'analisi del contenuto, può essere definita “un processo di acquisizione, sintesi e restituzione delle informazioni presenti in una comunicazione” (Tuzzi 2003, p. 17). Le scelte del ricercatore non solo rappresentano parte integrante del processo, ma ne costituiscono il vero punto di forza (ibidem). Pur configurandosi come una metodologia di analisi di natura qualitativa, l'analisi del contenuto può comprendere anche aspetti quantitativi, ricercando un compromesso tra sensibilità del ricercatore, sintesi statistica e approfondimento del contesto, con l'obiettivo di utilizzare al meglio le informazioni rilevate (ibidem). L'analisi del contenuto corrisponde ad uno dei metodi classici per analizzare materiale testuale (Flick, 2014) e, tramite un processo di riduzione (Romaioli, Veronese, 2010), si propone di individuare particolari temi, ricorrenti all'interno di un testo complesso (Ghiglione & Blanchet, 1991). Il materiale testuale, nel caso del presente lavoro, si compone dell'insieme delle trascrizioni delle interviste audio-registrate e, come metodo di analisi del contenuto, si è optato per la strutturazione manuale ex-post. L'applicazione dell'analisi del contenuto è un processo suddivisibile in distinte fasi:

1. **Acquisizione del materiale.** Avviene tramite lo svolgimento delle interviste, la loro audio-registrazione e trascrizione integrale.
2. **Organizzazione del corpus testuale.** Si intende per corpus la totalità dei testi da analizzare (Tuzzi, 2003). Il corpus viene scandagliato rispetto ai contenuti che emergono, in questo caso attraverso l'approccio classico che prevede la codifica manuale del testo (Maxwell, 2005). In questa fase viene messo in atto un processo di scorporazione, riduzione e, in seguito, di codifica che viene effettuato dal ricercatore in base agli obiettivi di ricerca e consente di individuare quei segmenti di testo inerenti al campo di interesse. Tale operazione, che implica la segmentazione del corpus in unità contenutistiche, prevede il raggruppamento di tali unità in categorie concettuali più generali, secondo un criterio di somiglianza contenutistica, in modo tale da identificare i temi ricorrenti (Tuzzi, 2003). Questo processo può essere eseguito secondo due modalità distinte: la modalità ex ante, impiegata qualora venga precedentemente elaborata in base alla letteratura esistente una griglia di contenuti da rintracciare nel testo, e la modalità ex post, che consente di reperire i contenuti significativi all'interno del testo stesso (Tuzzi, 2003).

3. Per quanto concerne la strutturazione manuale ex post, adottata nel presente studio, il ricercatore assegna ad ogni unità contenutistica dei codici che corrispondono ad etichette linguistiche da lui costruite, che costituiscono una sintesi efficace dei contenuti rilevanti e risultano utili per la discussione di ciascuna area d'indagine emersa (Flick, 2013). In seguito all'assegnazione di tali codici si tenta di individuare, nelle porzioni di testo selezionate, delle categorie concettuali sovraordinate, ovvero dei temi, che devono essere elaborati nel rispetto dei due criteri generali di esaustività e mutua esclusività (Tuzzi, 2003). In altre parole, nella creazione dei temi, ciascun codice deve essere assegnato ad una categoria e, al contempo, nessuno dei codici può rientrare in più di una categoria. La costruzione di categorie concettuali sovraordinate rende infine possibile una restituzione che avviene attraverso la discussione dei risultati e del loro legame con gli obiettivi di ricerca.

La scelta della strutturazione manuale ex-post è stata effettuata nel tentativo di rispettare il livello di complessità e articolazione delle risposte fornite dai partecipanti (Tuzzi, 2003). Tale modalità consente infatti di lasciar emergere dai testi concetti e temi utili a descrivere il fenomeno che si intende indagare, seguendo un approccio induttivo. Inoltre si è optato per questa alternativa facendo riferimento all'obiettivo generale della ricerca qualitativa, che non intende confermare teorie preesistenti, ma esplorare fenomeni del mondo empirico e formulare teorie empiricamente fondate (Flick, 2019). Il legame tra teoria e ricerca in ambito qualitativo si rivela infatti affine alla proposta espressa della Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967), la quale prevede che i dati utili all'analisi dei fenomeni indagati emergano direttamente dal contesto entro cui sono situati. L'analisi, in conformità ai presupposti della Grounded Theory, ha richiesto un processo reiterato e circolare, che ha comportato un costante riesame del materiale testuale per verificare gli aspetti delle interpretazioni emergenti e ripetuti confronti tra i dati entro un processo ripetitivo, noto come processo di analisi comparativa costante (Artinian, 1986). Tuttavia questo tipo di strutturazione implica dei limiti, tra cui un depauperamento delle informazioni, in quanto ogni singolo testo non affronta congiuntamente ciascuno degli argomenti e, perciò, non può dirsi esaustivo rispetto alla totalità dei temi che vengono individuati nel corpus testuale (Tuzzi, 2003). Inoltre, come già precisato, le scelte del ricercatore divengono parte costitutiva del percorso di analisi qualitativa che implica processi di interpretazione dei dati e creatività difficili da rendere espliciti (Jones, 1993). Nel tentativo di colmare questo limite, viene riportata un'esemplificazione del processo di identificazione delle categorie contenutistiche a partire dal testo.

"Me li hanno ridotti (gli psicofarmaci), cioè non avevo scelta di non prenderli, (gli psicofarmaci) è il dottore che sceglie, tu, se sei un paziente non hai scelta, se io voglio smettere devo farlo

regolarmente. Anche perché è come una droga per certi, per me non è come una droga anche perché se io volessi stare senza sto senza, è solo che dopo, quando sto male pensano che abbia bisogno dei farmaci, io non ho bisogno dei farmaci, se sto male parlo con gli educatori o con gli operatori, due, tre secondi, basta è finita là adesso come adesso”

Dallo stralcio riportato a titolo esemplificativo risulta evidente il livello di complessità delle risposte. Queste sono state lette e riesaminate più volte prima di arrivare ad individuare temi ricorrenti e rilevanti in funzione degli obiettivi di ricerca. Nella risposta presente, come in numerose altre, i contenuti proposti non si riferiscono solamente all’area di indagine che si intendeva indagare attraverso la domanda specifica, ma si possono rintracciare tematiche rilevanti per distinti obiettivi di ricerca. I contenuti individuati nel testo sono stati evidenziati, di seguito vengono messe in evidenza le etichette assegnate:

- “Me li hanno ridotti (gli psicofarmaci)” → Variazioni di dosaggio. Il codice fa riferimento all’area di indagine relativa alle prospettive personali rispetto all’uso e alla sospensione degli psicofarmaci e risponde alla domanda “Da quando hai iniziato ad assumere psicofarmaci ci sono stati dei cambiamenti nel dosaggio o nel tipo di terapia prescritta?”
- “non avevo scelta di non prenderli, (gli psicofarmaci) è il dottore che sceglie, tu, se sei un paziente non hai scelta” e “quando sto male pensano che abbia bisogno dei farmaci” → Relazione asimmetrica medico-paziente. L’etichetta è riconducibile all’obiettivo con cui si intende analizzare la relazione della persona con professionisti della salute mentale e membri dell’équipe.
- “perché è come una droga per certi, per me non è come una droga” e “io non ho bisogno dei farmaci” → Inutilità della terapia farmacologica. L’etichetta si propone come risposta alla domanda “Pensi che gli psicofarmaci siano utili in ogni momento e per tutta la vita o soltanto nei momenti difficili?”.
- “se sto male parlo con gli educatori o con gli operatori, due, tre secondi, basta è finita là adesso come adesso” → Aiuto dai membri dell’équipe. Il codice risponde all’area di indagine relativa alla relazione della persona con professionisti della salute mentale e membri dell’équipe.

In seguito all'assegnazione di tali codici, questi sono stati ricondotti a temi più ampi, intesi come categorie concettuali sovraordinate in grado di comprenderli e coerenti rispetto agli obiettivi d'indagine. Si propone di seguito una tabella dove vengono sintetizzati ed evidenziati i collegamenti rilevati tra obiettivi di ricerca, temi ricorrenti e codici assegnati alle unità di testo dove sono stati individuati i contenuti.

Obiettivo	Tema	Codice assegnato	Unità testuali
Analisi delle prospettive personali rispetto all'uso e alla sospensione degli psicofarmaci	Assenza di interruzione della terapia	Variazione di dosaggio	“Me li hanno ridotti (gli psicofarmaci)”
Analisi della relazione della persona con professionisti della salute mentale e membri dell'équipe	Potere del medico	Relazione asimmetrica medico-paziente	“non avevo scelta di non prenderli, (gli psicofarmaci), è il dottore che sceglie, tu, se sei un paziente non hai scelta” ”quando sto male pensano che abbia bisogno dei farmaci”
Analisi delle teorie personali in merito a utilità, effetti collaterali e benefici degli psicofarmaci	Psicofarmaci come inutili	Inutilità della terapia farmacologica	“perché è come una droga per certi, per me non è come una droga” “io non ho bisogno dei farmaci”
Analisi della relazione della persona con professionisti della salute mentale e membri dell'équipe	Aiuto dai membri dell'équipe	Aiuto dai membri dell'équipe	“se sto male parlo con gli educatori o con gli operatori, due, tre secondi, basta è finita là adesso come adesso.”

4.4.2 ANALISI DEL POSIZIONAMENTO

La seconda tipologia di analisi condotta è stata incentrata sul posizionamento, inteso come strumento concettuale utilizzabile per esplorare le modalità di costruzione e negoziazione dell'identità entro le narrazioni ed i discorsi. Approccio discorsivo e narrativo sono concordi nell'ammettere la rilevanza del posizionamento non solo per la costruzione identitaria, ma anche per gli aspetti performativi dell'identità (Bamberg, 2004; Riessman, 2012), in quanto proprio attraverso il processo di posizionamento una persona procede all'assegnazione di parti o ruoli fluidi a parlanti, collocandosi rispetto agli altri nella costruzione discorsiva delle storie personali ed, al contempo, venendo ricollocata nel sistema sociale dai discorsi altrui (Harré e Van Langenhove, 1999; Riessman, 2004). Il ricorso al posizionamento come strumento concettuale si inserisce entro una concezione dei fenomeni sociali come prodotti discorsivamente (Harré & Van Langenhove, 1991) e si erge sul modo di intendere la psicologia come studio delle pratiche discorsive. Nell'ambito della psicologia discorsiva gli elementi principali e prevalenti di indagine diventano le significazioni ed i posizionamenti in quanto i fenomeni mentali e sociali appaiono immanenti ed esistenti in essi con le loro implicazioni (Harré & Gillet, 1994). Nel definire il posizionamento nella sua valenza di strumento concettuale, emerge l'esigenza di fare riferimento al costruito di voce, le voci sono molteplici e corrispondono a nuclei di significato attorno a cui la persona assembla dinamicamente intrecci di posizionamenti che, fluidi, si radicano nelle situazioni di esperienza dell'altro da sé (Mininni, 2003). La comprensione dell'attività del posizionamento come composta di strategie volte alla costruzione discorsiva di storie personali, come il luogo principale della produzione discorsiva di sé (Davies & Harré, 1990), può avvenire entro un modo di intendere l'identità come processo dinamico, riflessivo e inscindibile dal discorso (Harré & Van Langenhove, 1991). I discorsi non determinano di per sé i posizionamenti dei soggetti, ma, intesi come dati socialmente e culturalmente condivisi, forniscono possibili posizioni tra cui i soggetti possono scegliere. Inoltre, approcci al posizionamento ispirati alla ricerca narrativa, all'analisi della conversazione e all'etnografia sottolineano che le persone, in interazione reciproca, non si limitano a scegliere delle posizioni, ma le negoziano attivamente (Bamberg 1997), co-costruendo posizionamenti con le loro azioni sociali (Deppermann, 2015). Il posizionamento si pone come costruito non essenzialistico e legato alle pratiche sociali e ai processi interattivi. Una visione posizionale sull'identità si contrappone quindi ad una visione monadica, statica ed essenzialista dell'identità in termini di personalità, definita da tratti e disposizioni e respinge al contempo una sua concezione individualizzata, privata e rappresentativa. L'identità viene invece collocata entro le azioni sociali a cui i posizionamenti sono legati e da cui sono resi rilevanti. Gli studi sul posizionamento nelle narrazioni ci consentono quindi di apprezzare il modo in cui le persone realizzano le identità nel

discorso e per mezzo di esso. I posizionamenti possono essere intesi come realizzazioni situate che rendono evidenti molteplici sfaccettature dell'identità personale, potenzialmente contraddittorie e fugaci (Deppermann, 2015). Diversi aspetti dell'identità risultano quindi rilevanti in diversi contesti discorsivi (Bamberg, 1997). L'identità che emerge dai sistemi di posizionamento si presenta perciò come interattiva e relazionale, in quanto non coincide con un'entità integrata e coerente, bensì con un processo costruito e rinegoziato dalle diverse pratiche discorsive cui partecipa, anche in maniera contraddittoria (Davies e Harré, 1990). Le voci e le posizioni possono infatti intessere un dialogo, mutare e riferirsi singole persone, gruppi sociali o istituzioni (Mininni, 2003). In questo senso, il posizionamento si configura come strumento concettuale preminente per cogliere le modalità attraverso cui le persone si collocano in sistemi di relazioni che ne identificano e, allo stesso tempo, ne limitano le possibilità di azione (Harré e Moghaddam, 2003). Davies e Harré (1990) sono stati i primi a porre il posizionamento in relazione agli scambi interattivi ed alle narrazioni, intendendolo come modalità privilegiata attraverso cui le identità vengono acquisite nell'interazione sociale in termini di impegno pratico, emotivo ed epistemico verso le pratiche discorsive associate. Harré et al. (2009) insistono quindi su una comprensione dell'identità come immanente alle pratiche discorsive, sostenendo che "la vita si svolge come una narrazione, con trame multiple, contemporanee e interconnesse". Le trame vengono così considerate come incarnate in pratiche discorsive, come struttura organizzativa fondamentale dei discorsi che le persone utilizzano per dare un senso alla loro esperienza e, nell'interazione, i dinamici, emergenti e mutevoli posizionamenti di personaggi correlati negli atti sociali, vengono intesi come costitutivi delle trame. Gli atti sociali vengono definiti dalla loro forza illocutoria nel senso della teoria dell'azione discorsiva (Austin, 1962), forza che risiede anche nei posizionamenti. Entrando invece in merito alla rilevanza delle narrazioni, queste, strettamente legate al discorso, si distinguono per la processualità, prendono vita nel momento in cui i/le narratori/trici raccontano una storia, imprimendo una forma narrativa all'esperienza (Bamberg, 2006). Proprio attraverso la narrazione, si creano e si posizionano personaggi secondo particolari tempi e spazi nel racconto. Al pari di Wortham (2001), Lucius-Hoene e Deppermann (2000) insistono sul fatto che l'identità narrativa non comprende solo il sé narrato, ma anche gli aspetti performativi dell'identità che coinvolgono la presentazione del sé e la negoziazione interazionale. In questa prospettiva le narrazioni sono intese come polifoniche, non vengono scandite unicamente dalla voce del/della narratore/trice, ma comprendono l'interlocutore e i vari personaggi, voci e discorsi che vengono racchiusi e posizionati nel racconto. Con un costante riferimento all'analisi delle narrazioni, la lettura dei processi di posizionamento avviene anche attraverso a particolari domande che interrogano il testo: "Come il narratore posiziona se stesso/a in relazione al pubblico e viceversa?" "Come il narratore posiziona i personaggi in relazione l'uno con

l'altro/a e in relazione a se stesso/a?" e "Come lui/lei posiziona se stesso/a a se stesso/a, ovvero produce, afferma o rivendica l'identità?" (Bamberg, 2004). L'analisi del posizionamento è apparsa adeguata in quanto le narrazioni prodotte nelle risposte alle interviste si presentavano costellate di distinti personaggi e voci emergenti che assumevano ruoli e collocazioni rilevanti. Nello svolgere l'analisi dei posizionamenti, si sono presi in considerazione tre differenti livelli di posizionamento derivanti dall'analisi performativo-dialogica (Riessman, 2009):

1. Posizionamenti del narratore in relazione a personaggi/voci rilevanti inseriti nelle storie;
2. Posizionamento tra il narratore e l'interlocutore;
3. Posizionamenti in riferimento ai discorsi, alle retoriche, alle narrazioni presenti nel contesto socio-culturale più ampio.

Nel presente studio, l'analisi dei posizionamenti è stata svolta assumendo le voci come rilevante elemento d'indagine, l'individuazione di tali costrutti si è estesa a specifici personaggi e audience presenti nei testi, ma anche a dimensioni semantiche peculiari e contesti, come ad esempio come "i medici" e "la relazione con i medici". All'interno di ogni contesto emerso dalle narrazioni sono stati reperiti e descritti distinti posizionamenti, sono poi state costruite dimensioni di significato sovraordinate, definite da specifici estremi semantici che potessero racchiudere e sintetizzare i posizionamenti lungo un continuum in cui possono essere situati e navigare. Data la complessità del processo di analisi condotto, si riporta di seguito un'esemplificazione del modo in cui sono stati rilevati i posizionamenti. Lo stralcio di testo riportato è tratto da una delle interviste dove viene individuato il posizionamento "siamo persone normali, come tutti".

V: **Secondo me loro** (i medici) **pensano che siamo tutti malati di testa, non sappiamo ragionare o abbiamo problemi fisici**, non so cosa pensano loro (i medici), però è così.

C: E tu cosa pensi invece?

V: **Io penso che possiamo avere dei figli e una famiglia, che ne abbiamo il diritto anche e siamo persone normali come tutti, soltanto che abbiamo un po' di pensieri in più e questo porta a fare delle cose irragionate**

Il posizionamento rilevato nel brano è individuabile anche in altre interviste e si esprime nella formula "siamo persone normali, come tutti". Ricorrendo a questa specifica modalità discorsiva, il narratore si posiziona verso gli altri utenti accolti in comunità, verso il personale medico, indicato attraverso l'elemento linguistico "loro" e verso le persone comuni, che nella narrazione sembrano condividere una specifica concezione della normalità. Il posizionamento include un modo specifico

di intendere la normalità che comprende possibili differenze riscontrabili tra gli utenti accolti nei servizi, tra i quali il narratore si colloca e le persone comuni. Come avviene per altri rilevati nelle narrazioni, questo peculiare posizionamento trova la propria collocazione entro una dimensione semantica delimitata dalla polarità “Essere malati” e “Essere delle persone come tutti”, situandosi nella seconda polarità.

Nel capitolo seguente, verranno presentati e descritti i risultati di entrambe le analisi condotte. Tali tipologie di analisi hanno previsto una fase di confronto dei risultati con un'altra laureanda con cui si è protrato un confronto in distinte fasi di progettazione della ricerca.

5 LA RICERCA: OBIETTIVI, STRUMENTI E ANALISI DEI DATI

“Ognuno di noi ha una storia dentro, che non riesce a leggere da solo. Ha bisogno di qualcuno che, con la meraviglia e l’incanto negli occhi, la legga e gliela racconti.”

(Pablo Neruda)

5.1 CONTESTO E OBIETTIVI DI RICERCA

5.1.1 OBIETTIVI E CRITERI DI ANALISI

La ricerca è stata delineata a partire da un quesito di ricerca, venuto poi a configurarsi come obiettivo principale ed è stato declinato in sotto-obiettivi più specifici, utilizzati come linea guida nell’elaborazione dello strumento d’indagine, l’intervista semi-strutturata. In particolare, la ricerca si prefigge di condurre un’**analisi della costruzione identitaria degli utenti ospitati nei servizi residenziali della salute mentale, attraverso le modalità in cui narrano se stessi, le relazioni affettive, sociali e con i membri dell’équipe e l’esperienza di consumo di psicofarmaci**. I sotto-obiettivi discesi del presente macro-obiettivo vengono riportati nel dettaglio di seguito, insieme all’esplicitazione dei criteri che hanno guidato la suddivisione e l’analisi del corpus.

•Analisi delle configurazioni e rappresentazioni identitarie nel passato

Le domande costruite su questo sotto-obiettivo sono state formulate nel tentativo di stimolare narrazioni relative alla storia di vita dei partecipanti, a vicende biografiche temporalmente collocate nel passato. Sono state iscritte in quest’area di indagine produzioni linguistiche in cui i rispondenti ricorrevano all’uso di tempi verbali passati (passato prossimo, passato remoto) e in cui il soggetto del racconto fosse il narrante stesso (“Io”). In particolare, è stato indagato il passato dell’intervistato in riferimento alla prima somministrazione di una terapia farmacologica ed il primo contatto con i servizi di salute mentale.

•Analisi delle configurazioni e rappresentazioni identitarie nel presente

Tramite le domande costruite sulla base di questo sotto-obiettivo, si è tentato di elicitar narrazioni riguardanti gli eventi di vita del partecipante collocati nel presente; formalmente, sono state riferite a questa area di indagine le produzioni linguistiche in cui il soggetto, esplicito o sottinteso, è “Io” ed il tempo verbale utilizzato, il presente. Sono state raccolte sotto questo obiettivo narrazioni che dal

punto di vista contenutistico, riportano considerazioni riguardo a chi si è ed alla propria condizione di sofferenza.

•Analisi delle configurazioni e rappresentazioni identitarie nel futuro

Le domande costruite a partire da quest'area di indagine tentano di sollecitare narrazioni in cui la persona è protagonista e che si riferiscono ad aspettative, progetti e cambiamenti futuri. Da un punto di vista formale sono state assegnate a questo sotto-obiettivo produzioni narrative in cui il soggetto è "Io" e il tempo verbale il futuro (prossimo o anteriore). Queste prime tre aree di indagine sono state scelte per indagare sia le implicazioni identitarie, sia le evoluzioni rintracciabili nel percorso della persona all'interno dei servizi di salute mentale, nella prospettiva di una mutua influenza tra i due aspetti.

Parallelamente a queste tre aree si è voluto dare risalto alle relazioni interpersonali dei partecipanti, in quanto il rapporto con l'alterità è inteso come saliente nei processi di costruzione identitaria e nella gestione del proprio percorso riabilitativo. L'esplorazione di questi aspetti è stata veicolata dal seguente sotto-biettivo:

•Analisi della relazione della persona con i propri cari e con le persone comuni

Tramite le domande costruite sulla base di questo sotto-obiettivo, si è tentato di elicitare narrazioni legate alla sfera sociale, e in particolare si è cercato di porre l'attenzione su come l'intervistato pensa di essere visto dalle persone comuni e come i rapporti affettivi (es. con amici e familiari) possano o meno essersi modificati in seguito all'assunzione del farmaco. Centrali nella ricerca condotta sono l'aspetto della terapia farmacologica e le narrazioni su come questa si affacci nella biografia di chi ne fa uso, perciò i seguenti sotto-obiettivi sono stati dedicati all'indagine più approfondita degli aspetti legati all'assunzione della terapia farmacologica, ovvero:

•Analisi delle prospettive personali rispetto all'uso e alla sospensione degli psicofarmaci

Le domande costruite a partire da quest'area di indagine tentano di sollecitare narrazioni in cui la persona riporta modifiche della propria terapia farmacologica, concordate o meno con i professionisti sanitari e tentativi di autogestione del trattamento. Questi aspetti risultano rilevanti per cogliere l'influenza delle negoziazioni con il personale sanitario nella valutazione e gestione del trattamento farmacologico.

•Analisi delle teorie personali in merito all'utilità, effetti collaterali e benefici degli psicofarmaci

Vengono ricondotte a quest'area di indagine credenze personali sugli psicofarmaci e la loro utilità ed il rapporto che la persona insatura con la propria terapia farmacologica. Le produzioni linguistiche riportate contemplano quindi sempre un riferimento allo psicofarmaco che spesso compare come soggetto o complemento oggetto. Per delineare un quadro più esaustivo del rapporto dei partecipanti con il contesto dei servizi della salute mentale è stato assunto come oggetto di indagine anche il rapporto che gli intervistati intrattengono con i professionisti della salute mentale ed i membri dell'équipe, a cui è riservato il seguente sotto-obiettivo:

•Analisi della relazione della persona con professionisti della salute mentale e membri dell'équipe

Le domande costruite a partire da quest'area di indagine tentano di sollecitare narrazioni in cui la persona assume una posizione nella relazione con i professionisti della salute mentale. Dal punto di vista formale, sono state incluse produzioni linguistiche in cui la persona riporta in prima persona episodi relativi agli scambi che si verificano con professionisti della salute mentale e membri dell'équipe.

5.1.2 I PARTECIPANTI

La presente ricerca è stata intrapresa a partire dall'interesse per l'indagine delle narrazioni relative alle configurazioni identitarie da parte di utenti che risiedono in servizi per la salute mentale ed hanno iniziato ad assumere la terapia farmacologica da tempo. Nello specifico, hanno preso parte alla ricerca utenti della CTRP (Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta) di modulo B (ad attività assistenziale intermedia), "Altogrado", sita in via Roma, 184, presso Galliera Veneta (PD). Con il termine CTRP di modulo B si fa riferimento a "strutture residenziali destinate ad un intervento terapeutico – riabilitativo continuativo e prolungato per pazienti adulti affetti principalmente e continuativamente da psicopatologia rilevante e che hanno risorse attivabili [...]. Gli utenti vengono inseriti con un progetto personalizzato, documentato e periodicamente verificato dall'équipe che li ha a carico. In base alle caratteristiche dei pazienti e alla conseguenti intensità assistenziali necessarie, si distinguono due moduli: modulo A, ad alta intensità assistenziale e modulo B, ad attività assistenziale intermedia, che si mette in atto nelle fasi di assistenza protratta, successive al ricovero ospedaliero o ad inserimento in modulo ad alta intensità assistenziale, e/o nell'attuazione di progetti personalizzati di medio/lungo periodo." La struttura in cui ha preso luogo la ricerca si presenta come un unico edificio, ma formalmente è suddivisa in due comunità distinte.

	Genere	Età	Terapia farmacologica
CTRP1	maschio	36 anni	Antidepressivo, antipsicotico, due ansiolitici
	maschio	34 anni	Antipsicotico e sale di litio
	maschio	42 anni	Sale di litio, antiepilettico e antipsicotico (depot)
	femmina	44 anni	Antidepressivo, sale di litio, ansiolitico e antipsicotico
	maschio	21 anni	Due antipsicotici, antidepressivo, sale di litio, ansiolitico
	femmina	21 anni	Antidepressivo e sale di litio
CTRP2	femmina	58 anni	Due antipsicotici (uno in depot), sale di litio, due ansiolitici
	femmina	62 anni	Tre sali di litio, antipsicotico

Nella CTRP1, al momento dello svolgimento della ricerca, erano ospitate persone di un'età compresa tra i venti e i quarant'anni, inserite nella comunità per progetti individualizzati relativamente brevi (tutti sono stati inseriti tra il 2018 ed il 2021, tranne una utente che è stata inserita nel 2014), con molte risorse a disposizione e possibilità di compiere un percorso riabilitativo che li conduca verso un'autonomia totale in una propria abitazione. Queste persone avevano maggiormente preservato la propria rete relazionale all'esterno della comunità e spesso prendevano parte a progetti che prevedevano attività all'esterno della struttura ed a programmi di reinserimento lavorativo. Nella CTRP2 erano invece accolte persone la cui età media era più elevata e che presentavano una storicità nella presa a carico da parte dei servizi psichiatrici, molti di questi utenti avevano sperimentato diverse realtà riabilitative prima di essere inseriti nella comunità, i loro progetti individualizzati prevedevano tempistiche molto più lunghe e le probabilità che potessero riacquistare una completa autonomia e vivere al di fuori della struttura era notevolmente più ridotta. Inoltre l'assunzione prolungata e spesso, massiccia, di psicofarmaci, in alcuni casi pluridecennale, aveva esposto queste persone a molteplici effetti collaterali, quali la comparsa di sintomi extrapiramidali, enuresi, scialorrea, che avevano inciso sul quadro generale di perdita di autonomia. Aldilà delle differenze esposte, tutti gli intervistati sono accomunati dal consumo, protratto nel tempo, di antipsicotici, spesso affiancati da antidepressivi, ansiolitici o da entrambe le classi di psicofarmaci in un regime di polifarmacoterapia. L'incontro con l'utenza che ha partecipato alla ricerca è avvenuto tramite l'esperienza di tirocinio intra-lauream, dopo aver avuto modo di frequentare entrambe le strutture con finalità formative, è stata presentata la ricerca, svolta

solamente in seguito ad un confronto con i professionisti responsabili del servizio. La partecipazione alla ricerca non è stata proposta su base volontaria a tutti coloro che usufruivano del servizio, in quanto sono stati pre-selezionati, dai professionisti operanti nelle strutture, alcuni utenti che avrebbero potuto sostenere l'intervista senza incorrere in eventuali difficoltà. Una volta demarcato il bacino dei potenziali partecipanti, l'adesione è stata proposta in maniera libera e volontaria. In conformità a quanto riportato nel Codice Deontologico degli Psicologi Italiani al capo I, articolo 9, i partecipanti sono stati adeguatamente informati rispetto alle modalità di svolgimento della ricerca e alle sue finalità ed è stato esplicitato che la persona avrebbe potuto ritrarre il consenso relativo alla partecipazione alla ricerca in qualunque momento. È stato inoltre illustrato l'impegno alla riservatezza nel trattamento dei dati personali e sottolineato che i dati raccolti non sarebbero stati condivisi con la struttura di riferimento. Ai partecipanti è stato quindi fornito un modulo per il consenso informato che li ha dotati di ogni informazione e specificazione relativa al progetto di ricerca e alle modalità della sua messa in atto. La ricerca è stata avviata solamente dopo la presa visione e firma di tale modulo.

5.2 COSTRUZIONE DELLO STRUMENTO

5.2.1 PROTOCOLLO DELL'INTERVISTA

Le interviste hanno presentato una durata variabile tra 15 e i 30 minuti, in base alla disponibilità dei partecipanti ed al loro livello di coinvolgimento. Prima dell'inizio di ogni intervista, i partecipanti sono stati rassicurati ed invitati ad esprimersi liberamente. Come specificato nel capitolo precedente, lo script di domande non è stato riproposto secondo un ordine rigido e prestabilito, sono stati posti tutti i quesiti, ma seguendo l'andamento della narrazione di ciascun partecipate, agganciandosi, nel proporre la domanda successiva, alle tematiche sollevate spontaneamente dagli intervistati nelle risposte. Questa modalità ha consentito di rendere scorrevole e disinvolto il dialogo. Talvolta i partecipanti hanno affrontato spontaneamente alcune delle questioni ritenute centrali nella costruzione degli obiettivi, a conferma della loro rilevanza all'interno dell'argomento trattato, mentre in altri casi hanno suggerito spunti di riflessione e tematiche che non erano state contemplate in fase di stesura degli obiettivi. Nel corso della conduzione delle interviste, sono stati presi progressivi accorgimenti, in base a valutazioni sugli scambi con i primi intervistati, al fine di rendere le interviste sempre maggiormente funzionali nella raccolta di informazioni. Tutte le interviste, sono state audioregistrate, previo consenso dei rispondenti e poi trascritte integralmente.

5.2.2 STRUTTURAZIONE DELL'INTERVISTA

Come strumento di raccolta dei dati per il presente studio è stata scelta un'intervista semi-strutturata, elaborata a partire dagli obiettivi di ricerca che hanno funto da guida per la costruzione delle domande. Si è prestata attenzione nel formulare quesiti coerenti rispetto al contesto in cui veniva condotta l'intervista. Tale scelta deriva da considerazioni relative alla reale condizione di vita degli intervistati, ad esempio, alcuni partecipanti in particolare trascorrono la maggior parte del proprio tempo all'interno della struttura e hanno scambi sporadici e circoscritti con l'ambiente esterno, che spesso si limitano unicamente alla realtà familiare. Le domande, costruite a seguito un'attenta disamina della letteratura esistente relativa al tema, sono state modellate sugli obiettivi e pensate per indagare aspetti rilevanti e scarsamente esplorati nel quadro delle ricerche relative alle medesime tematiche. Di seguito una tabella espone alcuni esempi di domande dell'intervista, riconducibili ai sotto-obiettivi a partire da cui sono state costruite.

OBIETTIVI	DOMANDE
<ul style="list-style-type: none"> •Analisi delle configurazioni e rappresentazioni identitarie nel passato 	1) Come sono andate le cose quando ti sono stati prescritti psicofarmaci per la prima volta? 2) Se dovessi raccontare qualcosa del tuo percorso quali sarebbero le cose più importanti da dire?
<ul style="list-style-type: none"> •Analisi delle configurazioni e rappresentazioni identitarie nel presente 	1) Come ti descriveresti come persona? 2) Quali sono le proposte della comunità che ti piacciono di più e quali di meno? 3) Tra le proposte riabilitative che ci sono qui in Comunità quale ti aiuta maggiormente?
<ul style="list-style-type: none"> •Analisi delle configurazioni e rappresentazioni identitarie nel futuro 	1) Quali sono le speranze per il tuo futuro?
<ul style="list-style-type: none"> •Analisi della relazione della persona con i 	1) Ti è capitato di parlare della terapia farmacologica con i tuoi familiari o con persone

propri cari e con le persone comuni	a te vicine? 2) Cosa credi che pensino le persone comuni delle persone che assumono psicofarmaci?
•Analisi delle prospettive personali rispetto all'uso e alla sospensione degli psicofarmaci	1) Hai mai pensato di sospendere o ridurre gli psicofarmaci o ad aumentarli? 2) Da quando hai iniziato ad assumere psicofarmaci ci sono stati dei cambiamenti nel dosaggio o nel tipo di terapia prescritta?
•Analisi delle teorie personali in merito all'utilità, effetti collaterali e benefici degli psicofarmaci	1) Ti vengono in mente aspetti positivi, vantaggiosi del prendere psicofarmaci? E aspetti negativi? 2) Pensi che gli psicofarmaci siano utili in ogni momento e per tutta la vita o soltanto nei momenti difficili?
•Analisi della relazione della persona con professionisti della salute mentale e membri dell'équipe	1) Come descriveresti il rapporto con il/la tuo/a psichiatra? Ti è capitato di proporre modifiche della terapia farmacologica? 2) Come descriveresti il tuo rapporto con lo/la psicologo/a? Parlate insieme della terapia farmacologica?

5.3 ANALISI DEI DATI TESTUALI E PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

5.3.1 ANALISI DEL CONTENUTO

Vengono qui riportati i risultati reperiti per ogni sotto-obiettivo di ricerca. L'esposizione discorsiva dei risultati è preceduta da una tabella che riassume schematicamente i risultati ed indica la ricorrenza dei contenuti individuati. La ricerca è stata incentrata attorno all'obiettivo di analizzare la costruzione identitaria degli intervistati attraverso i modi in cui questi narrano se stessi e la propria esperienza di consumo di psicofarmaci. Nel perseguire questo obiettivo, viene proposta una discussione a seguito dalle presentazioni dell'analisi dei risultati.

5.3.1.1 ANALISI DELLE CONFIGURAZIONI E DELLE RAPPRESENTAZIONI IDENTITARIE NEL PASSATO

Presentazione dei risultati

Obiettivo	Temi	Ricorrenze
Analisi delle configurazioni e rappresentazioni identitarie nel passato	Sofferenza	4
	Calo nell'attività giornaliera	3
	Dosaggi eccessivi/ somministrazioni errate	5
	Niente	3

Nell'approfondire le configurazioni identitarie che gli intervistati propongono nel passato, in tre hanno preferito non rispondere. Gli altri partecipanti hanno fornito uno scenario concorde di sofferenza e difficoltà, ponendo l'accento su tre distinte tematiche:

I. SOFFERENZA. Tale tematica, sollevata da quattro intervistati, racchiude diverse espressioni di malessere, quali comportamenti aggressivi, situazioni di estrema difficoltà definite come "crisi" e riferimenti ad aspetti peculiari della propria condizione di sofferenza, come allucinazioni uditive o pensieri negativi

"Non voglio star male come una volta, soffrire come una volta, avere i comportamenti che avevo una volta, aggressivi [...] ero un disastro, ero violento, pericoloso..." Sa.

"ero un disastro[...] Io ero veramente una disperazione, tra l'autolesionismo e altro[...] perché una volta quando avevo le mie crisi non aprivo bocca, [...] partivo con le scenate [...] e scappavo" St.

"Non ho più i pensieri brutti che avevo a casa, beh sentivo le voci, ma alla fine erano paranoie mie che mi facevo in testa" F.

II. CALO NELL'ATTIVITÀ GIORNALIERA. Tre intervistati hanno sottolineato una diminuzione dell'energia a disposizione per svolgere le proprie attività giornaliere, lavorative e non, conseguente all'inizio dell'assunzione della terapia farmacologica

“io ho avuto **un calo incredibile nella mia attività giornaliera**, quindi avevo sempre sonno, tanta sonnolenza e quindi non riuscivo a svolgere le attività che io prima di assumere il farmaco.” A.

“ho iniziato diciamo i primi periodi a prendere lo Zyprexa, no?![...] e lavoravo presso una ditta di costruzioni [...] in ufficio [...]Dopo però **non sono più riuscito a lavorare**[...] sono andato via di casa e ho un po' vissuto in giro insomma nei vari paesi confinanti in Italia.”L.

III. DOSAGGI ECCESSIVI/SOMMINISTRAZIONI ERRATE. La tematica che ricorre con più frequenza è relativa alla terapia farmacologica ed alle conseguenze negative dovute all'assunzione di un dosaggio eccessivo o di psicofarmaci, ritenuti non adatti dai partecipanti

“**mi hanno dato delle medicine che erano sbagliate** per il mio corpo e avevo cominciato a camminare in maniera disastrosa, praticamente zoppicando [...] mi era crollato il mondo addosso perché non riuscire più a coordinare i passi per me è stata una cosa micidiale”E.

“hai presente **la cavia degli esperimenti?** [...] era un macellaio, il dottor U, [...] perché mi chiudevano solo fuori, mi ustionavo e là mi fregavano le sigarette, mi bagnavo sotto la pioggia, lui diceva che era stanchezza, **ma poi quando ho cambiato terapia è andata meglio.**”S.

“poi è venuto il dottor O. e ha ricominciato a **caricarmi di psicofarmaci.** Mi tremavano le mani, quando ero al bar mi vergognavo perché mi prendevano per alcolizzata” C.

Discussione dei risultati

Per quanto concerne la costruzione identitaria rispetto alla dimensione temporale del passato, gli intervistati hanno delineato uno scenario concorde di sofferenza. È interessante notare che la configurazione di questa sofferenza avvenga nelle narrazioni attraverso il ricorso ad una varietà di termini, quali “crisi”, “pensieri brutti”, attraverso esposizioni di condotte disfunzionali, “avevo comportamenti aggressivi”, “non aprivo bocca” o autodescrizioni, “ero un disastro”, “ero una disperazione”, ma come non compaia la definizione del proprio malessere in termini di “malattia mentale”. Questo aspetto sembra confermare la riflessione di Lindow (1986) secondo cui le persone, all'inizio del proprio rapporto con i servizi della salute mentale, attingono a distinti modelli esplicativi per definire la propria condizione di disagio e possono definirsi turbati o angosciati, senza necessariamente ricorrere al termine “malattia mentale” (Kinderman et al., 2006). Il tema “Calo nell'attività giornaliera” fa riferimento alla fase iniziale del consumo di psicofarmaci, con la conseguente diminuzione dell'energia a disposizione per svolgere le attività quotidiane, comprese quelle lavorative, mentre la gestione della terapia farmacologica, descritta come occasionalmente

inadeguata, scandita da cambiamenti nelle prescrizioni e nella posologia, rientra nel tema “Dosaggi eccessivi/somministrazioni errate”, emerso nella maggioranza delle narrazioni. La rilevanza dell’aspetto degli effetti collaterali è stata messa in luce da studi che hanno individuato la complessità del processo decisionale relativo all’assunzione di psicofarmaci, in cui negoziazioni e relazioni asimmetriche con i professionisti della salute mentale giocano un ruolo centrale (Knight et al., 2018; Seale et al., 2007), complessità che può condurre gli utenti a tollerare effetti collaterali spesso debilitanti (Morrison, 2015). Entrambe le tematiche, “Calo nell’attività giornaliera” e “Dosaggi eccessivi/somministrazioni errate”, mettono in luce come gli psicofarmaci e le dinamiche coinvolte nella gestione del loro utilizzo non siano marginali, ma diventino, nelle narrazioni, la componente di un quadro più ampio, a conferma dell’ipotesi che l’esperienza di consumo di psicofarmaci giochi un ruolo nella costruzione identitaria (Bulow et al., 2016).

5.3.1.2 ANALISI DELLE CONFIGURAZIONI E RAPPRESENTAZIONI IDENTITARIE NEL PRESENTE

Presentazione dei risultati

Obiettivo	Tem	Ricorrenze
Analisi delle configurazioni e rappresentazioni identitarie nel presente	Persona con delle difficoltà	5
	Persona malata	5
	Malattia mentale assimilabile alle malattie organiche	5
	Gratitudine per l’aiuto ricevuto	3
	Niente	3

Gli intervistati si sono focalizzati autonomamente sulla definizione della propria condizione di sofferenza come malattia mentale, contribuendo all’emergere di un tema che non era stato contemplato in fase di stesura degli obiettivi. Questo tema risulta intersecato anche con la descrizione della propria configurazione identitaria. Anche nell’ambito di questo sotto-obiettivo tre partecipanti hanno preferito non rispondere alle domande. I contenuti espressi, sono suddivisibili in quattro temi significativi.

I. PERSONA CON DELLE DIFFICOLTÀ. Cinque intervistati si sono descritti non come persone in una condizione di malattia psichica, ma come persone che mostravano maggiori problematiche e difficoltà rispetto alle persone comuni

"Io questa non la diagnosticherei una malattia mia personale, perché **non sono io la malata**. Io non sono nata così, lo sono diventata e non è colpa mia. [...] Io non ho il cancro, io non ho un tumore, quelle sono persone che stanno male [...] Quindi io il consiglio che darei [...] è di pensare a come noi ragazzi delle Comunità che hanno **difficoltà e non una malattia, difficoltà**" St.

"**siamo persone normali come tutti**, soltanto che abbiamo un po' di pensieri in più e questo ci porta a fare delle cose irragionate" V.

II. PERSONA MALATA Altri cinque intervistato si sono riferiti a se stessi come persone malate, andando a costituire una polarità opposta rispetto a quella dei cinque intervistati precedenti

" quello che ci accomuna qua a tutti quanti, insomma è la *situazione* dei farmaci, sennò penso che non esisterebbe la comunità, insomma no?[...] Nel senso la **comunità di persone malate**, che hanno dei problemi, no?" L.

"vorrei aggiungere la mia diagnosi, io **soffro di disturbo maniaco- depressivo**"C.

"a casa [...] non parliamo molto della **mia malattia** " V.

III. MALATTIA MENTALE ASSIMILABILE ALLE MALATTIE ORGANICHE. Dalle interviste è affiorato un tema che non era stato contemplato negli obiettivi di ricerca, i partecipanti hanno infatti spontaneamente definito la propria condizione di sofferenza in termini di malattia, assimilandola alle patologie organiche

"**La malattia mentale è una malattia come le altre**. Solo che la diagnosi è diversa, se hai una diagnosi di malattia mentale ti additano come quello della Comunità"Sa.

"La malattia mentale viene ancora considerata, oggigiorno, una cosa strana per le persone comuni che si ritengono immuni da **malattie somatiche e psichiatriche, come la paranoia o la schizofrenia**." M.

IV. GRATITUDINE PER L'AIUTO RICEVUTO. Alcuni partecipanti hanno evidenziato un proprio miglioramento ed un maggiore benessere rispetto al passato, esprimendo gratitudine per l'aiuto ricevuto dalle figure professionali all'interno della Comunità.

“Io veramente **ringrazio me stessa, ma anche quelli che sono riusciti a starmi dietro**, ad arrivare fino ad adesso, io non prendo più tanti farmaci, grazie a Dio, non li sopporto, non mi taglio, ho meno crisi, [...] ora non scappo neanche più.
“St.

“Devo dire che oggi sono una persona appagata, non sento più i problemi di una volta, quando ero ragazzo, del 2016. Mi sento più un uomo rispetto al 2016 per cui **ringrazio tutti qui dentro** di avermi dato la fiducia che ho contraccambiato. “M.

“Ho preso un po’ da mia mamma io questa depressione che avevo, però stando qui dentro mi è passata,[...] mi hanno mandato nella vita reale, non nella mia fantasia che avevo [...] sono stato fortunato a venire qui piuttosto che stare in carcere, **la Comunità mi ha aiutato tanto**”F.

Discussione dei risultati

Per quanto riguarda la costruzione identitaria nel presente, alcune narrazioni sembrano evolversi secondo una trama intessuta su una struttura di coerenza, compare infatti la descrizione di momenti di estrema difficoltà collocati nel passato, ma anche una gratitudine presente nei confronti dei servizi psichiatrici, raffigurati come fonte di aiuto e sostegno entro l’area tematica “Gratitudine per l’aiuto ricevuto”. Il percorso riabilitativo intrapreso appare quindi legittimo. Questa dimensione di coerenza rimanda alle narrazioni di trasformazione e recupero (Franklin, 1998; Blackman, 2001). Ciò che maggiormente colpisce dei contenuti emersi è la loro lampante polarizzazione, cinque intervistati, entro la tematica “Persona con delle difficoltà”, hanno infatti elaborato una configurazione identitaria incentrata sulla definizione della propria sofferenza psichica in termini di “difficoltà”, rilevando uno scenario concorde con studi che evidenziano la presenza di contro-discorsi e contro-narrazioni rispetto al discorso medico-psichiatrico dominante (Somers, 1994; Bamberg & Andrews, 2004). Altri cinque intervistati, le cui narrazioni sono riconducibili alla tematica “Persona malata”, si definiscono “persone malate”, a partire dalla concezione delle loro problematiche in termini di disturbi mentali e fornendo conferma a studi che si soffermano sulla ridefinizione della propria identità nell’ambito dei servizi per la salute mentale (Armezzani, Grimaldi & Pezzullo, 2003; Tucker, 2009). Inoltre, dalle narrazioni è emersa la tematica, “Malattia mentale assimilabile alle malattie organiche” che, pur non contemplata in fase di stesura degli obiettivi, si è mostrata rilevante, nonché in assonanza con studi relativi alla relazione tra discorsi biomedici e stigma (Read et al., 2006).

5.3.1.3 ANALISI DELLE CONFIGURAZIONI E DELLE RAPPRESENTAZIONI IDENTITARIE NEL FUTURO

Presentazione dei risultati

Obiettivo	Temi	Ricorrenze
Analisi delle configurazioni e rappresentazioni identitarie nel futuro	Consumo cronico di psicofarmaci	3
	Cessazione o diminuzione della terapia farmacologica	4
	Progetti futuri	4
	Niente	3

Nelle narrazioni relative alle prospettive tre intervistati si sono astenuti dalla domanda, mentre gli altri hanno riportato distinti progetti futuri, soffermandosi sui piani relativi al futuro consumo di psicofarmaci. In particolare, sono emerse tre tematiche rilevanti

I. CONSUMO CRONICO DI PSICOFARMACI. Tre partecipanti hanno riportato il piano di non interrompere l'assunzione di psicofarmaci in futuro, per timore di non riuscire a gestire la propria vita in assenza di tale consumo o di ritrovarsi in una condizione di sofferenza simile a quella in cui riversavano in passato

"Se devo portarmeli (gli psicofarmaci) dietro tutta la vita piuttosto che star male **preferisco portarmeli dietro tutta la vita, fino alla morte.**"Sa.

"Beh è un aiuto (la terapia farmacologica), però se non ci riesci **li prendi per sempre (gli psicofarmaci)**"So.

II. CESSAZIONE O DIMINUZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA. Quattro partecipanti vedono la terapia farmacologica come non indispensabile e riportano il progetto di interromperla o diminuirla in futuro.

"La meta è **non assumerli più** (gli psicofarmaci)"A.

"Io preferirei [...] uscire da qui di tenere solamente il depot ogni 21 giorni e **gli altri farmaci di non prenderne più nessuno.**"L.

"Adesso starei meglio anche senza, secondo me.[...] Senza prenderli (gli psicofarmaci) credo che starei meglio [...] **penso che smetterò di prenderli in futuro**" F.

IV. PROGETTI FUTURI. Diversi partecipanti hanno espresso nelle loro narrazioni desideri e progetti per il futuro.

"C'ho un **piccolo scoperto di terreno** dove [...] c'ho il mio da fare insomma. Cioè volendo all'orto è...bello grosso quindi **sarebbe [...] la mia piena occupazione.**" L.

"**Penso che avrò un bel futuro** comunque perché i danni che mi hanno fatto i farmaci si possono anche curare, oltre il fatto che mi sono curato grazie ai farmaci. Penso [...] di trovare una compagna, di trovarmi un lavoro, di farmi una famiglia, una casa" V.

"**Spero di andare a C. e trovare delle persone care**, più di una persona cara, gente che conoscevo nella mia adolescenza, tornare a C. perché è una bella cittadina, è vicino ai miei ambienti, sia al CSM, sia al reparto se c'è bisogno, sia all'Ospedale." Sa.

Discussione dei risultati

La polarizzazione nei contenuti, rilevata entro le narrazioni relative alle configurazioni identitarie nel presente, si ripropone in due aree tematiche connesse alla dimensione temporale del futuro. Nello specifico, il tema "Consumo cronico di psicofarmaci", si contrappone al tema "Cessazione o diminuzione della terapia farmacologica". La prima tematica citata evoca un modo di concepire la terapia farmacologica come necessaria lungo tutto l'arco di vita che viene descritto in letteratura (Double, 2002; Moncrieff, 2006). La seconda tematica invece riecheggia quanto proposto da Karp (1993), che individua alcuni tra gli stadi tipici attraversati da consumatori di psicofarmaci, l'ultimo dei quali viene definito, *disincanto e de-conversione*. In tale stadio avviene la realizzazione da parte dell'individuo della possibilità di non considerare la terapia farmacologica come unica ed incorruttibile fonte di salvezza, la persona nutre così la speranza di poter far fronte alle difficoltà con le proprie risorse ed avanza il desiderio di abbandonare il supporto farmacologico, riproponendo la traiettoria di coerenza nelle narrazioni. Tuttavia le prospettive future relative all'assunzione di psicofarmaci appaiono costantemente intersecate con i progetti di vita futuri, espressi nella tematica "Progetti futuri". Intervistati che si ripropongono una futura diminuzione o cessazione della terapia farmacologica forniscono anche descrizioni di piani più articolati ed ambiziosi, mentre coloro che non contemplanò nelle narrazioni la possibilità di interrompere il consumo di psicofarmaci incentrano le prospettive future unicamente sulla gestione della terapia farmacologica o vedono i potenziali scenari d'azione come molto limitati.

5.3.1.4 ANALISI DELLA RELAZIONE DELLA PERSONA CON I PROPRI CARI E CON LE PERSONE COMUNI

Presentazione dei risultati

Obiettivo	Temi	Ricorrenze
Analisi della relazione della persona con i propri cari e con le persone comuni	Stigma/etichettamento	3
	Considerazione negativa	4
	Perdita di autonomia	3
	Limitazione o assenza di dialogo	5

I. STIGMA/ETICHETTAMENTO. Nelle narrazioni i partecipanti hanno spesso utilizzato spontaneamente l'espressione "stigma" o "etichettamento" nel riferirsi alla percezione delle persone che consumano psicofarmaci da parte delle persone comuni

"**Siamo etichettati**, ci vedono come dei fenomeni da baraccone, come degli extraterrestri."Sa.

"Io qui **uso un termine che è lo stigma** [...] una persona che prende psicofarmaci è stigmatizzata dagli altri [...] il farmaco [...] è una cosa che riporta alla mente gli Ospedali Psichiatrici, quindi i matti, quindi si associa nella mente psicofarmaco-pazzia"A.

II. CONSIDERAZIONE NEGATIVA. La maggior parte degli intervistati si è espressa in termini generici, attribuendo alle persone comuni pensieri e valutazioni negative nei loro confronti.

"**Hanno una coscienza negativa** perché ho riscontrato che molte persone fanno fatica ad avvicinarsi alla psichiatria [...] perché pensano che la psichiatria sia un ricovero per persone malate di mente"M.

"**Pensano male sicuramente** perché c'è tanta ignoranza [...] in merito agli psicofarmaci e alle persone ricoverate in psichiatria [...], secondo gli altri [...] siamo un po' persone strane, non veniamo capite [...] Siamo vittime dell'ignoranza di queste persone" E.

III. PERDITA DI AUTONOMIA. Rispetto alle relazioni con i propri familiari alcuni partecipanti hanno evidenziato come cambiamento una perdita di autonomia attribuita ad effetti debilitanti della terapia farmacologica.

"mi hanno dato delle medicine che erano sbagliate [...] e avevo cominciato a camminare in maniera disastrosa [...] e **mio fratello doveva prendermi in braccio** per portarmi di qua e di là perché io non ce la facevo a camminare" E.

"il dottor O. ha cominciato a caricarmi di psicofarmaci. Mi tremavano le mani, quando ero al bar [...] se riuscivo a bere il caffè bene, altrimenti rimaneva là, **se c'era mio figlio me lo imboccava e lo bevevo e altrimenti niente**, pagavo e me ne andavo."C.

IV. LIMITAZIONE O ASSENZA DI DIALOGO. La maggior parte degli intervistati ha rilevato un mutamento nelle relazioni affettive con amici e familiari dopo l'inizio della terapia farmacologica, specificando un'assenza o una limitazione del dialogo riguardo all'assunzione di psicofarmaci o alla propria condizione.

"Viviamo di più a casa più che parlare della mia malattia [...] lavoriamo, ci diamo una mano, viviamo bene comunque. **Non parliamo tanto della mia malattia** perché non è neanche piacevole ricordarsi di certi momenti."V.

"Ai miei familiari **dico solo che prendo dei farmaci, ma non in specifico** [...] ne parlo con qualche amico, ma niente in particolare"G.

Discussione dei risultati

Tramite le domande costruite sulla base di questo sotto-obiettivo, si è tentato di elicitarle narrazioni legate alla sfera sociale, e in particolare si è cercato di porre l'attenzione su come l'intervistato pensa di essere visto dalle persone comuni e come i rapporti affettivi (ad esempio con amici e familiari) possano o meno essersi modificati in seguito all'assunzione del farmaco. Da quanto emerso dall'analisi si affaccia nelle narrazioni la questione dello stigma, relativamente alla cerchia sociale allargata. La tematica "Stigma/etichettamento" richiama distinti studi illustrati in cui viene messo in evidenza come, seppure vi sia una visione biomedica prevalente del "disturbo mentale" accompagnata da una cura farmacologica, permanga la stigmatizzazione. Queste osservazioni rimandano allo studio di Pescosolido et. al. (2010) secondo cui la presenza di maggiori conoscenze rispetto alla possibile eziologia biochimica della malattia mentale, che potrebbe far pensare ad una deresponsabilizzazione del paziente rispetto alla propria condizione poiché la "malattia mentale" viene assimilata ad una qualunque altra malattia fisica, non implica alcuna attenuazione dei meccanismi legati allo stigma. Invece la tematica "Considerazione negativa" mette in luce una

mancata conoscenza, da parte delle persone comuni, degli attuali servizi residenziali che vengono assimilati nell'immaginario comune agli istituti manicomiali, rimarcando lo stigma. La creazione di due gruppi, uno stigmatizzato ed uno stigmatizzante compare nelle narrazioni e corrisponde ad una questione centrale nella dinamica dello stigma (Link e Phelan, 1989).

Emerge inoltre un cambiamento nella rete di rapporti familiari ed amicali, a seguito dell'inizio del trattamento farmacologico, il cambiamento assume due distinte declinazioni, specificate nelle tematiche "Perdita di autonomia" e "Limitazione o assenza di dialogo". Gli intervistati descrivono, nelle narrazioni ricondotte al primo tema, la propria posizione di dipendenza rispetto all'aiuto dei familiari, reso necessario per effetti debilitanti della terapia farmacologica. Tuttavia la maggior parte delle narrazioni può essere ricondotta al secondo tema sovraordinato e verte attorno alla specificazione di un'assenza o limitazione del dialogo con amici e familiari riguardo all'assunzione di psicofarmaci o alla propria condizione di malessere. Questo aspetto rimanda a resoconti raccolti in uno studio che si sofferma sulla creazione di quello che è stato definito "muro di silenzio" a seguito della ricezione della diagnosi (Hayne, 2003).

5.3.1.5 ANALISI DELLE PROSPETTIVE PERSONALI RISPETTO ALL'USO ED ALLA SOSPENSIONE DEGLI PSICOFARMACI

Presentazione dei risultati

Obiettivo	Tem	Ricorrenze
Analisi delle prospettive personali rispetto all'uso e alla sospensione degli psicofarmaci	Variazioni di dosaggio in accordo con il medico	6
	Variazioni di dosaggio imposte dal medico	6
	Tentativi autonomi di sospensione	3
	Assenza di interruzione della terapia	7

I. VARIAZIONI DI DOSAGGIO IN ACCORDO CON IL MEDICO. La metà degli intervistati ha riportato una gestione della terapia farmacologica condivisa con il medico, con cui si sono trovati in sintonia nelle richieste o proposte di variazione del dosaggio

"Con lo psichiatra avevo sempre concordato un po' di scalare un po' le dosi che erano molto più alte prima. "L.

"Ho proposto meno Clozapina e lo psichiatra ha accettato la mia richiesta"G.

II. VARIAZIONI DI DOSAGGIO IMPOSTE DAL MEDICO. La metà degli intervistati, al contrario, ha fornito narrazioni relative ad episodi in cui il potere decisionale riguardo alla gestione della terapia farmacologica è sbilanciato a favore del medico.

"A me danno farmaci in più non so per quale motivo. [...] Mi hanno cambiato i farmaci circa sette volte "V.

"non c'è niente da fare perché il litio non me lo toglie nessuno, il dottor L. me l'ha detto. Io gli ho detto 'ma almeno scalamelo...da 300 dammene 250', allora l'ha diminuito a 250, ma mi ha detto che non si può togliere, 'ma perché?' Gli ho chiesto...'perché poi verrebbe ricoverata in psichiatria' mi ha risposto"C.

III. TENTATIVI AUTONOMI DI SOSPENSIONE. Tre intervistati hanno riferito di aver tentato di sospendere autonomamente la terapia farmacologica, senza informare lo psichiatra o altre figure professionali.

"Li avevo sospesi (gli psicofarmaci)io, dopo ho avuto una ricaduta ed ero un disastro, ero violento, pericoloso."Sa.

"Avevo pensato di smettere di prenderli per la riduzione della sessualità. [...] In passato ho smesso alcune volte di prendere i farmaci e mi ricoveravano, mi ricoveravano sempre"V.

IV. ASSENZA DI INTERRUZIONE DELLA TERAPIA. La maggior parte dei partecipanti non ha mai contemplato l'opzione di poter interrompere la terapia farmacologica, come emerge dalle narrazioni

"Sospenderla?! (la terapia farmacologica) Ho pensato di farla abbassare, sì, ma di sospenderla no"S.

"me li hanno ridotti (gli psicofarmaci), cioè non avevo scelta di non prenderli, è il dottore che sceglie."St.

Discussione dei risultati

Le domande costruite a partire da quest'area di indagine tentano di sollecitare narrazioni in cui la persona riporta modifiche della propria terapia farmacologica, concordate o meno con i

professionisti sanitari e tentativi di autogestione del trattamento. A sostegno di quanto ipotizzato, l'assunzione di psicofarmaci sembra non avvenire passivamente e meccanicamente, ma implicare un'autogestione ed un'amministrazione che implica scambi interattivi e conversazionali con gli psichiatri prescrittori (Graziani Giacchero Vedana & Inocenti Miasso, 2014). Si riscontra anche, relativamente a questo sotto-obiettivo di ricerca, una polarizzazione dei contenuti emersi che si diramano tra le tematiche "Variazioni di dosaggio in accordo con il medico" e "Variazioni di dosaggio imposte dal medico". Un'ulteriore tematica rilevante riguarda l'"Assenza di interruzione della terapia", la possibilità di interrompere la terapia non viene contemplata dagli intervistati (Double, 2002; Moncrieff, 2006), o scoraggiata dagli psichiatri (Cooper et al., 2019; Hun, 2021). Tuttavia alcuni partecipanti riportano che, a loro avviso, la terapia farmacologica avesse presentato effetti collaterali per cui avevano tentato in passato di sospenderla autonomamente andando incontro ad esiti negativi (Gilbert et al., 1995; Leucht et al., 2012; Zipursky, Menezes e Streiner, 2014), mentre altri non si sentono nella posizione di potersi opporre alle indicazioni dello psichiatra, pur avendo pensato di sospendere la terapia farmacologica. Queste precisazioni riportano situazioni molto diverse rispetto al non contemplare neppure la possibilità di condurre una vita senza l'utilizzo di psicofarmaci.

5.3.1.6 TEORIE PERSONALI IN MERITO A UTILITÀ, EFFETTI COLLATERALI, E BENEFICI DEGLI PSICOFARMACI

Presentazione dei risultati

Obiettivo	Temi	Ricorrenze
Analisi delle teorie personali in merito a utilità, effetti collaterali e benefici degli psicofarmaci	Psicofarmaci come fonte di aiuto	4
	Psicofarmaci come necessari	4
	Psicofarmaci come dannosi/effetti negativi	4
	Psicofarmaci come inutili	3

I. PSICOFARMACI COME FONTE DI AIUTO. Quattro partecipanti hanno attribuito ad effetti benefici dei farmaci alcuni miglioramenti della loro condizione ed il raggiungimento di un grado maggiore di benessere psico-fisico

"**I farmaci mi hanno aiutato** a stare più tranquillo, ad essere più positivo, più socievole" F.

"**So che la terapia mi fa bene** [...] La terapia ti dà più lucidità, più umore stabile, più tranquillità, più rilassamento durante la notte, meno aggressività." Sa.

II. PSICOFARMACI COME NECESSARI. In egual numero i partecipanti si sono riferiti alla terapia farmacologica in termini di necessità, non mettendo in discussione la possibilità di assumerla o meno.

"la terapia farmacologica è come tutte le altre medicine. Se uno prende psicofarmaci è come uno che prende una medicina perché ha male alla gamba, come uno fa la cura per la schiena o uno fa la cura per i denti. **Lo psicofarmaco** è un medicinale, sono tutti farmaci chimici, è una medicina che non fa male, **serve per curare.**" Sa.

"**La terapia serve.** [...] purtroppo sugli psicofarmaci c'è lo stigma, perché si pensa che lo psicofarmaco sia distruttivo, mentre le informazioni che sto dicendo prima, **lo psicofarmaco serve**, agisce sui neuroni, sui neurotrasmettitori." A.

III. PSICOFARMACI COME DANNOSI/EFFETTI NEGATIVI. Quattro intervistati hanno riferito di associare la terapia farmacologica ad effetti negativi e debilitanti più che ai benefici che può apportare.

"**Gli effetti collaterali si sentono.** La vista appannata, stitichezza e difficoltà a parlare [...] mi hanno dato addirittura un farmaco che agisce sul \ sistema nervoso e io non riuscivo a dormire non riuscivo a camminare perché altrimenti cadevo, non avevo pensieri [...] in testa, non riuscivo a parlare, non riuscivo a mangiare" V.

"io ho in mente più aspetti negativi sui farmaci che non positivi perché **i farmaci mi hanno rovinato.** Mi hanno fatto aumentare di 20 kg [...] Perché gli effetti collaterali sono importanti, io ho le mani, guarda qua (mostra il tremore) [...] una mano va di qua e una va di là" C.

"Secondo me è micidiale questa terapia, mi sta uccidendo [...] io fisicamente ho le gambe tagliate a metà, non riesco più a coordinare i discorsi [...] mi si bloccano i movimenti della lingua in bocca e io non ce la faccio più"E.

IV. PSICOFARMACI COME INUTILI. Alcuni partecipanti hanno descritto come superfluo il consumo di psicofarmaci, sottolineando come potrebbero farne a meno e come trovino altre fonti di aiuto in momenti di difficoltà

"è coma una droga per certi, per me non è come una droga [...] io non ho bisogno dei farmaci [...] quando stavo male in psichiatria mi imbottivano di farmaci, quando mi riprendevo stavo male uguale."St.

"I farmaci non aiutano."C.

Discussione dei risultati

Le tematiche emerse dalle narrazioni relative alla presente area di indagine mostrano una varietà di significati e considerazioni rispetto all'utilità della terapia farmacologica. Le narrazioni sembrano essere equamente suddivisibili tra tre le tre aree tematiche di "Psicofarmaci come fonte di aiuto", "Psicofarmaci come necessari" e "Psicofarmaci come dannosi/effetti negativi", richiamando risultati di studi in cui viene rilevata un'ambivalenza nei confronti dello psicofarmaco (Hagen, Nixon & Peters, 2010). In particolare gli intervistati che descrivono gli psicofarmaci come necessari sembrano enfatizzare la rilevanza di teorie scientifiche in merito all'utilità degli psicofarmaci (Double, 2002; Moncrieff, 2006), mentre coloro che si soffermano sugli effetti collaterali tengono maggiormente in considerazione la propria esperienza individuale. La sovrapposizione tra gli intervistati che definiscono gli psicofarmaci come necessari e quelli dalle cui narrazioni emerge la tematica "Persona malata" presenta un'importanza cruciale in quanto fornisce una conferma ad argomentazioni di studi che insistono sull'impatto esercitato dal consumo di psicofarmaci sull'identità. Nelle narrazioni si può così ritrovare quanto affermato da Sherlock e Kielich (1991), ovvero che l'esperienza del farmaco comporta un cambiamento di narrazione, dove i propri problemi personali e di vita vengono interpretati in accordo con il farmaco. Inoltre, è importante ricordare che la formula "essere malato" implica l'utilizzo di segmenti linguistici che sembrano veicolare non solo un'informazione qualitativa circa l'identità della persona, a cui possono essere sottesi giudizi stigmatizzanti e generalizzanti come la stereotipizzazione (Link., Phelan, 2001), ma anche un'informazione circa la stabilità della condizione in cui riversa l'individuo (Carnagni et al., 2008), come illustra Karp (1993): "Essere una vittima di forze biochimiche oltre il proprio controllo consolida le altrui definizioni di persona senza speranza, un oggetto passivo di infortunio."

5.3.1.7 RELAZIONE DELLA PERSONA CON PROFESSIONISTI DELLA SALUTE MENTALE E MEMBRI DELL'ÉQUIPE

Presentazione dei risultati

Obiettivo	Temi	Ricorrenze
Analisi della relazione della persona con professionisti della salute mentale e membri dell'équipe	Potere del medico	4
	Fiducia reciproca medico-paziente	3
	Fiducia variabile nei confronti del medico	3
	Benefici della psicoterapia	6
	Aiuto dai membri dell'équipe	3

I. POTERE DEL MEDICO. In quattro narrazioni ricorre tale tematica che si riferisce alla relazione con il medico, dipinta come asimmetrica, come un rapporto in cui il potere decisionale è condensato nelle mani del medico

"è il dottore che sceglie, tu se sei un paziente non hai scelta. [...] non sono un medico, non sono nessuno, sono una paziente, non posso dire nulla"St.

"lui sa di essere dottore, di avere più potere e quindi decide più lui di me. Decide lui tutto, io gli dico, ma lui raramente mi ascolta. [...] il dottore non si fida di me"V.

II. FIDUCIA RECIPROCA MEDICO-PAZIENTE. Tre intervistati hanno enfatizzato la rilevanza di instaurare un rapporto di fiducia e confronto con il proprio psichiatra

"il paziente ha bisogno di parlare con il medico [...] io parlo dello psichiatra perché se [...] non c'è una fiducia reciproca, si rischia di fare un cocktail non molto buono. Il rapporto tra psichiatra e paziente, instaurarlo nel modo migliore possibile, sempre con il confronto."A.

" Con lo psichiatra parlo tranquillamente della terapia"S.

III. FIDUCIA VARIABILE NEI CONFRONTI DEL MEDICO. Tre dei partecipanti hanno riportato di nutrire un rapporto di fiducia nei confronti del proprio psichiatra, ma di non riporre nel medico una fiducia totale o di aver perso a più riprese tale fiducia

"avere fiducia nel medico, parlarci, però **fidarsi per metà**, perché bisogna vedere l'effetto che ti fa (il farmaco), perché gli effetti collaterali sono importanti"C.

"È da quella volta che **ho perso un po' la fiducia nei medici**, invece adesso mi ritengo coraggiosa perché mi sono di nuovo affidata nelle mani dei medici."E.

IV. BENEFICI DELLA PSICOTERAPIA. Metà degli intervistati hanno citato nelle proprie narrazioni il gruppo di psicoterapia a cui prendono parte o episodi passati di relazioni cliniche intrattenuti con psicologi che hanno descritto come un'utile fonte di aiuto.

"**la terapia di gruppo è un punto fermo che mi serve** [...] Perché l'attività di gruppo mi fa esprimere i miei sentimenti e i miei vecchi ricordi, la mia infanzia e certi miei atteggiamenti che non avevo modo di esprimere"Sa.

"**Un buon psicologo aiuta**, io ho fatto 20 anni di psicologa "C.

V. AIUTO DAI MEMBRI DELL'EQUIPE. In tre narrazioni compare il riferimento al supporto ricevuto da membri dell'équipe (oss ed educatori) come fondamentale per i miglioramenti riscontrati nel tempo

"**Mi hanno aiutato molto la compagnia degli operatori e gli educatori**, in primo luogo"M.

"**ho scoperto**, dovendo stare qui, tante altre cose, anche con gli operatori, educatori. [...] **Se sto male parlo con loro** [...] ."St.

Discussione dei risultati

Il presente sotto-obiettivo consente di indagare le narrazioni che rimandano al tipo di scambi che la persona intrattiene con professionisti della salute mentale e membri dell'équipe. Emerge la tematica "Fiducia reciproca medico-paziente", che suggerisce la possibilità di instaurare una relazione simmetrica tra i due, ma accanto a questa compaiono le tematiche "Fiducia variabile nei confronti del medico", che implica un'oscillazione tra la rilevanza data alle proprie esperienze personali relative agli effetti della terapia farmacologica e le indicazioni degli psichiatri e "Potere del medico", dove la propria conoscenza empirica viene completamente tralasciata in favore delle decisioni del medico (Barker, 2014). Questa dimensione di affidamento nei confronti del medico-

esperto fa riflettere su quanto discusso da Parsons (1975), il clinico che formula la diagnosi è riconosciuto come il massimo esperto nel campo della salute, e la relazione che prende luogo tra medico e paziente risulta intrinsecamente asimmetrica poiché il primo si pone al vertice della componente gerarchica del potere, del prestigio e dell'autorità e possiede inoltre specifiche competenze che lo incaricano della gestione della salute altrui, mentre il secondo ricopre un ruolo, quello di malato, che lo rende dipendente dal primo sotto molti aspetti. Non stupisce infatti che questa relazione asimmetrica si riproponga anche nelle dinamiche di gestione del trattamento farmacologico. Inoltre affiorano dalle narrazioni due tematiche, "Aiuto dai membri dell'équipe" e "Benefici della psicoterapia", la tematica che compare con più frequenza, entrambe focalizzano l'attenzione su tipologie di intervento che esulano dalla terapia farmacologica.

5.3.2 ANALISI DEL POSIZIONAMENTO

I contesti rilevati dall'analisi delle interviste possono essere così riassunti:

1. "Il mio percorso"
2. L'altro
3. La terapia farmacologica
4. Relazione con lo psichiatra
5. La ricerca

Ognuno di questi contesti è costruito a partire da particolari posizionamenti assunti da ogni persona nelle narrazioni, di seguito riportati e descritti. Tali posizionamenti vengono collocati entro un continuum interposto tra due polarità semantiche, che vanno a costituire una dimensione di significato. A titolo esemplificativo e come supporto nell'esposizione, vengono riportati, per ciascun posizionamento rilevato, degli stralci di testo che presentano porzioni sottolineate corrispondenti ad elementi salienti per l'analisi condotta.

5.3.2.1 IL MIO PERCORSO

Per quanto riguarda i posizionamenti assunti nel flusso delle narrazioni, sono state rilevate particolari modalità di raccontare il proprio percorso riabilitativo e di attribuirvi un significato.

Nelle interviste si possono rinvenire alcuni posizionamenti peculiari che fanno riferimento alla relazione tra chi narra e il proprio percorso. Questa prima categoria di analisi presenta, come caratteristica distintiva, la comparsa nelle narrazioni di dialoghi tra sé e sé, tra l'Io ed il Me, dove

L'io narrante si riferisce a se stesso durante distinte fasi e momenti del proprio percorso, adottando una prospettiva in terza persona, ovvero dislocandosi ed assumendo nei propri confronti un punto di vista esterno. In alcune narrazioni compare anche un' enfasi rivolta al confronto tra sé nel presente, sé nel passato e sé nel futuro che diviene un dialogo a più voci. Il posizionamento che vede "Io in relazione con me nel mio percorso" assume distinte declinazioni, facendo affiorare nelle narrazioni altri posizionamenti che possono essere suddivisi in tre differenti dimensioni temporali, passato, presente e futuro. Le coordinate spazio-temporali relative a tali dimensioni devono essere intese in maniera narrativa, non fanno riferimento alla griglia spazio/temporale euclidiana-newtoniana (Harré & Van Langenhove, 1999).

Presentazione dei risultati

Nel passato: tra Staticità e Cambiamento

Per quanto concerne il tempo narrativo passato, ovvero le narrazioni relative a momenti del proprio percorso riabilitativo precedenti rispetto a quello in cui viene svolta l'intervista, i posizionamenti rintracciati sono diversi. Tali modalità di posizionare se stessi nella propria storia possono essere situate lungo il continuum "Staticità-Cambiamento". Questa dimensione racchiude quindi distinte modalità di vivere e narrare lo scorrere del tempo e di collocare il Sé rispetto alla propria storia pregressa. Tali polarità fanno riferimento a significati e a modi di intendere i cambiamenti evidenziandone le implicazioni positive e negative per la persona che li esperisce.

1) *"ho avuto alti e bassi, ma nessun cambiamento in particolare"*

Questo tipo di posizionamento implica un dialogo tra sé e sé che fa riferimento alla dimensione del passato. Nel confronto tra sé e sé, non emergono cambiamenti nella configurazione identitaria, ma soltanto variazioni altalenanti e cicliche rispetto ad uno stato costante, lo scorrere del tempo appare quindi lento ed indifferenziato.

C:Quando sei arrivata qui in Comunità?

S:Qui in Comunità sono arrivata 12 anni fa

C:E invece da quanto tempo prendi la terapia farmacologica?

S:Sarà dal 2014, **non mi ricordo neanche da quanto tempo la prendo** [...] Quando siamo arrivati qua all'inizio, io sono stata una dei primi ad arrivare...

C:Se pensi al tuo percorso quali sarebbero le cose più importanti da dire?

S:Che **devo reagire un po' di più come dice l'educatore** [...] sono un po' svogliata, quello sì [...] **ho avuto alti e bassi, ma nessun cambiamento in particolare, insomma.**"

Nel testo si può rintracciare una collocazione rispetto a sé nel passato che presuppone un confronto da cui non emergono cambiamenti, rispetto al passato non si sono verificati né peggioramenti né miglioramenti, ma si sono reiterate solamente oscillazioni, "alti e bassi" in un avanzare del tempo

sempre uguale a se stesso. La dimensione del passato appare così uniforme ed indefinita, non vengono presentate distinte fasi del proprio percorso progressivo, scandite da particolari mutamenti o evoluzioni.

2) *"sono tornato S. com'era prima di ammalarsi"*

Questo tipo di posizionamento esprime una collocazione rispetto al sé nel passato che avviene entro uno scorrere del tempo non lineare. Rispetto al sé passato il sé presente si è affacciato ad un miglioramento, ma il cambiamento positivo non implica un'evoluzione, bensì un ripristino della configurazione identitaria assunta prima dell'inizio della "malattia".

"C:E invece pensando al percorso che hai fatto qui, dall'inizio fino ad ora, quali sono secondo te le cose più importanti da dire?

S:Tutto il percorso è durato 10 anni, però 4 anni qua sono stati i più intensi, positivi. Comunque in tutti i 10 anni, in molti anni, perché per me sono stati molti anni della mia vita in cui sono stato in comunità, sono stato in comunità alloggio, in appartamento... **è stato un disastro là. Però qua mi sono trovato meglio** perché ho trovato nuovi amici, ho cominciato a far gruppo, a seguire di più l'équipe, oltre agli scontri perché è vero anche questo, perché tutt'ora parlo con qualcuno che non comprende, che non vuole comprenderci. Comunque in questi 4 anni **mi sono molto ripreso**, in tutti i sensi, anche di testa, **sono tornato S. com'era da giovane, S. com'era prima di ammalarsi.**"

In questo caso il sé presente non solo intesse un dialogo con i sé di distinte fasi temporali del passato, ma viene assimilato ad un sé passato che era andato perduto in seguito al sopraggiungere della condizione di malattia e che è stato ritrovato. Il momento di comparsa della "malattia" assume anche la valenza di una circostanza in cui è avvenuta una frattura identitaria, che ha richiesto molti anni per essere risanata. Il cambiamento non presenta quindi il significato di un'evoluzione, ma di un ripristino dello *status quo ante*.

3) *"rispetto a come ero sono migliorato/a"*

In altre narrazioni il posizionamento avviene rispetto ad un sé passato, da cui si avverte un divario. Spesso sono ricorrenti espressioni quali "ero un disastro", "ero una catastrofe", "ero una disperazione", utilizzate per riferirsi a se stessi nel passato, ma sempre presupponendo un confronto rispetto al sé presente che viene descritto come migliore. La dimensione temporale del passato appare differenziata in distinte fasi, collocate lungo una traiettoria di evoluzione e non raffigurata come statica ed omogenea.

"C:Invece se dovessi raccontare qualcosa del tuo percorso quali sarebbero le cose più importanti da dire?

S:Qua ci si diverte...no, ero un disastro come ho detto prima, **ero un disastro, ora che ci penso mi viene paura di me stessa**, non ho avuto un bellissimo percorso **all'inizio**, ma non parlo di quando ho iniziato qua in questa Comunità, **loro sono stati anche più**

fortunati rispetto ad altri su come sono arrivata, ad altre comunità avevo fatto venire i capelli bianchi a persone che avevano ancora la mia età [...] **Io ero veramente una disperazione**, tra l'autolesionismo e altro [...] **oggi** io non prendo più tanti farmaci, grazie a Dio, non li sopporto, non mi taglio, ho meno crisi, ma tante meno crisi, riesco già a parlare di più, perché una volta quando avevo le mie crisi non aprivo bocca, mi chiedevano "va tutto bene?" e io partivo con le scenate, con il voglio andare via e scappavo, ora non scappo neanche più. Non c'è neanche il gusto di far dannare questi perché non scappo più."

Nel testo si può notare come il cambiamento possa essere definito attraverso l'illustrazione di riscontri concreti, tramite una panoramica di evidenti modifiche della propria condotta rispetto al passato. Viene, ad esempio, nominata la problematica dell'autolesionismo come rilevante nel passato e messa a confronto con la situazione attuale in cui chi narra sottolinea "non mi taglio più", lo stesso avviene rispetto alle fughe, "scappavo, ora non scappo neanche più" e alla terapia farmacologica, "non prendo più tanti farmaci". In altri casi, come nello stralcio riportato di seguito, la collocazione del sé presente rispetto al sé passato, permette di cogliere le differenze tra i due, che vengono enfatizzate esplicitando l'operazione del confronto messo in atto per rilevarle:

"Il punto è capire il confronto che facciamo, sono cose sottili che io ce le ho presenti e spero che anche gli altri abbiano presente questi passaggi sottili. **Il confronto fra com'ero, come sono e come sarò, perché è sempre un confronto che avviene dentro. Io rispetto a come ero prima sono migliorato e qui in Comunità ho sempre l'occasione di confrontarmi.**

C: E quindi ci sono stati dei cambiamenti tra prima e adesso?

A: Esatto, i cambiamenti. **prima ero più irrequieto**, chiudevo facilmente un discorso, senza capire perché, approfondivo poco, **più emotivo**, i toni più alti della voce, quindi minore modulazione e maggiore senso critico, minore senso di autoanalisi. E questi aspetti confrontandomi, con l'aiuto del confronto perché il confronto è un supporto... **con il confronto capisci che rispetto a come ero prima ora le mie relazioni funzionano meglio.** La domanda è come funzionano le mie relazioni? Questa è una cosa che prima io non mi chiedevo, ora invece mi chiedo."

Nel presente, tra Essere malati e Essere delle persone come tutti

Anche nel tempo narrativo presente, gli intervistati assumono distinti posizionamenti. La dimensione entro cui tali posizionamenti possono situarsi è stata definita attraverso le polarità del "Essere malati" e dell'"Essere persone come tutti", in base ad una collocazione che può avvenire rispetto agli altri utenti accolti nelle strutture residenziali, rispetto alle persone comuni e rispetto al discorso medico-psichiatrico con cui i narranti interagiscono o a cui si oppongono. Questo specifico continuum semantico include e mette in risalto specifiche modalità di descrizione e costruzione della propria identità.

1) *"la comunità di persone malate"*

In questo tipo di posizionamento chi narra si colloca rispetto agli altri ospiti della struttura residenziale ed alle persone comuni, individuando l'assunzione della terapia farmacologica come unico ed imprescindibile aspetto in comune con gli altri utenti ed, al contempo, come elemento distintivo rispetto ad altre persone.

L: Eh no, chiaramente [...] **gli psicofarmaci, [...] purtroppo uno li deve prendere [...]**

C: Mmh, ho capito

L: Perché dopo devi stare tra le persone, e quindi... non puoi essere nervoso [...] **quello che ci accomuna qua a tutti quanti, insomma è la situazione dei farmaci, sennò penso che non esisterebbe la comunità, insomma no?**

C: Mmh

L: **Nel senso la comunità di persone malate, no?"**

Dal testo emerge una collocazione rispetto agli altri ospiti della comunità che stanno in relazione di similarità con il sé, in quanto condividono la condizione di "essere persone malate". La valutazione della propria sofferenza in termini di malattia, deriva da una concezione della terapia farmacologica come indispensabile e come elemento di comunanza tra i vari utenti. Il dovere di assumere la terapia farmacologica diventa anche l'unico pilastro su cui si erge la comunità, che non esisterebbe se non per ottemperare alla funzione di accogliere "persone malate".

2) *"non sono io la malata"*

Nella dimensione del presente, il posizionamento può avvenire anche rispetto al mondo della psichiatria ed ai discorsi medici-psichiatrici da cui è attraversato, nonché rispetto agli altri intesi in senso generico, alle persone comuni.

"In questo ambito, **in questo mondo dove noi siamo chiamati malati, tra virgolette malati perché ci diagnosticano una malattia, come il bipolarismo, il disturbo borderline e via dicendo...è un mondo dove comunque dopo un paziente si sente veramente malato, cioè noi abbiamo delle difficoltà a tralasciare la cattiveria della gente che c'è fuori, delle persone che ti trattano male e diventi ansioso, nervoso, arrabbiato col mondo, ma soprattutto con te stesso perché la cattiveria che dice qualcuno che è esterno e non ti conosce ti rode, ti fa stare male e cominci ad odiare te stesso, capito? E io questa non la diagnosticarei una malattia mia personale, perché non sono io la malata è chi mi fa diventare così che dovrebbe farsi qualche domanda, perché uno non nasce con questo, lo diventa giorno dopo giorno che subisce, subisce e sta zitto, subisce, subisce, subisce. [...], se la gente imparasse ad aprire la bocca per altre cose e non per giudicarti, per trattarti male, per dirti tu sei negra, tu sei povera, tu sei stata adottata sarebbe diverso, non sarei mai arrivata a tal punto. [...]** Io non ho il cancro, io non ho un tumore, quelle sono persone che stanno male, io sto benissimo di salute, per me ha una malattia chi non ha la salute [...] semplicemente **la gente mi ha fatta arrivare a stare talmente tanto male che sono arrivata a dover sì...curarmi, ma non per una malattia."**

Nel testo la persona che narra si posiziona rispetto al mondo della psichiatria, nonché rispetto agli altri utenti ed alle persone comuni, a cui si riferisce con il termine “gente”. Il contesto psichiatrico viene caratterizzato dall’elemento cardine e peculiare della diagnosi, che consente di chiamare i pazienti “malati” e, nei suoi effetti performativi, li fa sentire realmente tali. Il posizionamento avviene in questo caso come l’instaurazione di una relazione di contrapposizione rispetto al discorso medico-psichiatrico con cui altri utenti interagiscono, finendo per “sentirsi realmente malati”. Tale posizionamento risulta particolarmente utile nel mettere in risalto effetti performativi del linguaggio che finiscono per fornire non solo un assetto identitario, ma anche uno scenario in cui la persona vede limitata la propria possibilità di azione. Chi narra infatti definisce la propria condizione di sofferenza non come una malattia congenita, “uno non nasce con questo”, ma come effetto di modalità discorsive particolari, di retoriche pregiudizievole assunte dalle altre persone che generano implicazioni pragmatiche, ad esempio, restringendo lo spettro di possibilità e libertà di azione, “uno non nasce con questo, lo diventa giorno dopo giorno che subisce, subisce e sta zitto [...] se la gente imparasse ad aprire la bocca per altre cose e non per giudicarti, per trattarti male [...] sarebbe diverso, non sarei mai arrivata a tal punto”. L’opposizione trapela anche dal distanziamento rispetto a note teorie che compongono il discorso medico-psichiatrico ed attribuiscono il disturbo mentale ad un’eziologia genetica, “uno non nasce con questo, lo diventa giorno dopo giorno”. Il termine “malattia” viene quindi respinto, considerato inadatto per definire la propria condizione che viene ridefinita con il termine di “difficoltà”. Viene contestata anche la natura individuale del disturbo mentale, a cui viene attribuita un’origine relazionale e che non viene localizzato nel singolo individuo, ma nella rete di relazioni in cui è immerso, “io questa non la diagnosticarei una malattia mia personale [...] la gente mi ha fatta arrivare a stare talmente tanto male che sono arrivata a dover sicurarmi, ma non per una malattia” .

3) *“siamo persone normali, come tutti”*

Con questo posizionamento avviene una collocazione rispetto alle persone comuni e rispetto al personale medico, a cui si fa riferimento con l’espressione generica “loro”, ricorrente in varie narrazioni ed idealmente contrapposta ad un “noi” che include gli altri utenti accolti all’interno del servizio.

V: Secondo me loro (i medici) pensano che siamo tutti malati di testa, non sappiamo ragionare o abbiamo problemi fisici, non so cosa pensano loro, però è così.

C: E tu cosa pensi invece?

V: Io penso che possiamo avere dei figli e una famiglia, che ne abbiamo il diritto anche e siamo persone normali come tutti, soltanto che abbiamo un po’ di pensieri in più e questo porta a fare delle cose irragionate.”

Come si può apprezzare dal testo, mentre emerge una modalità discorsiva di contrapposizione rispetto a quelle che vengono immaginate come le opinioni dei medici nei confronti degli utenti dei servizi che assumono psicofarmaci, viene instaurata una relazione di similarità rispetto alle persone comuni che non riportano particolari problematiche. Il posizionamento include un modo specifico di intendere la normalità che racchiude possibili differenze riscontrabili tra gli utenti accolti nei servizi e le persone comuni e presenta una portata pragmatica e definitoria sull'identità del narratore. Il posizionamento sembra quindi acquistare senso tenendo in considerazione la rilevanza del costruito di normalità nelle modalità narrative relative al proprio percorso. La normalità a cui si fa riferimento nella narrazione è la normalità condivisa da "tutti", che sembra essere data per scontata, senza la necessità di essere definita attraverso ulteriori specificazioni, ad esempio la normalità che comprende il progetto di costruire una famiglia ed avere dei figli. Tale normalità cessa però di essere uno standard a cui attenersi e finisce per abbracciare differenze e peculiarità di comportamenti che non vengono più definiti anormali.

Nel presente, tra Resa e Soddifazione

Un'ulteriore dimensione di significato che si può rintracciare entro la dimensione temporale del presente e in cui si possono collocare distinti posizionamenti viene delimitata dalle polarità "Resa" e "Soddifazione". Nelle narrazioni il presente può infatti essere inteso come un momento indistinto di uno sforzo protratto nel tempo, che non si riesce più a sostenere e che non comporta evidenti cambiamenti nella propria configurazione identitaria, o come la circostanza in cui si realizza la presenza di miglioramenti riscontrabili rispetto al Sé passato, di cui si può essere fieri.

1) "io non ce la faccio più"

Tale posizionamento si colloca lungo la prima polarità della dimensione, il presente assume qui i connotati di un momento disseminato di difficoltà, che i narratori si ritrovano a vivere provati dagli eventi vissuti nel passato e dalle problematiche attuali. Il momento presente appare quindi come il luogo della prosecuzione di uno sforzo protratto nel tempo per raggiungere il benessere, ma che appare vano agli occhi di chi narra. Vengono riconosciute variazioni ed anche miglioramenti rispetto alla propria condizione passata, ma dal dialogo tra Sé nel presente e Sé nel passato non emerge l'apprezzamento di cambiamenti positivi, le prospettive rispetto al futuro si appiattiscono e prevalgono stagnazione e sconforto.

"E: Con la P. sì, con la dottoressa P. **ho accennato che faccio fatica con questi farmaci, però anche lei sostiene che tutto sommato la cura sta dando buoni effetti perché comunque mi è passata questa voglia di uccidermi** che, per lei comunque e per gli altri professionisti, parlo dei medici, è fondamentale insomma, non avere questo impulso. [...] La prossima volta che vedrò il dottor L. (psichiatra) espressamente gli chiederò se per

favore può ridurmi un po' la terapia perché **non ce la faccio più, proprio, a reggere, non reggo.**

C: Quali sono secondo te aspetti positivi e negativi riguardo alla terapia?

E: [...] Secondo me è micidiale questa terapia, mi sta uccidendo e **loro**, praticamente **sono convinti che mi serva davvero tanta terapia, questo è anche vero** perché da una parte **non dormo la notte con poca terapia, oppure, mi tornano pensieri che non ci devono essere, però** io fisicamente ho le gambe tagliate a metà, non riesco più a coordinare i discorsi, la lingua non si muove bene in bocca, nel senso che mi si bloccano i movimenti della lingua in bocca e **io non ce la faccio più, Cécile, non ce la faccio più.**"

Nel testo riportato ricorre una modalità discorsiva di contrapposizione tra "loro", termine con cui chi narra si riferisce ai professionisti della salute mentale e le loro convinzioni e le opinioni del narratore in merito al proprio stato attuale. La persona, riconosce parzialmente lievi miglioramenti della propria condizione attuale, confrontata con quella passata, miglioramenti attribuiti agli effetti positivi della terapia farmacologica, che vengono messi in risalto da medici e da altri professionisti, come si può notare dagli stralci "loro [...] sono convinti che mi serva davvero tanta terapia, questo è anche vero", "lei sostiene che tutto sommato la cura sta dando buoni effetti perché comunque mi è passata questa voglia di uccidermi". Tuttavia, l'elemento discorsivo che rivela una dissonanza rispetto a questa convinzione, condivisa dai professionisti, è individuabile nell'utilizzo della congiunzione "però", che prepara il terreno all'assunzione di una posizione antitetica rispetto a quella in cui si situano i professionisti, espressa dallo stralcio "io non ce la faccio più". Inoltre la persona rimarca il proprio posizionamento, coinvolgendo anche me e trovando una propria collocazione anche rispetto a me, nel ruolo di intervistatrice, nominandomi prima di ribadire l'impossibilità di continuare a sorreggere una situazione simile.

2) *"oggi posso dire di essere fiera/o di me stessa/o"*

Tale posizionamento trova la propria collocazione entro la polarità opposta della dimensione, che include un distinto modo di intendere il presente. In questo caso, il presente sembra rappresentare il punto di arrivo di un percorso ed i riferimenti al presente diventano per il narratore l'occasione per proporre un confronto tra Io, nel ruolo di protagonista della narrazione e Me. La prospettiva in terza persona, assunta da chi narra rispetto a se stesso, risulta particolarmente evidente nell'utilizzo di termini specifici per riferirsi a se stesso, soprattutto nella dimensione del passato. Sono infatti ricorrenti espressioni in terza persona per riferirsi a se stessi, quali "una persona nell'adolescenza", "una ragazza che in passato" etc. Gli stralci riportati di seguito fungono da esempio.

"Devo dire che oggi sono una persona appagata, non sento più i problemi di una volta, quando ero ragazzo, del 2016. **Mi sento più un uomo rispetto al 2016**, per cui ringrazio tutti qui dentro di avermi dato la fiducia che ho contraccambiato. "

Nel testo presente dal dialogo tra sé e sé non emerge solamente una soddisfazione per i miglioramenti della propria condizione, ma una gratitudine ed una stima nei confronti del Sé passato per gli sforzi effettuati.

"diciamo che **posso dire di essere fiera di me stessa, oggi posso dire di esserlo, ovviamente una persona, una ragazza che già in passato non ha avuto grande fortuna** è ovvio che dopo crescendo se lo porta dietro e nell'adolescenza ha i suoi sbalzi, i suoi problemi...insomma abbiamo capito, no? [...] **io veramente ringrazio me stessa**, ma anche quelli che sono riusciti a starmi dietro, ad arrivare fino ad adesso"

Nel futuro, tra Rassegnazione e Progettualità

Per quanto concerne i posizionamenti che le persone possono assumere nelle narrazioni rivolte in prospettiva futura, questi possono essere collocati lungo la dimensione semantica delineata dalle polarità "Rassegnazione", ovvero la mancanza di prospettive future, che appaiono incerte e rarefatte, oppure vengono fatte coincidere con il protrarsi di una situazione di stasi presente e "Progettualità", ovvero la presenza di desideri, speranze ed aspettative riguardo al futuro, di prospettive che consentono di proiettare idealmente il sé in contesti e scenari d'azione alternativi.

1) *"dovrei essere già andata via da tanto tempo"*

Tale posizionamento si colloca lungo la prima polarità del continuum, come è emerso da distinte narrazioni, svolte biografiche rilevanti vengono spesso fatte coincidere dai partecipanti con trasferimenti pianificati verso altre tipologie di strutture residenziali, in cui è previsto un maggiore o minore grado di autonomia per gli utenti inseriti.

"C:E invece cosa pensi rispetto al futuro?

S:Non so, **vederemo se qualcosa cambierà, e vado via o non vado via insomma, dovrei essere già andata via da tanto tempo"**

Nel testo l'aspettativa nei confronti del futuro si limita a quella di un eventuale trasferimento in un Appartamento Protetto in cui sarebbe consentito un maggiore livello di autonomia e un maggiore scambio con l'ambiente esterno alla struttura. Tale prospettiva appare però molto fatua ed incerta, l'eventuale cambiamento, aspetto necessario per approdare in questa nuova realtà, non è ascritto al sé, ma compare nel testo in una formula impersonale, "vedremo se qualcosa cambierà", come se la persona lo intendesse come un avvenimento che prescinde interamente dalla propria volontà. La dimensione futura appare anche come il prolungamento di una situazione di stasi che perdura già da molto tempo.

2) *"il futuro me lo sto creando giorno dopo giorno"*

Anche in questo posizionamento non viene espresso un piano definito rispetto alla dimensione temporale del futuro, tuttavia l'incertezza riguardo al prossimo andamento degli eventi viene

accettata ed abitata dalla volontà di agire nel presente per prendere parte attivamente alla costruzione del proprio futuro.

"C: E quindi come vedi il tuo futuro?

S: [...] **il futuro bisogna crearselo io non so adesso come sarà, me lo sto creando giorno dopo giorno**"

3) *"penso che avrò un bel futuro"*

Tale posizionamento si colloca entro la polarità opposta della dimensione semantica, il futuro non appare indefinito, ma caratterizzato da molteplici piani concreti. Nel testo seguente la persona si proietta in molteplici contesti di vita e si propone di impersonare svariati ruoli, il collocamento avviene anche rispetto ad un contesto più ampio, i progetti relativi al futuro infatti non risultano circoscritti alla propria biografia individuale, ma implicano un situarsi rispetto al mondo che chi narra intende contribuire a migliorare.

"C: Ho capito e invece rispetto al futuro cosa pensi?

V: **Penso che avrò un bel futuro** comunque perché i danni che mi hanno fatto i farmaci si possono anche curare, oltre il fatto che **mi sono curato grazie ai farmaci**, che sto bene, anche prima di tornare in Comunità stavo bene, **penso che è una cosa bella che mi sono curato e che è una cosa positiva che le cose che mi hanno danneggiato si possono curare comunque**. Penso di avere un bel futuro davanti, di trovare una compagna, di trovarmi un lavoro, di farmi una famiglia, una casa, un cane, un figlio e una figlia, sì e stare con i miei familiari, con i miei amici più stretti, di aiutare il mondo anche. Perché **io ho piani per migliorare il mondo dal mio punto di vista**, seriamente, come si può migliorare anche il clima, aiutare gli animali, pulire gli oceani, i mari, ma comunque tante cose si fanno già, ma **vorrei dare anche io una mano per questo**. "

Discussione dei risultati

Diversi sono i processi narrativi e discorsivi che vengono utilizzati per descrivere e dare senso al contesto "Il mio percorso" in relazione alle biografie dei partecipanti. Le dimensioni semantiche che racchiudono i posizionamenti rintracciati, in cui chi narra è visto in relazione al proprio percorso riabilitativo, corrispondono a "Nel passato: tra Staticità e Cambiamento", "Nel presente, tra Essere malati e Essere delle persone come tutti", "Nel presente, tra Resa e Soddisfazione" e "Nel futuro, tra Rassegnazione e Progettualità".

La categoria di analisi "Il mio percorso" è stata elaborata a partire dal riscontro, nelle narrazioni, di dialoghi tra sé e sé, tra l'Io ed il Me, multivocali e con effetti pragmatici, che conferiscono forma e significato al percorso riabilitativo dei partecipanti ed alla loro biografia. Tra le modalità narrative utilizzate si rileva quella legata alla dimensione temporale, per mezzo della quale si descrivono vari momenti ed aspetti della propria storia. L'analisi non prende in esame il tempo quantitativo e

oggettivo, ma i processi narrativi, le intenzioni e le funzioni che i narratori perseguono e che contribuiscono a dare senso, definire, modificare e ordinare gli eventi (Bruner, 1990; Sarbin, 1986). Si può così mettere in luce come il dialogo interiore possa essere rilevante nella costruzione della propria identità, tra accordi e disaccordi, vincoli e possibilità di azione (Hermans & Di Maggio, 2009; Salvini e Bottini, 2011; Bakhtin, 1973). Nel confrontare i posizionamenti individuati, si può notare come le modalità discorsive e narrative utilizzate per descrivere il percorso riabilitativo rispetto alla propria traiettoria biografica, riportino l'influenza del sistema di valori, credenze e conoscenze comunemente accettate, in particolare per quanto riguarda il collocamento attorno al costrutto di "normalità" (Gubrium & Holstein, 2001; Holstein & Gubrium, 2000). Il continuum semantico individuato ed entro cui si collocano i diversi posizionamenti assunti dagli intervistati in relazione al proprio percorso riabilitativo nella dimensione del passato, è costituito dalle polarità "Staticità" e "Cambiamento". Dai racconti inerenti a confronti tra sé nel presente e sé nel passato emergono diverse modalità narrative che implicano distinte concezioni dello scorrere del tempo. I posizionamenti sono dati dalle espressioni "ho avuto alti e bassi, ma nessun cambiamento in particolare", "sono tornato S. com'era prima di ammalarsi" e "rispetto a com'ero sono migliorato/a". I posizionamenti si distinguono per la presenza o meno di un momento in cui la narrazione muta e si apre ad uno scenario di cambiamento. Anche il cambiamento assume particolari connotazioni, inscindibili dal tempo narrativo e viene inteso come ripristino dello *status quo ante* nel posizionamento "sono tornato S. com'era prima di ammalarsi" e come miglioramento nella posizione "rispetto a com'ero sono migliorato/a". Le modalità narrative riscontrate nella dimensione del passato trovano la propria evoluzione nella dimensione del presente, caratterizzata dalla dimensione interposta tra le polarità "Resa" e "Soddisfazione", quindi da posizionamenti come "io non ce la faccio più", lungo il primo polo del continuum semantico e "oggi posso dire di essere fiera/o di me stessa/o". Il secondo posizionamento, collocato lungo la polarità della "Soddisfazione", può essere posto in una relazione di coerenza narrativa sia rispetto al posizionamento "sono tornato S. com'era prima di ammalarsi", sia rispetto al posizionamento "rispetto a com'ero sono migliorato/a". Ripercorrendo la proposta di Frank (1995), le narrazioni prodotte dai partecipanti alla ricerca possono essere sovrapposte a tre narrazioni principali proposte dall'autore, restituzione, caos e ricerca. La narrazione della restituzione racconta la "malattia mentale" come aberrazione temporanea, come un malfunzionamento che può e deve essere riparato ripristinando la condizione precedente dell'individuo. Questa lente teorica consente di notare una relazione di coerenza tra il posizionamento "sono tornato S. com'era prima di ammalarsi", che dà voce a distinte narrazioni, nella dimensione del passato e "oggi posso dire di essere fiera/o di me stessa/o" nella dimensione presente. La stessa relazione di coerenza, tra il posizionamento "rispetto

a com'ero sono migliorato/a” e “ oggi posso dire di essere fiera/o di me stessa/o”, si potrebbe individuare alla luce della narrativa della ricerca. Tale narrativa intende la “malattia mentale” come occasione di crescita personale, la crisi diventa così un trampolino di lancio di un percorso che offre un'opportunità di auto-trasformazione e cambiamento. La narrativa del caos, al contrario, propone una biografia in cui il miglioramento non avviene mai, riflette l'esperienza della vita del narratore come priva di ordine o di una sequenza coerente e il suo senso d'identità appare intrappolato in un presente di sofferenza. Questa narrativa può permettere di cogliere una relazione tra il posizionamento “ho avuto alti e bassi, ma nessun cambiamento in particolare” nella dimensione del passato e “io non ce la faccio più” nel tempo narrativo presente.

Tra i posizionamenti che vedono chi narra in relazione al proprio percorso, un'ulteriore continuum semantico rintracciato nella dimensione presente è definito dalle polarità “Essere malati” e “Essere delle persone come tutti” e comprende i posizionamenti dati dalle espressioni “la comunità di persone malate”, “non sono io la malata” e “siamo persone normali, come tutti”. I posizionamenti derivano da distinte modalità narrative di definizione e di collocamento rispetto ai costrutti di “normalità” e “malattia”, queste a loro volta implicano distinti modelli esplicativi impiegati per conferire significato alla propria condizione. Nello specifico in alcune modalità narrative, le polarità “normale/anormale” e “salute/malattia” vengono fatte coincidere e la malattia viene intesa come sinonimo di anormalità (Salvini & Iudici, 2019). Mentre il primo posizionamento, “la comunità di persone malate” viene assunto attraverso l'accettazione di un'eziologia biochimica del proprio disagio psichico, proposta dal discorso medico-psichiatrico, gli altri posizionamenti, se pur con distinte modalità, la rifiutano, divergendo da questo discorso culturalmente dominante. La definizione della propria condizione in termini di malattia diventa, rispetto al primo posizionamento, elemento attraverso il quale il narratore costruisce la propria identità, orientando l'azione che verte attorno alla necessità dell'utilizzo di psicofarmaci e trovando la propria collocazione tra persone alla pari, definite anch'esse “malate”. Gli effetti performativi del linguaggio divengono cruciali rispetto a questo primo posizionamento, in quanto la comunità viene intesa come luogo di accoglienza di “persone malate” e il narratore presume che non esisterebbe se non per ottemperare a questa funzione. Gli altri posizionamenti rilevati si contrappongono entrambi al discorso medico-psichiatrico, ma, mentre l'uno, “Non sono io la malata”, avviene con l'instaurazione di una relazione di contrapposizione rispetto a tale discorso, il posizionamento “siamo persone normali, come tutti” riprende l'identità tra le dicotomie normale/anormale e salute/malattia. Collocandosi nella polarità della normalità il narratore si esclude automaticamente dall'appartenenza all'estremo della malattia. Riprendendo la prospettiva del senso comune, ciò che travalica l'ideale della normalità viene giudicato, come si è tentato di approfondire nei capitoli

precedenti, come patologico, deviante o diverso (Salvini & Iudici, 2019 Scheff, 1974). Relativamente al primo posizionamento, “la comunità di persone malate”, molteplici possibilità identitarie vengono ridotte all’*unicum* descrittivo ed esplicativo della malattia mentale, che definisce e limita la possibilità di azione (Salvini & Dondoni, 2011). Mentre rispetto agli altri posizionamenti proprio l’opposizione al modello della malattia mentale per definire la propria situazione concede possibilità d’azione più ampie e variegata.

Nella dimensione del futuro si trovano altri posizionamenti che si muovono nella dimensione data dalle polarità “Rassegnazione” e “Progettualità”. I posizionamenti di sé nel futuro sono suggeriti dalle espressioni “dovrei essere già andata via da tempo”, “il futuro me lo sto creando giorno dopo giorno” e “penso che avrò un bel futuro”. Le prospettive future vengono quindi connesse a sé e al proprio cambiamento, l’assenza di cambiamento relativa al primo posizionamento, lascia spazio nel caso degli altri posizionamenti all’incertezza, abitata però dalla volontà di costruirsi o dai propri progetti, dalle dimensioni del lavoro e della famiglia. I posizionamenti rilevati possono essere visti ancora una volta entro una traiettoria di coerenza che li riconnette ad altri posizionamenti rilevati nelle dimensioni temporali del passato e del presente. Mentre narrazioni di restaurazione e trasformazione, definite da Frank (1995), narrazioni di restituzione e ricerca, offrono traiettorie in cui si possono rintracciare posizionamenti nella dimensione futura, inseriti nella polarità della “Progettualità”, il posizionamento “dovrei essere già andata via da tempo”, collocato lungo l’estremo semantico della “Rassegnazione”, rimarca la situazione di stasi che si estende dalla dimensione del presente alle prospettive future, dove il cambiamento non avviene e sembra prescindere dalla volontà di chi narra. La progettualità può assumere distinte valenze in relazione alle due tipologie di narrazioni, entro la narrazione della restituzione il ripristino della situazione antecedente consente di riappropriarsi dell’identità passata, riallacciare i legami e ritrovare le appartenenze di un tempo, mentre la narrazione della ricerca si erge su un’avvenuta trasformazione che dischiude la possibilità di progettare prospettive future variegata, che possono non essere circoscritte alla propria biografia individuale, ma implicare un collocamento rispetto al contesto sociale.

5.3.2.2 L’ALTRO

Questa categoria di analisi si riferisce all’altro, sia concreto che immaginato, ideale e, in alcuni casi, al contesto sociale in cui il narratore è situato. L’altro compare nelle narrazioni relative al sé sotto forma di svariati personaggi che possono corrispondere agli “altri” generici, la compagine impersonale della società o a persone estranee con le quali si intrattengono interazioni contingenti e fugaci. Il rapporto con l’altro risulta costantemente presente nelle narrazioni in cui viene riproposto

un implicito confronto fra “noi”, utenti accolti all’interno del servizio e gli “altri”, intesi come persone che conducono le loro vite al di fuori. La relazione con l’altro si presenta inoltre come fondante nel processo di costruzione dell’identità individuale, per la rilevanza dei suoi riscontri e delle conferme o dei mancati riconoscimenti che provengono da lui. Nelle narrazioni l’altro non offre mai un puntello per rinsaldare le costruzioni identitarie, labili e precarie, al contrario dall’altro giungono disconferme e mancanza di comprensione.

Presentazione dei risultati

Normalità ideale e Costruzione della realtà

Una dimensione entro cui si possono rilevare diversi posizionamenti è rappresentata dagli estremi semantici “Normalità ideale” e “Costruzione della realtà”. Il costrutto di “normalità” si affaccia in diverse narrazioni, in questo caso, le due polarità si delineano a partire da due distinti modi di intendere la realtà, come riferibile alla presenza di una normalità ideale, definita e statica e come costruzione individuale in cui si può rintracciare una normalità sui generis.

1) “siamo etichettati”

Un primo posizionamento che emerge dalle narrazioni si può collocare lungo la prima polarità del continuum. In questo caso viene data per scontata ed autoevidente l’esistenza di una realtà in cui si può rintracciare uno standard, una normalità ideale; discostarsi da questa normalità conduce ad “essere etichettati” ad essere ricondotti in una collocazione che consente di continuare a far parte di quella realtà pur distanziandosi dallo standard di normalità.

C:Ok e tu cosa credi che pensino le persone comuni delle persone che prendono psicofarmaci?

S:**Siamo etichettati, ci vedono come dei fenomeni da baraccone, come degli extraterrestri. Proprio roba da fantascienza, ‘quello è etichettato, quello ha questo, quello ha quello’, ma se uno prende psicofarmaci è come uno che prende una medicina perché ha male alla gamba, come una fa la cura per la schiena o uno fa la cura per i denti. [...] La malattia mentale è come tutte le altre malattie, solo che la diagnosi è diversa, se hai una diagnosi di malattia mentale ti additano come quello della Comunità, l’ho sentito nel bar qua davanti e ci ho fatto battute, sono stato allo scherzo perché non me ne frega niente.”**

Nel testo il ruolo che viene momentaneamente assegnato dagli altri corrisponde a quello dei “fenomeni da baraccone, degli extraterrestri”. Il narratore si pone però in contrasto con questa collocazione attribuitagli dagli altri ed utilizzando la congiunzione “ma” introduce il proprio modo di collocarsi rispetto alla presunta normalità, riportando che, così come è normale che una persona assuma farmaci per attenuare dolori fisici, allo stesso modo è normale che assuma psicofarmaci per alleviare una sofferenza psichica, ricorrendo ad una modalità discorsiva che instaura una relazione

di similarità tra chi assume psicofarmaci ed altri pazienti. La collocazione non adeguata assegnata dalle persone comuni, deriva, a parere del narratore, da un fraintendimento nel modo di intendere la diagnosi della malattia mentale, che non viene assimilata a quella di una patologia organica, ma reca con sé uno stigma. Al termine dello stralcio, il contesto della narrazione diviene concreto e circoscritto, “gli altri” intesi in senso generico lasciano spazio ad altri concreti, ad estranei al bar di fronte alla Comunità che attribuiscono un ruolo più specifico, “quello della Comunità”.

2) *“siamo vittime dell’ignoranza di queste persone”*

Questo secondo posizionamento consente di mettere in risalto una distinzione tra “gli altri” e “le persone ricoverate in psichiatria” che sembrano andare a costituire una realtà a parte, con le proprie peculiarità che andrebbero apprezzate e comprese. L’operazione dell’“etichettamento” lascia lo spazio, nelle narrazioni in cui si può rilevare tale posizionamento, alla mancata comprensione da parte degli altri.

“C:Ok e tu cosa credi che pensino le persone comuni delle persone che prendono psicofarmaci?”

E:(risata) Pensano male sicuramente perché c’è tanta ignoranza, **c’è tanta ignoranza in merito agli psicofarmaci e alle persone ricoverate in psichiatria** siamo persone un po’, **secondo gli altri**, siamo un po’ strani, **siamo un po’ persone strane, non veniamo capite e noi nel profondo di noi stessi non ci sentiamo capiti, non veniamo capiti.** Penso che, appunto, **siamo vittime dell’ignoranza di queste persone.**”

Il testo presenta una modalità discorsiva che pare riproporre scambi e feedback tra il narratore e l’alterità che vanno a confermare la collocazione di chi narra. Il non essere capiti dagli altri induce a non sentirsi capiti e ad assumere la collocazione di “vittime dell’ignoranza di queste persone”. L’incapacità di comprendere il mondo delle “persone ricoverate in psichiatria” viene infatti imputata alla mancata conoscenza di tale realtà. Come si può notare nello stralcio, la collocazione avviene rispetto alle persone che non conoscono peculiarità e sfaccettature dell’esperienza di essere persone “ricoverate in psichiatria” e che hanno una visione di questa specifica realtà circoscritta e filtrata da discorsi e giudizi normativi presenti a livello socio-culturale.

3) *“è il mio mondo, io non vengo a giudicare il tuo”*

Con questo posizionamento avviene un netto spostamento verso la polarità della “Costruzione della realtà”, che implica una modifica nel modo di intendere la realtà. Non viene più riconosciuta l’esistenza di una realtà unica e fissa, che presenta uno standard di normalità ideale a cui ci si può attenere e da cui ci si può distanziare, ma viene introdotta la possibilità dell’esistenza di plurime configurazioni di realtà che coesistono condividendo il medesimo grado di legittimità. Entro ognuna

di queste molteplici realtà, individualmente costruite, esiste una propria normalità, alla normalità di chi narra viene riconosciuta la medesima validità della normalità dell'altro.

"C: Tu cosa credi che pensino le persone comuni delle persone che prendono psicofarmaci?

S:Ah..a questa rispondo io, allora le persone comuni, **alla fine nel mondo la normalità non esiste, io posso essere normale per me stessa in un modo come lui, io posso dire a qualcuno "tu non sei normale", ma per lui la sua normalità è così.** Io sono una persona che **non mi faccio problemi a dire che prendo farmaci per le mie cose, non ho problemi a dirlo, se ti sta bene, bene, altrimenti sono c***i tuoi. A me non interessa se pensi che sono pazza, non me ne frega perché è il mio mondo, io non vengo a giudicare il tuo, capito? All'inizio mi dava fastidio, ma poi impari che quello comune non è tanto più normale di te.** È come un disabile che viene giudicato male perché è disabile, ma il disabile sa tante più cose di me, perché lo devo giudicare? Anzi imparo da lui, come io che prendo farmaci magari so tante più cose che uno comune, comune tra virgolette, perché te lo posso assicurare che i pazzi sono fuori di qua, non dentro."

Nel testo la narrazione si apre con l'introduzione di un presupposto, "la normalità non esiste", la cui descrizione viene poi ampliata e motivata attraverso specifiche modalità discorsive. La ragazza si colloca entro un mondo che definisce proprio, in cui l'assunzione di psicofarmaci appare un elemento caratteristico e fondante, normale, che viene rivelato agli altri senza problemi in quanto la propria realtà, con la propria normalità non viene situata entro un ordine gerarchico rispetto alle realtà abitate dagli altri, bensì posta sullo stesso piano. Il giudizio nei confronti delle realtà degli altri appare quindi improprio ed infondato e, per questo specifico modo di intenderlo, anche l'eventuale giudizio negativo proveniente dagli "altri" viene ignorato. Inoltre quello che viene definito "il mio mondo" non viene presentato come preesistente, ma il suo disvelamento e la sua costruzione avvengono progressivamente, come si può evincere dalla modalità discorsiva di confronto e contrapposizione tra un prima, "A me non interessa se pensi che sono pazza [...] all'inizio mi dava fastidio" ed un poi, "ma poi impari che quello comune non è tanto più normale di te". Inoltre il posizionamento, nell'espressione "è il mio mondo, io non vengo a giudicare il tuo, capito?" avviene anche rispetto ad un'ipotetica audience e rispetto a me, comprendendo così nelle possibili costruzioni di realtà, che non possono essere giudicate dall'esterno, anche quelle di eventuali ascoltatori e la mia.

Discussione dei risultati

Questa categoria di analisi si riferisce all'altro, sia concreto che immaginato, ideale e, in alcuni casi, al contesto socio-culturale in cui il narratore è situato. Nel rapporto con l'altro, che avviene entro processi interattivi, diversi i posizionamenti che si assumono possono essere diversi e rientrare nella dimensione semantica "Normalità ideale" e "Costruzione della realtà". Nella prima polarità, il posizionamento è rappresentato dall'espressione "siamo etichettati", "siamo vittime dell'ignoranza

di queste persone” corrisponde ad un altro posizionamento lungo la medesima polarità. Il terzo posizionamento “è il mio mondo, io non vengo a giudicare il tuo” trova invece la propria collocazione entro la polarità opposta, “Costruzione della realtà”. Le modalità narrative variano così attorno a distinti modi di intendere la realtà, incentrati attorno al costrutto di “normalità”. In alcune narrazioni la concezione della realtà è imperniata attorno alla presenza di una normalità ideale, definita e statica ed, in altre narrazioni, attorno ad un modo di intendere la “normalità” come *sui generis*, come un costrutto che acquista senso solamente entro distinte costruzioni di realtà e che permette di contemplare molteplici versioni alternative del reale. Le prime narrazioni descritte implicano una modalità di contrapposizione rispetto alla realtà data per scontata dalla collettività, che include la richiesta normativa di non discostarsi da un’ideale di normalità, per evitare di essere incompresi ed etichettati. Nello specifico, il posizionamento “siamo etichettati” vede il narratore afferire a teorie veicolate da campagne anti-stigma, intento in una decostruzione della collocazione attribuitagli dagli altri. Le narrazioni riportano così il presupposto che una persona non dovrebbe essere etichettata per l’assunzione di psicofarmaci, in quanto, così come è normale che qualcuno utilizzi farmaci per attenuare dolori fisici, allo stesso modo è normale consumare psicofarmaci per alleviare una sofferenza psichica, proponendo così un’assimilazione tra “malattia mentale” e patologie somatiche. La rilevanza della dimensione del riconoscimento da parte dell’altro nella costruzione e definizione della propria identità viene messa in risalto dai posizionamenti individuati nelle narrazioni. I personaggi e contesti inseriti nelle storie, con i quali i narratori si mettono in relazione, contribuiscono a dare senso e a plasmare la loro identità, non solo costruita, ma anche performata, tramite attribuzioni, scambi di significati e negoziazioni. Tuttavia, nelle narrazioni l’altro non offre mai un puntello per rinsaldare le costruzioni identitarie, labili e precarie, al contrario dall’altro giungono disconferme e mancanza di comprensione. L’altro simboleggia anche un continuo reminder delle regole e delle norme del contesto socio-culturale più ampio e chiede, più o meno implicitamente, di attenervisi. Il rapporto con l’altro evoca inoltre un implicito confronto fra “noi”, utenti accolti all’interno del servizio e gli “altri”, intesi come persone che conducono le loro vite al di fuori. Tuttavia altre modalità narrative, già accennate, che divergono da discorsi normativi, dal modo di intendere la “normalità” secondo presupposti comuni, emergono, e consentono di mettere in luce le fragili fondamenta della normalità, aprendo alla legittimazione e alla costruzione di altre possibili realtà, come quelle abitate da gruppi sociali svantaggiati e discriminati, e all’apprezzamento della variabilità e pluralità di identità e possibilità d’azione, caratteristica del paesaggio post-moderno contemporaneo (Romaioli, 2013).

5.3.2.3 LA TERAPIA FARMACOLOGICA

Il contesto relativo alla gestione della terapia farmacologica, si configura come ulteriore ambito rilevante nelle narrazioni, entro cui si possono rinvenire distinte modalità di posizionamento. I discorsi riguardo alla terapia farmacologica risultano variegati, compaiono nelle narrazioni discorsi relativi al consumo di psicofarmaci in termini generici e discorsi inerenti a specifici scambi con professionisti della salute mentale, in cui avvengono negoziazioni rispetto alla terapia farmacologica ed al significato che assume per chi narra e che hanno segnato peculiari fasi del percorso riabilitativo. Le espressioni utilizzate per conferire significati specifici agli psicofarmaci ed al loro utilizzo appaiono rilevanti ed il modo di intendere lo psicofarmaco e di collocare la sua assunzione nel proprio percorso riabilitativo e, per estensione, biografico, sembra presentare effetti pragmatici evidenti, dalle ricadute sulla configurazione identitaria, alla definizione o limitazione delle possibilità di azione.

Presentazione dei risultati

Necessità di assumere gli psicofarmaci e Inutilità di assumere gli psicofarmaci

I distinti posizionamenti possono essere situati lungo la dimensione semantica della “Necessità di assumere psicofarmaci” e dell’“Inutilità di assumere psicofarmaci”. Lungo la prima polarità si collocano posizionamenti che relegano i narratori in una condizione di mancanza di libertà di scelta riguardo alla possibilità di assumere la terapia farmacologica o di accettazione passiva ed acritica delle prescrizioni, mentre la seconda polarità include posizionamenti che collocano chi narra in una relazione con i professionisti della salute mentale, animata da scambi e negoziazioni riguardo all’utilità ed alla possibilità di assumere la terapia farmacologica.

1) *“la scienza impone delle scelte che uno non vorrebbe fare”*

Questo primo posizionamento riporta modalità discorsive che consentono al narratore di collocarsi rispetto al discorso medico-psichiatrico, riconosciuto come componente di discorsi più ampi che vanno a comporre il panorama scientifico, con lo status che detiene nel contesto socio-culturale attuale in cui il narratore è situato.

“C: Ci sono stati, in tutto questo tempo in cui hai cambiato alcuni farmaci, dei momenti in cui hai pensato che i farmaci ti stessero aiutando particolarmente? Oppure dei periodi in cui hai pensato che saresti stato meglio magari prendendone meno?”

L: **Gli psicofarmaci [...] purtroppo uno li deve prendere, [...] la scienza [...] purtroppo esiste quindi bisogna un po’ rispettarla nel senso che... se te non li prendi... chiaramente ti sentiresti magari anche un po’ più in forza, anche più voglia di fare, voglia di lavorare di più, voglia di fare le cose più.. e quindi [...] quando prendi i**

farmaci, ti viene sempre un po' di abbiocco [...] però eh purtroppo la scienza delle volte impone delle scelte che uno non vorrebbe fare."

Lo stralcio consente di apprezzare una collocazione rispetto alla propria esperienza personale di utilizzo di psicofarmaci e rispetto ai discorsi che permeano l'ambito della scienza. Nell'esperienza individuale riportata nella narrazione, il protagonista contempla la possibilità di cessare l'assunzione di psicofarmaci, per ovviare alla presenza di effetti collaterali che incidono sul livello globale di energia a disposizione, ma il proprio punto di vista soggettivo viene immediatamente inserito in una modalità discorsiva di contrapposizione rispetto a discorsi scientifici, collocati entro un maggiore grado di legittimità ed autorevolezza. Il narratore non vede quindi altra possibilità se non quella di riconoscere l'inferiorità della propria prospettiva individuale, soppiantata dai discorsi scientifici, in quanto la scienza non viene descritta come un'autorità che suggerisce, né che incentiva l'utilizzo di psicofarmaci, ma che lo "impone". Sembra così permanere nel posizionamento una contrapposizione rispetto al discorso scientifico, ma inserita in una più ampia retorica di forzata accettazione, "la scienza delle volte impone delle scelte che uno non vorrebbe fare." La peculiare modalità narrativa che compare nel testo genera implicazioni pragmatiche, annullando la libertà di scelta del narratore rispetto alla possibilità di continuare o meno ad assumere la terapia farmacologica.

2) "non ho problemi a trangugiare il cocktail di medicinali"

Un ulteriore posizionamento che trova la propria collocazione entro la prima polarità del continuum si erge su una relazione di affinità rispetto al discorso medico-psichiatrico, il narratore non solleva interrogativi rispetto alla sua legittimità, ma soffermandosi selettivamente sugli aspetti positivi connessi all'utilizzo di psicofarmaci, accetta incondizionatamente ed acriticamente l'assunzione della polifarmacoterapia.

"C: Quindi ti vengono in mente degli aspetti positivi o degli aspetti negativi riguardo alla terapia?

M: Beh, io l'assumo pensando agli aspetti positivi che mi dà la terapia e guardo più agli aspetti positivi che non a quelli negativi, per cui **accetto la terapia senza guardare in bocca a caval donato...non so come dire... per cui non ho problemi a trangugiare il cocktail di medicinali."**

3) "secondo me quando ho bisogno è ora di prendere il farmaco"

Tale posizionamento si riferisce alla relazione con il proprio psichiatra, entro la quale compaiono negoziazioni relative al significato della terapia farmacologica ed alla sua utilità per il narratore.

"C:Ho capito, quindi secondo te è necessario prendere i farmaci per tutta la vita o soltanto nei momenti difficili?

V: Nei momenti difficili mi aiutano, **il dottore dice che dovrei prenderli per sempre** (gli psicofarmaci), **però secondo me io quando ho bisogno, quando ho più pensieri è l'ora di prendere il farmaco**, allora mi si tranquillizzano i pensieri e vado avanti così. **Secondo me sarebbe meglio così, però il dottore dice che devo prenderli sempre costantemente e quindi...boh."**

In questo caso il narratore si colloca in una posizione antitetica rispetto alle indicazioni fornitegli dallo psichiatra, introdotta dall'elemento discorsivo "però". Gli psicofarmaci assumono il per chi narra il significato di un aiuto momentaneo ed occasionale, a cui ricorrere in momenti di maggiore difficoltà. Il posizionamento emerge però in tutta la sua fluidità, il brano infatti si conclude con un rammento ed una sottolineatura della collocazione del dottore a cui ci si contrappone e l'elemento discorsivo finale, "boh", concede spazio per ulteriori negoziazioni e prospettive.

4) *"io non ho bisogno dei farmaci"*

All'estremo semantico opposto si può individuare quest'ultimo posizionamento, espresso attraverso una modalità discorsiva di netta contrapposizione nei confronti dei discorsi formulati da psichiatri ed altri professionisti della salute mentale.

S: (la terapia farmacologica) **è come una droga per certi, per me non è come una droga** anche perché **se io volessi stare senza sto senza**, è solo che dopo, **quando sto male pensano che abbia bisogno dei farmaci, io non ho bisogno dei farmaci, se sto male parlo [...]**.

Nello stralcio la narratrice si colloca in una posizione antitetica rispetto ad altri ipotetici consumatori di psicofarmaci e rispetto ai professionisti della salute mentale. Il posizionamento implica qui una concezione dello psicofarmaco nella sua valenza non di fonte di aiuto indispensabile, di cui non si può fare a meno, ma di proposta di cura inutilmente avanzata dai professionisti della salute mentale, convinti invece della sua efficacia.

Discussione dei risultati

La dimensione semantica rintracciata per la categoria d'analisi "La terapia farmacologica" è costituita dalle polarità "Necessità di assumere psicofarmaci" e "Inutilità di assumere psicofarmaci". Tra i posizionamenti rilevabili possiamo scorgere modalità di collocare il trattamento psicofarmacologico come criticità o risorsa, nonché come indispensabile o superfluo. Le espressioni che consentono di rintracciare i posizionamenti corrispondono a "la scienza impone delle scelte che uno non vorrebbe fare", "non ho problemi a trangugiare il cocktail di medicinali", "secondo me quando ho bisogno è ora di prendere il farmaco" e "io non ho bisogno dei farmaci". Le narrazioni riguardo alla terapia farmacologica risultano variegata e comprendono discorsi relativi al consumo di psicofarmaci desunti dal contesto socio-culturale e specifici scambi con professionisti della salute mentale, in cui avvengono negoziazioni rispetto alla terapia farmacologica ed al significato che

assume per chi narra. I vari posizionamenti sembrano distinguersi e fluttuare attorno all'equilibrio della relazione tra indicazioni e moniti dei professionisti sanitari, depositari del sapere medico, e considerazioni derivate dalla propria esperienza individuale. I posizionamenti “la scienza impone delle scelte che uno non vorrebbe fare” e “non ho problemi a trangugiare il cocktail di medicinali” appaiono associati al riconoscimento di un grado massimo di legittimità ed autorevolezza a discorsi scientifici dominanti rispetto alla propria esperienza individuale, la quale, pur suggerendo la possibilità di cessare l'assunzione di psicofarmaci per ovviare alla presenza di effetti collaterali, viene totalmente delegittimata. Un equilibrio dinamico e precario tra esperienza individuale ed indicazioni dei professionisti sanitari è caratteristico del posizionamento “secondo me quando ho bisogno è ora di prendere il farmaco”, il maggior grado di legittimità viene attribuito alternativamente e transitoriamente alle indicazioni dello psichiatra, che prescrive un utilizzo costante e cronico degli psicofarmaci ed alle proprie valutazioni individuali che portano a riflettere sulla possibilità di assumere il farmaco solo in situazioni critiche. Infine il rapporto si inverte totalmente nelle narrazioni in cui viene rintracciato l'ultimo posizionamento, “io non ho bisogno dei farmaci”, alla propria esperienza individuale viene assegnata una legittimità maggiore rispetto ai pareri dei professionisti sanitari. Mentre alcune modalità narrative, relative a posizionamenti disposti lungo la prima polarità semantica, “Necessità di assumere gli psicofarmaci”, prevedono un'adesione dei narratori al discorso medico-psichiatrico, riconosciuto come componente di discorsi più ampi che vanno a comporre il panorama scientifico, con lo status che detiene nel contesto socio-culturale attuale, altre modalità implicano una contrapposizione nei confronti di discorsi locali, formulati da psichiatri ed altri professionisti della salute mentale. Il modo di intendere lo psicofarmaco e di collocare la sua assunzione nel proprio percorso riabilitativo e, per estensione, biografico, sembra presentare effetti pragmatici evidenti, dalle ricadute sulla configurazione identitaria, alla definizione o limitazione delle possibilità di azione. Più in particolare, il posizionamento “la scienza impone delle scelte che uno non vorrebbe fare” relega i narratori in una condizione di mancanza di libertà di scelta riguardo alla possibilità di assumere la terapia farmacologica, mentre un' accettazione passiva ed acritica delle prescrizioni deriva dal posizionamento “non ho problemi a trangugiare il cocktail di medicinali”.

5.3.2.4 RELAZIONE CON LO PSICHIATRA

Nell'ambito della relazione intrattenuta con lo/la psichiatra possono essere rintracciati e situati distinti posizionamenti. Riferimenti al rapporto con il proprio psichiatra emergono costantemente dalle narrazioni, anche in distinti contesti, la maggior parte di tali riferimenti vengono proposti spontaneamente dagli intervistati. Tali rimandi risultano particolarmente rilevanti in quanto la figura

dello psichiatra viene intesa al contempo come fonte di supporto e come detentrica della massima autorevolezza e possibilità decisionale. Spesso affiora come aspetto cardine la mancanza di ascolto da parte dello psichiatra che può sfociare in una totale mancanza di riconoscimento della propria identità la quale conduce i protagonisti ad annullarsi di fronte alle decisioni del medico.

Presentazione dei risultati

Annullamento e Confronto

La dimensione semantica che si può tracciare a partire dalle narrazioni è delimitata dalle polarità, “Annullamento” e “Confronto”. Lungo il primo estremo semantico i posizionamenti collocano lo psichiatra in uno status di superiorità ed autorevolezza che lo rende in grado di esercitare un’ingente influenza sulla definizione di sé e sulle possibilità d’azione del narratore, mentre il secondo estremo racchiude posizionamenti che collocano chi narra in una posizione di parità rispetto al medico, caratterizzata da un dialogo ed un ascolto reciproci.

1) *“Io non sono un medico, non sono nessuno”*

Il primo posizionamento trova una collocazione ben definita nella polarità dell’Annullamento. Nella relazione con lo psichiatra il mancato riconoscimento di considerazioni, desideri ed esperienze riportare riguardo alla terapia farmacologica e la negazione della libertà di scelta relativa alla possibilità di assumere o meno lo psicofarmaco divengono un mancato riconoscimento della legittimità della propria esperienza individuale e della propria attestazione identitaria. Un esempio viene presentato nello stralcio seguente.

C:E quali secondo te gli aspetti positivi, vantaggiosi del prendere farmaci?

S:Mh, allora gli aspetti positivi...io non ci vedo mica tanta roba positiva, niente qua anche perché...si, dipende, C’è chi va avanti anche anni e anni a prenderli, ma io non è che vedo cambiamenti o cose così, **se io fossi una psichiatra o una psicologa avrei preferito altri metodi per curare o aiutare una persona che sta male, poi ovviamente non sono un medico, non sono nessuno, sono una paziente, non posso dire nulla [...]**.

C:Quindi nel tempo hai anche pensato di ridurre i farmaci o smettere di prenderli?

S:Me li hanno ridotti, cioè non avevo scelta di non prenderli, è il dottore che sceglie, tu, se sei un paziente non hai scelta.”

Nel brano la narratrice riporta la propria esperienza individuale rispetto all’utilizzo di psicofarmaci, sostenendo che non le abbiano recato alcun effetto positivo, sulla base di tale esperienza viene riportata una considerazione riguardo alla proposta della terapia farmacologica per fornire aiuto ad una persona sofferente che viene descritta come inadeguata, tale valutazione viene però immediatamente iscritta in una retorica di riconoscimento dell’autorità e del potere decisionale del medico, rispetto alla quale la narratrice assume la collocazione di chi non ha possibilità di scelta e

non trova conferme riguardo alla propria identità. Nello stralcio successivo l'annullamento dell'identità del narratore avviene entro un dibattito ipotetico con un medico o scienziato nella posizione di detentore di un sapere valido ed incontestabile.

"C:Ti vengono in mente aspetti positivi riguardo alla terapia farmacologica? E aspetti negativi?

S:Forse influisce sul corpo, non so su quale parte del corpo, oppure **avevo paura quando facevo tanti dosaggi di medicine, psicofarmaci che, avevo fatto una ricerca mia, possono danneggiare il cervello, ma sono tutti miti metropolitani perché io non sono un medico, neanche uno scienziato, non sono nessuno, sono un utente di una comunità con dei problemi**, ho avuto dei problemi grossi in passato, adesso sto un po' meglio. **Quindi ci possono essere degli effetti collaterali diciamo, ma come tutte le medicine, se cominciamo a leggere il foglietto illustrativo non si prende più niente nella vita.** "

Qui la paura relativa all'assunzione di un dosaggio eccessivo di psicofarmaci viene motivata da una ricerca condotta individualmente sugli effetti collaterali. Tale ricerca viene però collocata entro la dimensione del sapere laico e definita un "mito metropolitano", che si diffonde in assenza di fonti precise ed affidabili, a tale dimensione viene contrapposto il dominio conoscitivo della scienza in generale e della medicina in particolare, riconosciuto come legittimo senza esitazioni. Anche in questo caso il confronto ideale con la figura del medico conduce ad una negazione dell'esattezza della propria esperienza individuale ed anche ad un mancato riconoscimento della propria identità che risulta saturata dall'unico ruolo di "utente della comunità con dei problemi". Infine la presenza di effetti collaterali che, nell'esperienza individuale del narratore appare minacciosa, viene giustificata assimilandola alla presenza di effetti collaterali comune a qualsiasi tipologia di medicinale.

2) *"mi sono di nuovo affidata nelle mani dei medici"*

In questo ulteriore posizionamento la narratrice descrive la relazione con i medici come una relazione di fiducia che non appare costante, ma sembra oscillare in base agli eventi.

"E: **Sono stata molto coraggiosa nell'affidarmi alle cure sia de medici che degli psicologi** perché due anni fa ad esempio avevo un altro medico [...] non c'erano ancora gli interventi delle psicologhe e mi hanno dato delle medicine che erano sbagliate per il mio corpo e avevo cominciato a camminare in maniera disastrosa, praticamente zoppicando [...]. **È da quella volta che ho perso un po' la fiducia nei medici, invece adesso mi ritengo coraggiosa perché mi sono di nuovo affidata nelle mani dei medici.** "

Nel brano la condizione per intrattenere una rapporto con i medici appare quella di dover collocarsi in una posizione di fiducia nei loro confronti, solamente entro tale collocazione chi narra si riconosce come coraggiosa.

3) *"il paziente ha bisogno di parlare con il medico"*

All'estremo opposto del continuum si colloca quest'ultimo posizionamento che include un modo preciso di intendere la relazione con il medico, come sorretta da uno scambio reciproco di fiducia e da un costante confronto.

C:Quindi se dovessi parlare del tuo percorso quali sarebbero le cose più importanti da dire?

A:Le cose più importanti sono allora, la fiducia nei confronti propri e nei confronti del medico, io parlo dello psichiatra perché se non c'è fiducia, non c'è una fiducia reciproca, si rischia di fare un cocktail non molto buono. Il rapporto tra psichiatra e paziente, instaurarlo nel modo migliore possibile, sempre con il confronto. [...] Il paziente ha bisogno di parlare con il medico."

Discussione dei risultati

La categoria di analisi "Relazione con lo psichiatra" si riferisce al rapporto con il proprio psichiatra, costantemente presente nelle narrazioni, anche in distinti contesti, e spesso raccontato spontaneamente dagli intervistati. La dimensione semantica che può essere rintracciata è costituita dagli estremi semantici "Annullamento" e "Confronto", ovvero da posizionamenti che collocano chi narra in una relazione fortemente asimmetrica o simmetrica con il proprio psichiatra.

I posizionamenti sono suggeriti dalle espressioni "io non sono un medico, non sono nessuno", "mi sono di nuovo affidata nelle mani dei medici" e "il paziente ha bisogno di parlare con il medico".

Particolarmente rilevante nelle modalità narrative è il modo di intendere la figura dello psichiatra, al contempo come fonte di supporto e come detentrica della massima autorevolezza e possibilità decisionale. Spesso affiora come aspetto cardine la mancanza di ascolto da parte dello psichiatra che può sfociare, nelle narrazioni in cui si può rivenire il primo posizionamento, "io non sono un medico, non sono nessuno", in una totale mancanza di riconoscimento della propria identità che conduce i protagonisti ad annullarsi di fronte alle decisioni del medico ed a vedere impoverita la definizione di sé e ristrette le proprie possibilità di azione. L'annullamento dell'identità del narratore passa anche attraverso un disconoscimento della propria esperienza individuale, che, a confronto con il dominio conoscitivo della scienza in generale e della medicina in particolare, riconosciuto come legittimo senza esitazioni, viene delegittimata. Le informazioni raccolte in autonomia sugli effetti collaterali vengono collocate entro la dimensione del sapere laico e definite, in un stralcio testuale, un "mito metropolitano", che si diffonde in assenza di fonti precise ed affidabili. La presenza di effetti collaterali che, nell'esperienza individuale del narratore appare minacciosa, viene giustificata assimilandola alla presenza di effetti collaterali comune a qualsiasi tipologia di medicinale (Rosenman, 2016). Il posizionamento "il paziente ha bisogno di parlare con il medico" colloca invece chi narra in una posizione di parità rispetto al medico, caratterizzata da un

dialogo ed un ascolto reciproci. Un'oscillazione della fiducia nei confronti dei medici, motivata da un prevalere altalenante del ricordo di esperienze pregresse di effetti collaterali debilitanti della terapia farmacologica prescritta e dell'“imperativo culturale” di affidarsi alle cure dei medici è caratteristica di un ulteriore posizionamento, “mi sono di nuovo affidata nelle mani dei medici”.

5.3.2.5 LA RICERCA

Quest'ultimo contesto che emerge dalle narrazioni è dedicato ai posizionamenti assunti in riferimento alla ricerca ed al ruolo che ho momentaneamente assunto come ricercatrice. Coerentemente ai presupposti teorici esposti nel capitolo precedente, si è voluto indagare come la ricerca avrebbe potuto essere utile a partire dai punti di vista delle persone che vi hanno preso parte, nel tentativo di trovare anche le modalità più adeguate per la restituzione dei risultati alle persone stesse. Alla fine di ogni intervista è stato posto un quesito specifico in merito alla ricerca, “Pensando alla tua esperienza ed a questa ricerca, ti viene in mente qualcosa che potrebbe essere d'aiuto? Qualcosa che potrebbe essere fatto diversamente? Hai qualche suggerimento da dare?”. La domanda ha contribuito all'emergere di distinti posizionamenti.

Presentazione dei risultati

Mantenimento dello status quo-proposte alternative

I posizionamenti che sono affiorati nelle risposte relative a questa domanda possono essere situati lungo un continuum semantico delimitato dalle polarità “Mantenimento dello status quo” e “Proposte alternative”. I posizionamenti rilevati prevedono una collocazione rispetto al contesto specifico della Comunità in cui viene svolta la ricerca o rimandano a considerazioni e consigli più generali, che possono essere estesi oltre il contesto specifico.

1) *“non vedo qualcosa da cambiare, se non forse noi stessi”*

Il primo posizionamento si può situare lungo la prima polarità della dimensione semantica. Nelle narrazioni la possibilità di cambiamento viene individuata entro il contesto della Comunità, questa non dovrebbe funzionare diversamente, dato che si propone di per sé come un luogo dedito al cambiamento delle persone che vi risiedono.

“A:Mah **non vedo qualcosa da cambiare, se non forse noi stessi, perché qui si cambia in Comunità si cambia**, ma non perché ci si trasforma. Si cambia perché le nostre abitudini hanno un cambiamento in meglio, si cambia in meglio, in confronto a come ero prima, a come erano prima altri ragazzi, ci si evolve in meglio.”

Nel testo il narratore si colloca rispetto al contesto specifico della Comunità esprimendo attraverso il posizionamento la possibilità di cambiare all'interno della struttura residenziale che si configura già come un ambiente in cui si possono reperire possibilità di cambiamento.

3) *"ho bisogno di essere informato"*

Un secondo posizionamento si discosta dalla prima polarità esprimendo una proposta che renderebbe utile la ricerca svolta. Nelle narrazioni diversi contenuti e modalità discorsive si associano a questo posizionamento, tutti accomunati dal rivolgersi ad un'audience di non esperti rispetto a cui si colloca il narratore, un pubblico di persone che non conoscono la realtà della psichiatria, il funzionamento dello psicofarmaco e lo scopo della sua assunzione e che si approcciano a questo mondo con una retorica pregiudizievole e stigmatizzante. Proprio lo stigma corrisponde ad una delle dimensioni più rilevanti che emerge dalle narrazioni.

"A:Io dico sì, l'informazione allo psicofarmaco, dare istruzioni di che cos'è, le istruzioni basi di che cos'è la psichiatria, come funziona il farmaco, perché si assume il farmaco, per **togliere il più possibile lo stigma, è questo lo scopo**, togliere il più possibile lo stigma.[...] **Il mio bisogno è di essere informato**, anche questo in confronto a prima era meno, ora sento di più il bisogno di essere informato.

C:Tu pensi che anche una persona quando inizia a prendere gli psicofarmaci...

A:è stigmatizzata dagli **altri che pensano che il farmaco sia qualcosa**, detta francamente, è una cosa **che riporta alla mente gli Ospedali Psichiatrici, quindi i matti, quindi si associa nella mente psicofarmaco-pazzia. Non è così. Perché la psichiatria abbraccia tanti altri ambiti.**"

Nello stralcio il narratore propone l'informazione come mezzo per eliminare lo stigma, informazione rivolta alle persone comuni che non conoscono il complesso e variegato ambito della psichiatria e la loro conoscenza è filtrata dall'instaurazione pregiudizievole di un'equivalenza tra il mondo della psichiatria e la realtà degli ospedali psichiatrici. Il posizionamento successivo esprime un'altra modalità in cui la ricerca potrebbe essere utile riguardo al proprio percorso individuale.

3) *"vorrei essere più ascoltato"*

Un ulteriore posizionamento si riferisce all'utilità che la ricerca potrebbe avere nel proprio percorso individuale. In questo caso la collocazione non avviene rispetto ad un pubblico di persone laiche, non esperte del mondo della psichiatria, ma rispetto al proprio psichiatra ed al rapporto che il narratore intrattiene con lui.

"V:Si, **vorrei essere più ascoltato, sarebbe meglio se il dottore ascoltasse di più il mio punto di vista** e facesse più come voglio io che come vuole lui. Per esempio **se non voglio stare in Comunità di mandarmi a casa**, prenderò i farmaci a casa o un'altra terapia. Il dottore non si fida di me perché è successo più volte che ho smesso di prendere i farmaci, sono stato male e mi ricoveravano, mi ricoveravano sempre."

Nello stralcio riportato il narratore si colloca nella posizione di colui che non viene ascoltato nel corso degli scambi con il proprio psichiatra relativi a decisioni inerenti al proprio percorso riabilitativo e che vorrebbe appunto ricevere un maggiore grado di ascolto da parte del professionista.

4) *"se avessi potuto scegliere non avrei mai scelto i farmaci"*

Un ultimo posizionamento rilevato nelle narrazioni si colloca lungo il secondo estremo semantico della dimensione, "Proposte alternative". Nello specifico non solo il posizionamento implica la possibilità di ricercare un cambiamento nella prassi attuale entro il contesto psichiatrico inteso in termini generici e non circoscritto all'ambito della Comunità in cui viene svolta l'intervista, ma nelle narrazioni sono state rilevate proposte alternative concrete.

"S: Io non avrei mai..**se avessi potuto scegliere non avrei mai scelto i farmaci, mai.** Anche perché nel periodo in cui stavo veramente male in psichiatria mi imbottivano di farmaci, quando mi riprendevo stavo male uguale. [...] **Io il consiglio che darei, agli psicologi, a chi mi ascolta in questo momento o chi ascolterà è di pensare a come noi ragazzi delle Comunità che hanno difficoltà e non una malattia, difficoltà, a non pensare solo al fatto dei farmaci o della malattia per curarla, ma al perché tu vieni diagnosticato con una malattia che non sei malato.**"

Nello stralcio riportato la narratrice costruisce un intreccio di posizionamenti, collocandosi rispetto agli psicologi, nel loro ruolo di esperti professionisti della salute mentale, a me nel ruolo di intervistatrice che presto ascolto nel momento presente e ad un ipotetico pubblico che si troverà ad interfacciarsi con le stesse parole. Il posizionamento viene espresso entro una modalità discorsiva di contrapposizione nei confronti della prassi di prescrizione di psicofarmaci che appare abituale e non problematizzata nell'ambito della psichiatria, tale prassi viene decostruita da chi narra. Le motivazioni della prescrizione di psicofarmaci sembrano rintracciate da chi narra nella tendenza a definire la situazione di difficoltà in cui riversano gli utenti all'interno di servizi residenziali con il termine malattia, tale modalità di definizione sembra generare implicazioni pragmatiche, inducendo i professionisti della salute mentale a focalizzarsi sull'utilizzo di psicofarmaci a scopo curativo. La proposta alternativa che si può rilevare nel brano corrisponde ad un invito a non ricorrere agli psicofarmaci, intesi non come strumento di cura unico, ma come una tra le tante possibilità d'azione nel contesto di aiuto rivolto a persone in difficoltà. Tali scenari d'azione alternativi si potrebbero scorgere non soffermandosi sulla diagnosi, ma sulle specifiche difficoltà riportate delle persone all'interno dei servizi residenziali.

Discussione dei risultati

L'ultima categoria semantica rintracciata e costruita fa riferimento alla "ricerca", ed al ruolo che ho momentaneamente assunto come ricercatrice. La dimensione della ricerca è stata approfondita

attraverso domanda: “Pensando alla tua esperienza ed a questa ricerca, ti viene in mente qualcosa che potrebbe essere d’aiuto? Qualcosa che potrebbe essere fatto diversamente? Hai qualche suggerimento da dare?”. La domanda ha contribuito all’emergere di distinti posizionamenti che possono essere situati lungo un continuum semantico delimitato dalle polarità “Mantenimento dello status quo” e “Proposte alternative”. I posizionamenti sono suggeriti dalle espressioni “non vedo qualcosa da cambiare, se non forse noi stessi”, “ho bisogno di essere informato”, “vorrei essere più ascoltato” e “se avessi potuto scegliere non avrei mai scelto i farmaci”. I posizionamenti si collocano lungo la dimensione semantica divergendo con un grado sempre maggiore dalla polarità “Mantenimento dello status quo”, mano a mano che si verifica questo distanziamento le proposte alternative diventano più concrete ed audaci e la collocazione avviene rispetto ad uno contesto in costante espansione, dalla comunità in cui vengono svolte le interviste, nel caso del posizionamento “non vedo qualcosa da cambiare, se non forse noi stessi”, si passa al contesto psichiatrico nella sua interezza ed a chiunque ascolti ipoteticamente le interviste, nel caso del posizionamento “se avessi potuto scegliere non avrei mai scelto i farmaci”. In particolare a fronte della narrata mancanza di conoscenze adeguate nel contesto socio-culturale più ampio riguardo all’utilizzo di psicofarmaci, da cui hanno origine discriminazioni e giudizi stigmatizzanti, il posizionamento “vorrei essere più informato” trova la propria ragion d’essere. L’informazione, rivolta d un’audience di non esperti, viene proposta come mezzo per attenuare lo stigma, dimensione rilevante nelle narrazioni. Inoltre, emerge un altro posizionamento, “vorrei essere più ascoltato” che colloca la ricerca e la sua utilità nel contesto specifico delle relazioni con i professionisti sanitari e con i medici in particolare. Un ultimo posizionamento, “se avessi potuto scegliere non avrei mai scelto i farmaci”, implica la possibilità di ricercare un cambiamento nella prassi attuale entro il contesto psichiatrico inteso in termini generici e non circoscritto all’ambito della Comunità in cui viene svolta l’intervista. Il posizionamento esprime la proposta concreta di ricercare proposte di trattamento alternative alle prescrizioni farmacologiche, derivata dalla decostruzione della prassi prescrittiva, narrata come abituale e non problematizzata entro il contesto psichiatrico. Le motivazioni della prescrizione di psicofarmaci vengono rintracciate da chi narra nella tendenza a definire la situazione di difficoltà in cui riversano gli utenti all’interno di servizi residenziali con il termine malattia, tale modalità di definizione sembra generare implicazioni pragmatiche, inducendo i professionisti della salute mentale a focalizzarsi sull’utilizzo di psicofarmaci a scopo curativo. Tali narrazioni sono state particolarmente utili ed hanno consentito di comprendere alcune delle possibili esigenze oltre che i processi narrativi usati per raccontarle.

5.4 DISCUSSIONE FINALE

Il quesito di ricerca è stato declinato in distinti obiettivi d'indagine che hanno consentito di esplorare diversi aspetti tra loro interconnessi. Dalle interviste emergono narrazioni che illustrano distinte modalità degli utenti di collocare il percorso riabilitativo svolto nei servizi sanitari per la salute mentale entro le proprie traiettorie biografiche. A conferma delle ipotesi iniziali, gli psicofarmaci sembrano svolgere un ruolo rilevante, sia rispetto al percorso intrapreso con i servizi per la salute mentale, sia rispetto alla biografia dei partecipanti (Bulow et al., 2016). Tra le narrazioni relative alle proprie vicende di vita passate viene delineato uno scenario concorde di sofferenza, ma per definirlo o descriverlo nessun partecipante ricorre al termine “malattia mentale” (Kinderman et al., 2006). L'impatto iniziale dell'assunzione di psicofarmaci viene riportato spontaneamente dalla maggioranza dei partecipanti che evidenziano la conseguente diminuzione dell'energia a disposizione per svolgere le attività quotidiane, comprese quelle lavorative, ma soprattutto la difficoltosa convivenza con effetti debilitanti della terapia psicofarmacologica, dovuta a somministrazioni considerate inadeguate ed eccessi prescrittivi. La comparsa di tali effetti collaterali viene spesso narrata come oggetto di confronto e, talvolta, scontro entro scambi dialogici con i professionisti della salute mentale (Knight et al., 2018; Seale et al., 2007). Tuttavia la descrizione di momenti di estrema difficoltà, lascia spazio, nella dimensione temporale del presente, ad una gratitudine nei confronti dei servizi psichiatrici, raffigurati come fonte di aiuto e sostegno. I contenuti emersi dalle interviste entro l'area di indagine relativa alle configurazioni identitarie nel presente colpiscono per la loro polarizzazione, mentre circa la metà dei partecipanti ha elaborato una configurazione identitaria incentrata sulla definizione della propria sofferenza psichica in termini di “difficoltà”, altri intervistati, in egual numero, si sono definiti “persone malate”, a partire dalla concezione delle proprie problematiche in termini di disturbi mentali. In particolare, coloro che nelle narrazioni hanno definito la propria condizione in termini di malattia risiedevano da un periodo di tempo più lungo nella struttura in cui è stata condotta la ricerca e presentavano una storicità nella presa a carico da parte dei servizi per la salute mentale. Questo aspetto evoca alcuni risultati dello studio di Lindow (1986) che rilevano una maggiore frequenza nell'adozione di un modello medico-psichiatrico nel parlare delle proprie problematiche da parte di utenti con una lunga frequentazione dei servizi, mentre utenti interfacciati da poco ai servizi mostravano una maggiore propensione a negoziare la definizione del proprio malessere. Inoltre, dalle narrazioni è emersa un'assimilazione della “malattia mentale” alle malattie organiche, spesso elaborata a partire da un modo di intendere gli psicofarmaci come analoghi ad altre classi farmacologiche, tale tematica, pur non contemplata in fase di stesura degli obiettivi, si è mostrata rilevante in quanto gli utenti

facevano riferimento a questa assimilazione per tentare di attutire l'impatto dello stigma, come avviene in alcune campagne anti-stigma (Read et al., 2006). La rilevanza di attribuzioni di significato relative all'assunzione di psicofarmaci si ripresenta nelle narrazioni relative alla dimensione del futuro, in cui la prospettiva di protrarre per l'intero arco di vita l'utilizzo di psicofarmaci, descritti come necessari (Double, 2002; Moncrieff, 2006), è accompagnata da prospettive di scenari d'azione molto ridotti, mentre la possibilità di una futura diminuzione o cessazione della terapia farmacologica emerge nelle narrazioni accanto a descrizione di progetti futuri più articolati ed ambiziosi (Karp, 1993). La questione dello stigma si affaccia nelle narrazioni, richiamando studi in cui viene messo in evidenza come, seppure vi sia una prevalente visione biomedica del "disturbo mentale", associata alla necessità di una cura farmacologica, permanga la stigmatizzazione (Pescosolido et. al., 2010). Viene inoltre messa in luce una mancata conoscenza degli attuali servizi residenziali per la salute mentale, che vengono assimilati nell'immaginario comune agli istituti manicomiali, rimarcando lo stigma e favorendo una percezione di suddivisione in due gruppi, uno stigmatizzato ed uno stigmatizzante, aspetto centrale nella dinamica dello stigma (Link & Phelan, 1989). Emerge inoltre un cambiamento nella rete di rapporti familiari ed amicali, a seguito dell'inizio del trattamento farmacologico, il cambiamento assume due distinte declinazioni nelle narrazioni, l'accettazione di una posizione di dipendenza rispetto all'aiuto dei familiari, reso necessario per effetti debilitanti della terapia farmacologica e la specificazione di un'assenza o limitazione del dialogo con amici e familiari riguardo all'assunzione di psicofarmaci o alla propria condizione di malessere, rilevata in letteratura (Hayne, 2003) e presente nella maggior parte delle narrazioni. Una polarizzazione dei contenuti emerge anche rispetto al sotto-obiettivo relativo alle prospettive personali in merito all'uso e alla sospensione degli psicofarmaci, mentre alcuni partecipanti riportano di concordare con lo psichiatra le variazioni di dosaggio della terapia farmacologica, altri riferiscono imposizioni relative a variazioni nella posologia. Inoltre, la possibilità di interrompere la terapia psicofarmacologica sembra essere stata presa in considerazione dagli intervistati, i quali tuttavia non si sentono nella posizione di potersi opporre alle indicazioni dello psichiatra, che spesso scoraggia la sospensione del trattamento farmacologico (Cooper et al., 2019; Hun, 2021), oppure hanno tentato in passato di sospenderla autonomamente incorrendo in effetti collaterali (Gilbert et al., 1995; Leucht et al., 2012; Zipursky, Menezes e Streiner, 2014). Le narrazioni prodotte a partire dall'area di indagine relativa alle teorie personali in merito a utilità, effetti collaterali e benefici degli psicofarmaci, mostrano una varietà di considerazioni e significati attribuiti alla terapia farmacologica, nessun modo di intendere gli psicofarmaci prevale sugli altri, mentre due distinte concezioni possono essere rilevate nei resoconti degli stessi intervistati, richiamando risultati di studi in cui viene enfatizzata un'ambivalenza nei

confronti dello psicofarmaco (Hagen, Nixon & Peters, 2010). In particolare, gli intervistati che considerano gli psicofarmaci dannosi, soffermandosi sulla presenza di effetti collaterali, tengono maggiormente in considerazione la propria esperienza individuale, mentre coloro che descrivono gli psicofarmaci come necessari sembrano enfatizzare la rilevanza di teorie scientifiche in merito all'utilità degli psicofarmaci (Double, 2002; Moncrieff, 2006) e corrispondono agli intervistati che si definiscono "persone malate". Questo aspetto presenta un'importanza cruciale in quanto fornisce una conferma ad argomentazioni di studi che insistono sull'impatto esercitato dal consumo di psicofarmaci sull'identità, che può condurre ad una rivisitazione del proprio malessere e vicende biografiche in termini di malattia (Sherlock & Kielich, 1991) ed incentivare una stabilizzazione della condizione in cui riversa l'individuo (Carnagni et al., 2008; Karp, 1993). Sono state inoltre indagate le narrazioni che rimandano al tipo di scambi che la persona intrattiene con professionisti della salute mentale e membri dell'équipe. Accanto alla possibilità di instaurare una relazione simmetrica con il proprio psichiatra, caratterizzata da una fiducia reciproca, emerge come preponderante nelle narrazioni il consolidarsi di una relazione asimmetrica, dove la conoscenza empirica relativa al proprio stato di salute viene completamente tralasciata in favore delle valutazioni e decisioni del medico (Barker, 2014). Un affidamento nei confronti del medico, implica un suo riconoscimento come esperto nel campo della salute e dotato di potere, prestigio e autorità, che contribuisce all'insinuarsi di un'asimmetria nella relazione medico-paziente (Parsons, 1975). La tematica emersa maggiormente nelle narrazioni riconducibili a quest'area di indagine fa riferimento all'utilità, percepita dagli utenti, di tipologie di intervento che esulano dalla terapia farmacologica, dagli scambi colloquiali con alcuni membri dell'équipe riabilitativa ai benefici ricondotti alla psicoterapia, citati in più della metà delle narrazioni.

La ricerca è stata sviluppata a partire dall'obiettivo di esplorare i processi di costruzione dell'identità degli utenti ospitati nei servizi residenziali della salute mentale, attraverso le modalità in cui narrano se stessi, le relazioni affettive, sociali e con i membri dell'équipe e l'esperienza di consumo di psicofarmaci. L'analisi dei posizionamenti identitari ha consentito di mettere in luce non solo contenuti e tematiche rilevanti, ma anche voci, significati e modalità di collocarsi rispetto ai contesti e ai personaggi inseriti nelle narrazioni, agli scopi e alle intenzioni che si vogliono perseguire e al pubblico al quale ci si rivolge. Nel descrivere il proprio percorso riabilitativo, si può mettere in risalto la presenza di distinti e variegati processi discorsivi e narrativi messi in campo per costruire la propria identità, nonché le loro ricadute pragmatiche. In particolare, nelle narrazioni relative alla prima categoria di analisi, "Il mio percorso", la staticità, la resa e la rassegnazione si contrappongono ad una traiettoria evolutiva che attraversa le dimensioni temporali di passato, presente e futuro con una struttura di coerenza che affiora anche nell'analisi del contenuto.

Ripercorrendo la proposta di Frank (1995), le narrazioni prodotte dagli intervistati possono essere confrontate relativamente ai cambiamenti nelle tre dimensioni temporali. Nello specifico, alcuni posizionamenti si possono ricondurre alle narrazioni della restituzione che vede la propria trama costituita da passaggi specifici. A partire da un passato di momentanea sofferenza, avviene un ripristino della situazione antecedente che consente di riappropriarsi dell'identità passata, riallacciare i legami e ritrovare le appartenenze di un tempo. Altri posizionamenti rimandano alla narrazione della ricerca. Anche in questa narrazione compare uno scenario passato di sofferenza, che tuttavia non si presenta come circoscritto nel tempo, la sofferenza non viene costruita come un'aberrazione temporanea che inizia e finisce, ma diviene il luogo in cui avviene una trasformazione che dischiude la possibilità di progettare prospettive future variegata. La narrativa del caos, al contrario, propone una biografia in cui il miglioramento non avviene mai, riflette l'esperienza della vita del narratore come priva di una sequenza coerente in cui il suo senso d'identità appare intrappolato in un presente di sofferenza, prevalgono la stasi ed un appiattimento degli orizzonti futuri. Alcuni tra i posizionamenti più rilevanti, entro questa categoria di analisi, derivano anche da distinte modalità narrative di definizione e di collocamento rispetto ai costrutti di "normalità" e "malattia". Il posizionamento "la comunità di persone malate" appare emblematico e viene assunto attraverso l'accettazione di un'eziologia biochimica per il proprio malessere. Molteplici possibilità identitarie vengono ridotte all'*unicum* descrittivo ed esplicativo della malattia mentale, che definisce e limita la possibilità di azione (Salvini & Dondoni, 2011). Gli altri posizionamenti, se pur con distinte modalità, forniscono un esempio della possibilità di divergere dal discorso medico-psichiatrico culturalmente dominante che concede possibilità d'azione più ampie e variegata (Somers, 1994; Bamberg & Andrews, 2004).

La seconda categoria d'analisi, L'altro, include modalità narrative che variano attorno a distinti modi di intendere la realtà, incentrati attorno al costrutto di "normalità". In alcune narrazioni la concezione della realtà è imperniata attorno alla presenza di una normalità ideale, definita e statica ed, in altre narrazioni, attorno ad un modo di intendere la "normalità" come *sui generis*, come un costrutto che acquista senso solamente entro distinte costruzioni di realtà e che permette di contemplare molteplici versioni alternative del reale. Nelle prime narrazioni descritte alcuni narratori possono afferire a teorie veicolate da campagne anti-stigma, intenti in una decostruzione della collocazione attribuitagli dagli altri da cui sono definiti, ad esempio, come "fenomeni da baraccone, come degli extratteresti". Le teorie desunte in queste narrazioni riportano un'assimilazione tra psicofarmaci ed altre tipologie di farmaci che si estende quindi ad una sovrapposizione tra "malattia mentale" e patologie somatiche. La rilevanza della dimensione del riconoscimento da parte dell'altro nella costruzione e definizione della propria identità viene messa

in risalto soprattutto da posizionamenti rinvenuti entro questa categoria di analisi. Tuttavia, nelle narrazioni l'altro non offre mai un puntello per rinsaldare le costruzioni identitarie, labili e precarie, al contrario dall'altro giungono disconferme e mancanza di comprensione. Il rapporto con l'altro evoca inoltre un costante confronto implicito fra "noi", utenti accolti all'interno del servizio e gli "altri", intesi come persone che conducono le loro vite al di fuori. Tuttavia altre modalità narrative, già accennate, che divergono da discorsi normativi, dal modo di intendere la "normalità" secondo presupposti comuni, emergono, e consentono di mettere in luce le fragili fondamenta della normalità, aprendo alla legittimazione e alla costruzione di altre possibili realtà, come quelle abitate da gruppi sociali svantaggiati e discriminati, e all'apprezzamento della variabilità e pluralità di identità e possibilità d'azione, caratteristica del paesaggio post-moderno contemporaneo (Romaioli, 2013). L'ideale della normalità, particolarmente pregnante nelle narrazioni, viene spesso perseguito con l'effetto di ontologizzare questa normalità. Gli effetti performativi e pragmatici che accompagnano queste modalità narrative sono rilevanti, come la riduzione delle possibilità di descrizione di sé, la costruzione e il mantenimento delle differenze in virtù di una supposta normalità o patologia (Merton, 1948).

Le narrazioni riguardo alla terapia farmacologica risultano variegata e comprendono specifici scambi con professionisti della salute mentale, in cui avvengono negoziazioni rispetto alla terapia farmacologica ed al significato che assume per chi narra (Graziani Giaccherio Vedana & Inocenti Miasso, 2014). I vari posizionamenti sembrano distinguersi e fluttuare attorno all'equilibrio della relazione tra indicazioni e moniti dei professionisti sanitari, depositari del sapere medico, e considerazioni derivate dalla propria esperienza individuale. Mentre alcune modalità narrative, prevedono un'accettazione di discorsi locali, formulati da psichiatri ed altri professionisti della salute mentale altre modalità narrative implicano una contrapposizione a questi. Il modo di intendere lo psicofarmaco e di collocare la sua assunzione nel proprio percorso riabilitativo e, per estensione, biografico, sembra presentare effetti pragmatici evidenti, dalle ricadute sulla configurazione identitaria, alla definizione o limitazione delle possibilità di azione. Particolarmente rilevante nelle modalità narrative è il modo di intendere la figura dello psichiatra, punto di riferimento ed al contempo depositaria della massima autorevolezza e possibilità decisionale. Spesso affiora come aspetto cardine la mancanza di considerazione della conoscenza empirica che gli utenti rivendicano rispetto al proprio stato di salute da parte dello psichiatra (Laing, 1969). Uno dei possibili esiti, rintracciati nelle narrazioni, corrisponde ad una totale mancanza di riconoscimento della propria identità che conduce i protagonisti ad annullarsi di fronte alle decisioni del medico ed a vedere impoverita la definizione di sé e ristrette le proprie possibilità di azione. Le informazioni raccolte in autonomia sugli effetti collaterali vengono collocate entro la dimensione

del sapere laico e definite, in un stralcio testuale, un “mito metropolitano”, che si diffonde in assenza di fonti precise ed affidabili. La presenza di effetti collaterali che, nell’esperienza individuale dei narratori appare minacciosa, viene giustificata assimilandola alla presenza di effetti collaterali comune all’utilizzo di qualsiasi altra tipologia di medicinale. Le narrazioni riconducibili al contesto della ricerca si sono rilevate particolarmente utili ed hanno consentito di comprendere alcune esigenze di cambiamento, affiancate talvolta da proposte concrete, oltre che i processi narrativi usati per raccontarle. L’insieme dei rimandi che emergono dalle narrazioni ha evidenziato che il ricorso a pregiudizi e stereotipi da parte di persone comuni, che non sono informate rispetto agli psicofarmaci ed al mandato dei servizi residenziali per la salute mentale, contribuiscono a sostenere e preservare l’attuale assetto societario ed a perpetuare uno scenario stigmatizzante. I servizi potrebbero quindi aprirsi ad un intervento che si estenda alla comunità più ampia, in cui immettere informazioni relative a queste tematiche nel tentativo di attenuare lo stigma. Inoltre le strutture per la salute mentale, a tutti i livelli del servizio, potrebbero favorire un maggior riconoscimento e convalida delle prospettive individuali degli utenti, proponendo loro un coinvolgimento maggiore nel processo decisionale relativo al proprio percorso riabilitativo ed in particolare alla gestione della terapia psicofarmacologica. Emerge infine un forte richiamo a riconsiderare e proporre tipologie di trattamento che non contemplino prescrizioni di psicofarmaci.

CONCLUSIONI

Alla luce dei risultati emersi dalle due distinte tipologie di analisi condotte, si può apprezzare la diversità degli esiti dei percorsi riabilitativi entro i servizi residenziali per la salute mentale. I percorsi di *recovery* non sembrano variare solamente in funzione della gravità della diagnosi di disturbo mentale attribuita al singolo utente o della sua volontà individuale di cambiamento (Beitman et al., 1994). Il cambiamento o la cronicizzazione di un quadro sindromico avvengono entro le relazioni interpersonali che si instaurano nel contesto dei servizi di salute mentale ed entro il contesto sociale più ampio. La ricezione di una diagnosi di disturbo mentale e l'assunzione di una terapia psicofarmacologica non corrispondono infatti a questioni private, ma avvengono entro scambi interattivi e dialogici tra utenti e professionisti della salute mentale che riportano effetti pragmatici sull'identità degli utenti. Il contesto dei servizi per la salute mentale si presenta permeato da discorsi sulla "malattia mentale" complessi e diversificati, che non corrispondono solamente a modelli biomedici statici, ma vengono costantemente negoziati (Ringer & Holen, 2016).

Gli psicofarmaci, intesi come "impigliati nei discorsi e nelle pratiche sociali" (Duff, 2013), sembrano svolgere un ruolo rilevante, a conferma delle ipotesi iniziali. Nello specifico, se il ricorso al trattamento farmacologico viene descritto come necessario e potenzialmente cronico dai professionisti della salute mentale, il destinatario delle prescrizioni può trovare difficoltoso rifiutarlo, in quanto, nel sentire comune, il sapere medico appare intriso di una scientificità ed autorevolezza che suggerisce una riverenza nei suoi confronti e rende difficile opporvisi. Questo aspetto è stato messo in luce dal posizionamento "la scienza a volte impone delle scelte che uno non vorrebbe fare". La ricezione di una diagnosi di disturbo mentale e la proposta di un trattamento farmacologico, possono offrire alla persona posizionamenti entro il discorso medico-psichiatrico, suggerendo, ad esempio, una posizione di "vittima di un disturbo mentale" (*ibidem*) o di "oggetto biologico" (Mintz, 2005) che implicano una dipendenza rispetto ad indicazioni e prescrizioni degli psichiatri ed una deresponsabilizzazione rispetto alle proprie condizioni ed alla possibilità di mettere in atto un cambiamento. Agli utenti vengono così messi a disposizione posizionamenti identitari che limitano la loro possibilità di azione ed il loro livello di coinvolgimento nella gestione del trattamento. La delegittimazione delle esperienze individuali degli utenti, spesso screditate a favore di valutazioni scientificamente comprovate, sembra giocare un ruolo fondamentale entro questo processo (Laing, 1969). Negli scambi conversazionali, agenti attivi ed interattivi (Harré & Gillett, 1996) si posizionano, posizionano gli altri o vengono posizionati da altri in un processo di negoziazione dell'identità. Nel momento in cui i resoconti degli utenti, ad esempio relativi ad effetti

collaterali eccessivamente invalidanti, vengono ritenuti irrilevanti gli ospiti di servizi per la salute mentale non vengono riconosciuti come interlocutori entro uno scambio dialogico e divengono incapaci di respingere un posizionamento costantemente riproposto, come appunto quello di “vittima di un disturbo mentale”.

Anche la cerchia sociale più ampia, la comunità allargata in cui sono situati i servizi residenziali per la salute mentale può influire sulle possibilità di definizione identitaria degli utenti, la riproposizione dello stigma, che attualmente non appare attenuata, può incentivare gli utenti a frequentare solamente altre persone che condividono la loro condizione di stigmatizzazione, questi vedono così restringersi le possibilità alternative di configurazione identitaria, avendo accesso ad una gamma ristretta di scambi interattivi. Come sostiene infatti James (1890) “una persona ha tanti Sé quanti sono i suoi interlocutori privilegiati”.

Tuttavia alcuni utenti si sono mostrati in grado di ricorrere a fini strategie discorsive per difendersi dallo stigma e dall’attribuzione di responsabilità per la propria condizione, appropriandosi dei discorsi biomedici e modificandoli attivamente per scopi individuali. Ancora, altri posizionamenti hanno sollevato voci che si oppongono ai discorsi biomedici dominanti, tra questi si possono citare i posizionamenti “non sono io la malata” ed “io non ho bisogno dei farmaci”.

Posizionamenti individuati entro il contesto “La ricerca” si sono rilevati particolarmente generativi ed affiancati talvolta da proposte concrete. Tali posizionamenti hanno consentito di comprendere alcune esigenze di cambiamento del *modus operandi* dei servizi residenziali della salute mentale. L’insieme dei rimandi che emergono dalle narrazioni ha evidenziato che il ricorso a pregiudizi e stereotipi da parte di persone comuni, che non sono informate rispetto alla funzione degli psicofarmaci ed al mandato dei servizi residenziali per la salute mentale, contribuiscono a sostenere a perpetuare uno scenario stigmatizzante. I servizi potrebbero quindi aprirsi ad un intervento che si estenda alla comunità più ampia, in cui immettere informazioni relative a queste tematiche, nel tentativo di attenuare lo stigma. Inoltre le strutture per la salute mentale, a tutti i livelli del servizio, potrebbero favorire un maggior riconoscimento e convalida delle prospettive individuali degli utenti, riconoscendoli come legittimi interlocutori entro dialoghi reciproci e proponendo loro un coinvolgimento maggiore nel processo decisionale relativo al proprio percorso riabilitativo. Emerge infine un forte richiamo a riconsiderare le modalità di prescrizioni farmacologiche e proporre tipologie di trattamento che non contemplino prescrizioni di psicofarmaci.

Nell’ambito delle prescrizioni psicofarmacologiche può essere adottata una prospettiva minimalista che prevede una cautela nell’introduzione di nuovi trattamenti ed un attento monitoraggio, oltre alla calibrazione del trattamento al livello minimo al quale ci si può ancora attendere dei risultati.

L'eventualità che le condizioni dei pazienti possano volgere al meglio senza la necessità di ricorrere ad un trattamento farmacologico non dovrebbe essere esclusa a priori, ma sempre tenuta in considerazione e soppesata. Tale approccio alla psicofarmacologia viene riassunto e condensato nel motto "*less is more*", fil rouge di un filone di studi in ambito psicofarmacologico che ha iniziato a svilupparsi nei primi anni del XXI secolo, coinvolgendo diversi esperti e professionisti della salute mentale e toccando vari aspetti del trattamento farmacologico (Servonnet, Uchida, & Samaha, 2021).

Un tipo di proposta di trattamento che non ricorra alla psicofarmacologia può essere rilevato nell'Open Dialogue (Razzaque & Stockmann, 2016). Nato negli anni '80 in Finlandia, questo nuovo approccio, che solo negli ultimi decenni è stato adottato anche in altri paesi europei, consiste nel disporre un particolare intervento per chi si ritrova a vivere questa tipologia di sofferenza. Anziché procedere con un'immediata ospedalizzazione, vengono organizzati, entro le 24 ore dall'insorgere della crisi, degli incontri tra un team curante (solitamente composto da almeno due professionisti della salute mentale), la persona, la famiglia e altri membri del "*social network*" che possono giocare un ruolo di supporto nel percorso di riabilitazione. Questo tipo di setting è "olistico" nella misura in cui coinvolge anche aspetti che non sono attinenti unicamente all'individuo in sé, ma anche alla dimensione sociale in cui questo è inserito, ed è all'interno di questo "dialogo condiviso" che si creano i presupposti per elaborare sia delle narrazioni riguardo quanto sta avvenendo, che per prendere delle decisioni comunitarie rispetto al percorso da seguire e ai cambiamenti da intraprendere. In questo modo, si crea uno spazio che metta al centro tutti gli aspetti della persona, e non solo la diagnosi o il trattamento farmacologico. Questo nuovo approccio, che promuove il dialogo, le relazioni e la presa di decisioni condivisa consente così, per molti, di evitare quel progressivo coinvolgimento con le istituzioni che può dare luogo ad una sempre maggiore esclusione dai ruoli sociali; inoltre, in questo modo è possibile, confrontandosi anche quante con quante più relazioni sociali possibili, lavorare parallelamente anche sulle dinamiche legate allo stigma. Sarebbe auspicabile quindi che anche in Italia si adottassero sempre di più approcci che, anziché adottare l'ospedalizzazione come primo passo, continuino a tenere al centro l'individuo e il suo ambiente sociale e relazionale, in modo da promuovere una continua rinegoziazione del futuro, che non dovrebbe mai essere dato per scontato.

LIMITI DELLA RICERCA

La ricerca presenta alcuni limiti, molti dei quali intrinseci alla metodologia di analisi scelta. In primo luogo, gli obiettivi di ricerca appaiono molteplici e diversificati e non hanno reso possibile un'esplorazione approfondita di ciascuna area di indagine. Restringere il campo di indagine

consentirebbe così di estrapolare narrazioni più approfondite. Il canovaccio dell'intervista semi-strutturata è inoltre stato lievemente modificato in itinere a seconda dell'andamento della conversazione con ciascun partecipante, questa modalità ha consentito, da un lato l'emergere di tematiche rilevanti e non contemplate in fase di stesura degli obiettivi, ma ha condotto anche ad una parziale perdita di informazione in quanto alcune aree di indagine non sono state approfondite con alcuni partecipanti, al fine di evitare di insistere su vicende personali che apparivano particolarmente dolorose. Inoltre l'adesione alla ricerca è stata proposta come libera e volontaria entro un campione di possibili partecipanti già pre-selezionato dai professionisti entro la struttura riabilitativa in cui la ricerca è stata condotta, il numero dei partecipanti è quindi limitato. Il presente studio, senza alcuna pretesa di essere generalizzabile viene quindi proposto come contestualizzato.

PROSPETTIVE FUTURE

A più riprese lungo la stesura del presente lavoro è stata rimarcata la rilevanza dei rimandi provenienti dall'altro, concreto o ideale per la propria identità individuale. Sarebbe quindi interessante proporre una ricerca che tocchi tematiche simili, ma che coinvolga come partecipanti i professionisti della salute mentale, il cui modo di rapportarsi con l'utente e le cui prassi operative possono esercitare un impatto sui processi di costruzione identitaria degli ospiti di servizi residenziali per la salute mentale. Si potrebbe in questo modo individuare quali aspetti della prassi operativa entro i servizi per la salute mentale siano suscettibili nel promuovere un cambiamento e quali invece incentivino il riproporsi di configurazioni identitarie che limitano gli scenari d'azione degli utenti.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 44(4), 603e622.
- Addlakha, R. (2008). *Deconstructing mental illness: An ethnography of psychiatry, women and the family*. New Delhi: Zubaan.
- Alexander, F.G. & Selesnick, S.T. (1967). *The history of psychiatry: An evaluation of psychiatric thought and practice from prehistoric times to the present*. New York:George Allen and Unw
- Anspach, R.R. (2011) Preface. In McGann, P.J. and Hutson, D.J. (eds) *Sociology of Diagnosis*. Bingley:Emerald Group Publishing Limited
- Armezzani, M. (1998). *L'enigma dell'ovvio. La fenomenologia di Husserl come fondamento di un'altra psicologia*. Padova, Unipress
- Artinian, B.M. (1986). The research process in grounded theory. In Chenitz W.C, Swanson, J.M (Eds). *From Practice to Grounded Theory: Qualitative Research in Nursing*. Menlo Park CA, Addison- Wesley. 1986.
- Ascher-Svanum, H., Faries, D. E., Zhu, B., Ernst, F. R., Swartz, M. S., & Swanson, J. W. (2006). Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *Journal of Clinical Psychiatry*,67(3), 453-460.
- Augé, M, Herzlich, C.(1984). *Il senso del male*. Il Saggiatore, Milano
- Ballard, K., & Elston, M. A. (2005). Medicalisation: a multi-dimensional concept. *Social Theory & Health*, 3, 228 e 241.
- Barad, K. (2007). *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Duke University Press, Durham.
- Barbui, C. (2008). Significato e ruolo dei farmaci in psichiatria: aspetti critici. Fogli d'informazione n° 5-6. terza serie - 01-06/2008 88-97
- Barker, K. K. (2014). Mindfulness meditation: Do-it-yourself medicalization of every moment. *Social Science & Medicine*, 106, 168–176.
- Barnes, T. R. (2011). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 25,567– 620.

- Barrett, R. (1996). *The psychiatric team and the social definition of schizophrenia: An anthropological study of person and illness*. New York: Cambridge University Press.
- Battaglia, J., Lindborg, S. R., Alaka, K., Meehan, K. & Wright, P. (2003). Calming versus sedative effects of intramuscular olanzapine in agitated patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 21, 192–198.
- Blackman, L. (2007). Psychiatric Culture and Bodies of Resistance. *Body & Society*, 13(2), 1–23.
- Brody, J. E. (1974). Schizophrenia is unyielding. *New York Times*, p.210.
- Bell, S. E. & Figert, A. E. (2012). Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, 75(5), 775–783.
- Benedict, P.K & Jacks, I.(1954). Mental illness in primitive societies. *Psychiatry* 17(4):377–89
- Bentley, K. J. (2010). Psychiatric Medication and Meaning-Making in a Residential Program for Adults with Serious Mental Illness. *Qualitative Social Work*, 9(4), 479–499.
- Berger P. L., Luckmann T. (1969). *La realtà come costruzione sociale*. Bologna: Il Mulino
- Bitzer, L. F. (1959). Aristotle's enthymeme revisited. *Quarterly Journal of Speech*, 45, 399–408.
- Bjornestad, J., Davidson, L., Joa, I., Larsen, T. K., Hegelstad, W. T. V., Langeveld, J., Veseth, M., Melle, I., Johannessen, J. O. & Bronnick, K. (2017). Antipsychotic treatment: experiences of fully recovered service users. *Journal of Mental Health*, 26(3), 264–270.
- Bjornestad, J., Lavik, K. O., Davidson, L., Hjeltnes, A., Moltu, C. & Veseth, M. (2019). Antipsychotic treatment - a systematic literature review and meta-analysis of qualitative studies. *Journal of Mental Health*, 29(5), 513–523.
- Blakeslee, S. (2000). 4 brain chemicals in babies may foretell autism and retardation. *New York Times*, p. A18.
- Bleakley A. (2017). Thinking with metaphors in medicine: re-shaping clinical work. Available at: www.medicalmetaphors.com.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism Perspective and Method*. New Jersey: Prentice-Hall Englewood Cliffs, trad.it. *La metodologia dell'interazionismo simbolico*. Armando Editore, Roma 2006.
- Boyle, M. (2011). Making the World Go Away, and How Psychology and Psychiatry Benefit. In *De-medicalizing misery: psychiatry, psychology and the human cognition*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Breggin, P. (2018). *La sospensione degli psicofarmaci. Un manuale per i medici prescrittori, i terapeuti, i pazienti e le loro famiglie*. Roma: Giovanni Fioriti Editore
- Brinkmann, S. (2017) Mad or normal? Paradoxes of contemporary diagnostic cultures. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 26, 169–83.

- Brown, P. (1990). The Name Game: Toward a Sociology of Diagnosis. *Journal of Mind and Behavior*, 11(3-4), 385–406.
- Brown, P. (1995). Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 34–52.
- Bülöw, P., Andersson, G., Denhov, A. & Topor, A. (2016). Experience of Psychotropic Medication –An Interview Study of Persons with Psychosis. *Issues in Mental Health Nursing*, 37 (11), 820–828.
- Burawoy, M. (2000). Introduction: reaching for the global. In Burawoy, M. Blum, J.A., George, S., Gille, S. Gowan, T., Haney, L., Klawiter, M., Lopez, S.H., Riain, S.O. & Thayer, M. (Eds.), *Global ethnography: Forces, connections, and imaginations in a postmodern world* (pp. 1 e 40). Berkeley: University of California Press.
- Busfield, J. (2006). Pills, power, people: sociological understandings of the pharmaceutical industry. *Sociology*, 40(2), 297e314.
- Canguilhem, G. (1966). *Il normale e il patologico*. Einaudi, Torino
- Cardano, M. (2010). Mental distress: strategies of sense-making. *Health*, 14(3), 253–71.
- Carder, P. C., Vuckovic, N. & Green, C. A. (2003). Negotiating medications: patient perceptions of long-term medication use. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 28(5), 409–417.
- Carrick, R., Mitchell, A., Powell, R. A. & Lloyd, K. (2004). The quest for well-being: a qualitative study of the experience of taking antipsychotic medication. *Psychol Psychother*, 77, 19–33.
- Cerovecki, A., Musil, R., Klimke, A., Seemüller, F., Haen, E., Schennach, R., Riedel, M. (2013). Withdrawal symptoms and rebound syndromes associated with switching and discontinuing atypical antipsychotics: Theoretical background and practical recommendations. *CNS Drugs*, 27(7), 545–572.
- Chakravarty, T. (2011). Medicalisation of mental disorders: shifting epistemologies and beyond, *Sociological Bulletin*, 60(2), 266-86
- Chan, D. and Sireling, L. (2010) ‘I want to be bipolar’ . . . a new phenomenon, *The Psychiatrist*, 34, 3, 103–5.
- Chen, S. X., & Mak, W. W. (2008). Seeking professional help: Etiology beliefs about mental illness across cultures. *Journal of counseling psychology*, 55(4), 442–450.
- Chouinard, G., & Chouinard, V. A. (2015). New classification of selective serotonin reuptake inhibitor withdrawal. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(2), 63–71.
- Chouinard, G., Samaha, A. N., Chouinard, V.-A., Peretti, C.-S., Kanahara, N., Takase, M., & Iyo, M. (2017). Antipsychotic-induced dopamine supersensitivity psychosis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(4), 189–119.

- Cipiriano, P. (2015). *Il manicomio chimico*. Milano: Elèuthera
- Clarke, A. E., Mamo, L., Fishman, J. R., Shim, J. K., & Fosket, J. R. (2003). Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68, 161e194.
- Clark, R. E., Bartels, S. J., Mellman, T. A., & Peacock, W. J. (2002). Recent trends in antipsychotic combination therapy of schizophrenia and schizoaffective disorder: implications for state mental health policy. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 75-84.
- Cramer, J. A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49(2), 196-201.
- Cockerham, W.C. (2000). *Sociology of mental disorder*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 18:209–232.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P., Schneider, J.W.. (1992). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Cooper, R. E., Hanratty, É., Morant, N. & Moncrieff, J. (2019). Mental health professionals' views and experiences of antipsychotic reduction and discontinuation. *PLoS One*, 14(6), e0218711.
- Cooper, R.E., Grünwald, L.M. & Horowitz, M. (2020). The case for including antipsychotics in the UK NICE guideline: “Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults”.*Psychosis*, 12:1, 89-93
- Corbetta, P. (1999). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Cox, T. L. (2016). The postwar medicalization of <family> planning: Planned parenthood's conservative comic. Escape from Fear. *Women's Studies in Communication*, 39, 268–288.
- Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattell, D.,& Power, C. (2005). Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 717-724.
- Datta, V. (2013). Withdrawing from psychiatric drugs: What psychiatrists don't learn. Retrieved from <http://www.madinamerica.com/2013/06/withdrawing-from-psychiatric-drugs-what-psychiatrists-dont-learn>
- D'Arcy, M. (2019). “It Tastes Like Order”: Psychotic Evidence for Antipsychotic Efficacy and Medicated Subjectivity. *Ethos*, 47, 89–107.
- De Hert, M., Detraux, J., van Winkel, R., Yu, W. & Correll, C.U. (2011). Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nat. Rev. Endocrinol.*8, 114–126.

- De Kriuf, P. (1940). *Dr. Erlich's Magic Bullet*. New York: Pocket Books
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A, (1995). *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York: Oxford Univ. Press
- Dhunjibhoy JE. (1930). A brief résumé of the types of insanity commonly met with in India, with a full description of “Indian hemp insanity” peculiar to the country. *J. Ment. Sci.* 76(313):254–64
- Dobransky, K. (2009) The good, the bad, and the severely mentally ill: official and informal labels as organizational resources in community mental health services, *Social Science & Medicine*, 69, 722–8.
- Dombeck, M. (2000). The médicalisation of mental illness, www.mentalhelp.net/poc/view_index.php
- Double, D. (2002). The limits of psychiatry. *BMJ*;324:900–4
- Dubos, R. (1959). *Mirage of Health*. New York: Harper and Row Publishers.
- Duff, C. (2013). The social life of drugs. *Int. J. Drug Policy* 24 (3), 167–172.
- Duff, C.(2014). *Assemblages of Health: Deleuze's Empiricism and the Ethology of Life*. Springer, Dordrecht.
- Easter, M. (2012) ‘Not all my fault’: genetics, stigma, and personal responsibility for women with eating disorders, *Social Science & Medicine*, 75, 8, 1408–16.
- Eakin, E. (2000). Bigotry as mental illness or just another norm. *New York Times*, p. B9.
- Ebeling, M. (2011). “Get with the Program!”: pharmaceutical marketing, symptom checklists, and self-diagnosis. *Social Science & Medicine*, 73, 825e832.
- Engel, L. (1956). New approach to mental illness. *New YorkTimes*, p. SM7.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 534–544.
- Epstein, R. H. (2004). Experts try fast-track fix for children with phobias. *New York Times*, p. F5.
- Fabietti, U.(2015). *Elementi di antropologia culturale*, Mondadori, Milano
- Faccio, E. (2007). *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*. Firenze:Giunti Editore.
- Faccio E., Salvini A. (2007). Le “metaforizzazioni” nelle pratiche discorsive della psicologia clinica. In: *Psicologia clinica*. Springer, Milano.
- Fava, G. A., Gatti, A., Belaise, C., Guidi, J., & Ofdani, E. (2015). Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(2), 72–81.

- Fava, G. A., Tomba, E. & Per Bech, P. (2017). Clinical Pharmacopsychology: Conceptual Foundations and Emerging Tasks. *Psychother Psychosom*;86:134–140
- Fee, D. (2000) *Pathology and the Postmodern: Mental Illness as Discourse and Experience*. London: Sage.
- Flore, J., Kokanović, R., Callard, F., Broom, A. & Duff, C. (2019). Unravelling subjectivity, embodied experience and (taking) psychotropic medication. *Social Science & Medicine*, 230, 66–73.
- Foucault, M. (1963). *Birth of the clinic*. New York City: Pantheon.
- Foucault, M. (1988). The dangerous individual. In M. Foucault & L. D. Kritzman (Eds.), *Politics, philosophy, culture: interviews and other writings, 1977-1984*. New York: Routledge.
- Foucault, M. (2005). *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. London: Routledge.
- Fox, R.C. (2000) Medical uncertainty revisited. In Albrecht, G., Fitzpatrick, R. and Scrimshaw, S. (eds) *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage
- Fox, N. J., & Ward, K. J. (2008). Pharma in the bedroom. and the kitchen. The pharmaceuticalisation of daily life. *Sociology of Health & Illness*, 30(6), 856e868.
- Frances, A. (2013) Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM–5, big pharma and the medicalization of ordinary life, *Psychotherapy in Australia*, 19, 3, 14.
- Furedi, F. (2004). *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. London: Routledge.
- Furr, L. A. (2004). Medicalization in Nepal: A Study of the Influence of Westernization on Defining Deviant and Illness Behavior in a Developing Country. *International Journal of Comparative Sociology*, 45(1-2), 131–142.
- Galimberti, U. (1996). *Heidegger, Jaspers e il tramonto dell'Occidente*. il Saggiatore, Milano
- Galimberti, U. (2006). *Psichiatria e fenomenologia*. Milano: Feltrinelli.
- Geertz, C. (1975). Common Sense as a Cultural System. *The Antioch Review*, 33(1), 5–26.
- Giddens, A. (1987). *Social theory and modern sociology*. Stanford University Press.
- Gilbert, P. L., Harris, M. J., McAdams, L. A., & Jeste, D. V. (1995). Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients: A review of the literature. *Archives of General Psychiatry*, 52, 173–188.
- Gitlin, M., Nuechterlein, K., Subotnik, K. L., Ventura, J., Mintz, J., Fogelson, G., Aravagiri, M. (2001). Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1835–1842.
- Glenton, C. (2003) Chronic back pain sufferers – striving for the sick role, *Social Science & Medicine*, 57, 11, 2243–52.

- Goldberg J. F. & Ernst, C. L. (2016). Core Concepts Involving Adverse Psychotropic Drug Effects. Assessment, Implications, and Management. *Psychiatr Clin N Am* 39; 375–389.
- Goode, E. (1990). *Deviant Behavior: An Interactionist Perspective*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall.
- Grieg, D. (1996). Criminal responsibility and the Concept of Evil. *Psychiatry, Psychology and Law* 3(2): 163–178.
- Gove, W.R. (1979). The labeling versus the psychiatric explanation of mental illness: A debate that has become substantively irrelevant-Reply. *Journal of health and social behavior*, 20 (3): 301-04
- Graziani Giacchero Vedana, K. & Innocenti Miasso, A. (2014). The meaning of pharmacological treatment for schizophrenic patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*;22(4):670-8
- Guo, J. J., Wu, J., Kelton, C. M., Jing, Y., Fan, H., Keck, P. E., & Patel, N. C. (2012). Exposure to potentially dangerous drug-drug interactions involving antipsychotics. *Psychiatric Services*, 63(11), 1080-1088.
- Haddad, P. M. (2020). *Ten principles of good psychiatric prescribing*. MEDICINE 48:12 Published by Elsevier Ltd.
- Hagen, B. F., Nixon, G. & Peters, T. (2010). The Greater of Two Evils? How People With Transformative Psychotic Experiences View Psychotropic Medications. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 12, 44–59.
- Harré, R. & Gillett, G. (1996). *La mente discorsiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Harrow, M. (2007). Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 406–414.
- Healy, D. (2008) *Mania, in a Short History of Bipolar Disorder*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Healy, D. (2009) *Psychiatric Drugs Explained*, 5th edn, Elsevier, London.
- Ho, B.-C. (2011). Long-term Antipsychotic Treatment and Brain Volumes. *Archives of General Psychiatry*, 68, 128–137.
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J.C. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. New York: Oxford University Press.
- Horwitz, A. (2011) Creating an age of depression: the social construction and consequences of the major depression diagnosis, *Society and Mental Health*, 1, 1, 41–54.
- Howard, J. (2006). Expecting and Accepting: The Temporal Ambiguity of Recovery Identities. *Social Psychology Quarterly* 69(4):307–324.
- Howard, J. (2008). Negotiating an Exit: Existential, Interactional, and Cultural Obstacles to Disorder Disidentification. *Social Psychology Quarterly*, 71(2),177–192.

- Huhn, M., Leucht, C., Rothe, P., Dold, M., Heres, S., Bornschein, S., Schneider-Axmann, T., Hasan, A. & Leucht, S. (2021). Reducing antipsychotic drugs in stable patients with chronic schizophrenia or schizoaffective disorder: a randomized controlled pilot trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271, 293–302.
- Illouz, E. (2003). *Oprah Winfrey and the Glamour of Misery: An Essay on Popular Culture*. New York; Chichester, England: Columbia University Press.
- Irvine, L. (1999). *Codependent Forevermore: The Invention of Self in a Twelve-Step Group*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- IMS Institute for Healthcare Informatics. (2010). IMS forecasts global pharmaceutical market growth of 5 e 8% annually through 2014; maintains expectations of 4 e 6% growth in 2010. Parsippany, NJ: IMS. Institute for Healthcare Informatics. <http://www.imshealth.com/portal/site/ims/menuitem.d248e29c86589c9c30e81c033208c22avgnextoid1/44b8c410b6c718210VgnVCM100000ed152ca2RCRD&vgnnextfmt1/4default>
- Jablensky A., Sartorius N., Ernberg G., Anker M., Korten A., Cooper J. E., Day R., A. Bertelsen (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures A World Health Organization Ten-Country Study, *Psychological Medicine, Monograph supplement*, 20, 1–97.
- Jensen, R. E. (2015). From barren to sterile: The evolution of a mixed metaphor. *Rhetoric Society Quarterly*, 45, 25–46.
- Jensen, R. E., Maison, K., Mann, B. W., Krall, M. A. & Parks, M. M. (2019). Medicalization's Communicative Infrastructure: Seventy Years of “Brain Chemistry” in the New York Times. *Health Communication*, 36(3), 272–279.
- Julien, R., Advokat, C. & Comaty. (2013). *Droghe e farmaci psicoattivi*. Bologna: Zanichelli.
- Jutel, A. G. (2014). *Putting a name to it: Diagnosis in contemporary society*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Karp, D.A. (1993). Taking anti-depressant medications: Resistance, trial commitment, conversion, disenchantment. *Qualitative Sociology* 16(4), 337–359
- Karp, D. (2006). *Is It Me or My Meds? Living with Antidepressants*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Keltner, N.L. & Folks, D.G. (2005). *Psychotropic Drugs*. Elsevier/Mosby, St Louis.
- Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *The British journal of psychiatry*, 172, 413–419.
- Kendall, T., Pilling, S., Tyrer, P., Duggan, C. (2009) Guidelines: borderline and antisocial personality disorders: summary of NICE guidance, *British Medical Journal*, 338, 7689, 293–5.

- Kirk, S.A. (1972). Clients as Outsiders: Theoretical Approaches to Deviance. *Social Work* 17(2): 24–32.
- Kirson, N. Y., Weiden, P. J., Yermakov, S., Huang, W., Samuelson, T., Offord, S. J., & Wong, B. J. (2013). Efficacy and effectiveness of depot versus oral antipsychotics in schizophrenia: synthesizing results across different research designs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 568-575.
- Kleinman A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books
- Kleinman A. (2004). Culture and depression. *The New England journal of medicine*, 351(10), 951–953
- Knegtering, R., Van der Moolen, A., Castelein, S., den Kluitert, H., Van den Bosch, R., (2003). What are the effects of antipsychotics on sexual dysfunctions and endocrine functioning? *Psychoneuroendocrinology* 28, 109–123.
- Knight, F. (2018). Supported decision-making: the expectations held by people with experience of mental illness. *Qual. Health Res.* 28 (6), 1002–1015.
- Kreyenbuhl, J., Slade, E. P., Medoff, D. R., Brown, C. H., Ehrenreich, B., Afful, J., & Dixon, L. B. (2011). Time to discontinuation of first-and second-generation antipsychotic medications in the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 131, 127–132.
- Laing, R.D. (1969). *L'io diviso*. Torino: Einaudi
- Laxhman, N., Greenberg, L., Priebe, S., (2017). Satisfaction with sex life among patients with schizophrenia. *Schizophr. Res.* 5 (9).
- Lambert, M., Conus, P., Eide, P., Mass, R., Karow, A., Moritz, S., et al. (2004). Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *European Psychiatry*, 19, 415–422.
- Lane, R. (2020). Expanding boundaries in psychiatry: uncertainty in the context of diagnosis-seeking and negotiation. *Sociology of Health & Illness*, 42(S1), 1–15.
- Laughren, T. (2006). Brieng document for December 13 meeting of Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee. Accessed at: www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/brieng/2006-4272b1-index.htm
- Le Geyt, G., Awenat, Y., Tai, S. & Haddock, G. (2017). Personal Accounts of Discontinuing Neuroleptic Medication for Psychosis. *Qualitative Health Research*, Vol. 27(4) 559-572
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., & Davis, J. M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379,2063–2071.
- Lieberman, J.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P., Swartz, M.S., Rosenheck, R.A., Perkins, D.O., Keefe, R.S., Davis, S.M., Davis, C.E., Lebowitz, B.D., Severe, J. & Hsiao, J.K. (2005). Effectiveness of

- antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 353(12):1209-1223.
- Lillrank, A. (2003) Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives, *Social Science & Medicine*, 57, 6, 1045–54.
- Lingam, R., & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 164–172.
- Lin, K., & Kleinmann, A. M. (1988). Psychopathology and Clinical Course of Schizophrenia: A Cross-Cultural Perspective, *Schizophrenia Bulletin*, 14(4), 555–567
- Lo Coco, G. & Lo Verso, G. (2015). *La cura relazionale. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Lock, M. M. (2004). Medicalization and the naturalization of social control. In. Ember, C. W & Ember, M. (Eds.), *Encyclopedia of medical anthropology; health and illness in the world's cultures* (pp. 116 e 124). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Mantucci, N. & Vagnarelli, G. (2012). *Medicalizzazione, sorveglianza e biopolitica: a partire da Michel Foucault*. Mimesis.
- Marazziti, D. (2020). *Psicofarmacoterapia clinica*. Giovanni Fioriti Editore
- Martin, E. (2007) *Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture*. Princeton: Princeton University Press.
- Martinez- Hernaez, A. (2013). Biomedical psychiatry and its concealed metaphors: an anthropological perspective. *Collegium antropologicum*; 37: 1019–25.
- Masand, P. S., Roca, M., Turner, M. S., & Kane, J. M. (2009). Partial adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in patients with schizophrenia: a review. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 11(4), 147-154.
- Menegatto, M. & Zamperini, A. (2018). *Coercizione e disagio psichico. La contenzione tra dignità e sicurezza*. Roma: Il Pensiero Scientifico
- Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review*, 8(2), 193-210.
- Metzl, J. M., & Herzig, R. M. (2007). Medicalisation in the 21st century: introduction. *Lancet*, 369, 697e698.
- Miller, P. (1986). Critiques of psychiatry and critical sociologies of madness. In P. Miller & N. Rose (Eds.), *The Power of Psychiatry*. Cambridge [Cambridgeshire]; New York: Polity Press; Blackwell.
- Mintz, D. L. (2005). Teaching the Prescriber's Role: The Psychology of Psychopharmacology. *Academic Psychiatry*; 29:187–194

- Moynihan, R., & Henry, D. (2006). The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS Medicine*, 3(4), 0425e0428.
- Moncrieff, J., & Crawford, M. J. (2001). British psychiatry in the 20th century: observations from a psychiatric journal. *Social Science & Medicine*, 53(3), 349–356.
- Moncrieff, J. (2006). Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114,3–13.
- Moncrieff, J. & Cohen, D. (2009). How do psychiatric drugs work? *BMJ*, 338.
- Moncrieff, J. (2013). *The bitterest pills: The troubling story of antipsychotic drugs*. Hampshire: Palgrave Macmillan UK.
- Morant, N., Azam, K., Johnson, S. & Moncrieff, J. (2018). The least worst option: user experiences of antipsychotic medication and lack of involvement in medication decisions in a UK community sample. *Journal of Mental Health*, 27 (4), 322–328.
- Morrison, A. P., Hutton, P., Shiers, D., & Turkington, D. (2012). Antipsychotics: Is it time to introduce patient choice? *The British Journal of Psychiatry*, 201, 83–84.
- Morrison, P., Meehan, T., & Stomski, N. J. (2015). Living with antipsychotic medication side-effects: The experience of Australian mental health consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 253–261.
- Narendorf, S. C., Munson, M. R. & Floersch, J. (2015). Perspectives on Psychotropic Medication Treatment Among Young Adults Formerly Served in Public Systems of Care: A Thematic and Narrative Analysis. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 6(1), 121–143.
- Nettleton, S. (2006) ‘I just want permission to be ill’: towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Social Science & Medicine*, 62, 5, 1167–78.
- Neuendorf, K. A. (1990). Health images in the mass media. In E. B. Ray & L. Donohew (Eds.), *Communication and health: Systems and applications* (pp. 111–135). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Nielsen, M., Hansen, E. H., & Gøtzsche, P. C. (2012). What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. *Addiction*, 107(5), 900–908.
- Nisbett, R.E. (2003). *The Geography of Thought: How Asians and Westerns Think Differently . . . and Why*. New York: Free Press.
- Nose, M., Barbui, C., & Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programs? A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 1149–1160.

- Parada, T. C. (2018). Subjectivity and autonomy: meanings and narratives with respect to discontinuing psychiatric drugs. *Salud colectiva*, 14 3, 513–529.
- Paris, J. (2010). *The Use and Misuse of Psychiatric Drugs* (L. J. Wiley, Cur.).
- Paris, J. (2015). *Lo spettro bipolare. Diagnosi o moda?* (M. Raffaello Cortina Editore, Cur.).
- Patten, S.B., & Beck, C.A. (2004) Major Depression and Mental Health Care Utilization in Canada: 1994 to 2000. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 303–310.
- Pescosolido B. A., Martin J. K., Long J. S., Olafsdottir S., Kafadar K., Medina T. R (2015), The Theory of Industrial Society & Cultural Schemata: Does the “Cultural Myth of Stigma” Underlie the WHO Schizophrenia Paradox?, *American Journal of Sociology*, 121(3), 783-825
- Peltzer, K. (2002). Personality and Person Perception in Africa. *Social Behavior and Personality* 30(1): 83-94.
- Pickering N. (2006). *The metaphor of mental illness*. Oxford: OUP.
- Pinto, S. (2020). Madness: Recursive Ethnography and the Critical Uses of Psychopathology. *Annual Review of Anthropology*, Vol. 49:299-316
- Pound, P., Britten, N., Morgan, M., Yardley, L., Pope, C., Daker-White, G., & Campbell, R. (2005). Resisting medicines: A synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Science & Medicine*, 61, 133–155.
- Pratt, L., Brody, D., & Gu, Q. (2011). Antidepressant use in persons aged 12 and over: United States, 2005e2008. In N. C. H. Statistics (Ed.), *NCHS data brief, no. 76*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Read, J. (2005). *Coping with coming off: Mind's research into the experience of people trying to come off psychiatric drugs*. Leeds, UK: Mind Publications.
- Read, J. (2009). *Psychiatric drugs: Key issues and service user perspectives*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Ringer, A. & Holen, M. (2015). “Hell no, they’ll think you’re mad as a hatter”: Illness discourses and their implications for patients in mental health practice. *Health* (London), 20(2), 161–175.
- Rhodes, L. (1984). “This will clear your mind”: The use of metaphors for medication in psychiatric settings. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8(1),49–70.
- Rhodes, L. (1995). *Emptying Beds. The work of an emergency psychiatric unit*. Berkeley:University of California Press.

- Rogers, A., Day, J. C., Williams, B., Randall, F., Wood, P., Healy, D., & Bentall, R. P. (1998). The meaning and management of neuroleptic medication: A study of patients with a diagnosis of schizophrenia. *Social Science and Medicine*, 47, 1313 -1323.
- Rose, N. (2003). Neurochemical selves. *Society*, 46–59.
- Rose, N. (2007a). *Politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press.
- Rose, N. (2007b). Beyond medicalization. *Lancet*, 369, 700–702.
- Rosenberg, C. (2006). Contested boundaries: psychiatry, disease and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3), 407e424.
- Rosenman, S. (2016). Watch that metaphor! *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(6), 507–508.
- Rummel-Kluge, C., Komossa, K. (2010). Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Res.* 123, 225–233.
- Russo, J. & Rose, D. (2013). “But what if nobody’s going to sit down and have a real conversation with you?” Service user/survivor perspectives on human rights. *Journal of Public Mental Health*, 12, 184–192.
- Russo, J. (2018). Through the Eyes of the Observed: Re-directing Research on Psychiatric Drugs. Talking Point Papers No. 3. McPin Foundation, London. <http://mcpin.org/wp-content/uploads/talking-point-paper-3-final.pdf>.
- Salomon, C. & Hamilton, B. (2013). “All Roads Lead to Medication?” Qualitative Responses From an Australian First-Person Survey of Antipsychotic Discontinuation. *Psychiatric rehabilitation journal*, 36(3), 160–165.
- Salvini, A. (2009). “normalità/anormalità”. In Einaudi (Cur.), *Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*.
- Salvini A. & Dondoni M. (2011), *Psicologia clinica dell’interazione e psicoterapia*. Milano: Giunti
- Salvini, A. & Iudici, A. (2019). *La mente ‘malata’ e la cura repressiva della diversità*. Nexus Edizioni.
- Saraceno, B. (2014). Discorso globale, sofferenze locali: analisi critica del Movimento di salute mentale globale. Il Saggiatore.
- Saraceno, B. (2017). *Sulla povertà della psichiatria*. Roma: O.Gra.Ro.
- Sheff, T. J. (1980), *Per infermità mentale – Una teoria sociale della follia*. Milano: Feltrinelli

- Shildkraut, J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders. *American Journal of Psychiatry*; 122:509-22
- Schlosser, A.V. & Hoffer, L.D. (2012). The psychotropic self/imaginary: subjectivity and psychopharmaceutical use among heroin users with co-occurring mental illness. *Cult.Med. Psychiatr.* 36, 26–50.
- Seale, C. (2007). Antipsychotic medication, sedation and mental clouding: an observational study of psychiatric consultations. *Soc. Sci. Med.* 65, 698–711.
- Servonnet, A., Uchida, H. & Samaha, A.-N. (2021). Continuous versus extended antipsychotic dosing in schizophrenia: Less is more. *Behavioural Brain Research*,401, 113076.
- Sherlock, S., & Kielich, L. (1991). Medication and the Patient Role: Implications for the Labeling Theory of Mental Illness. *Michigan Sociological Review*, (5), 90-102
- Schneider, J. W., & Conrad, P. (1983). *Having epilepsy: The experience and control of illness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Shostak, S., Conrad, P., & Horwitz, A. V. (2008). Sequencing and its consequences: path dependence and the relationships between genetics and medicalization. *American Journal of Sociology*, 114, S287eS316.
- Stewart, D. C., Anthony, G. B. & Chesson, R. (2009). “It’s not my job. I’m the patient not the doctor”: patient perspectives on medicines management in the treatment of schizophrenia. *Patient Education and Counseling*, 78(2),212–217.
- Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Haukka, J., Korhonen, P., & Tiihonen, J.(2013). Description of long-term polypharmacy among schizophrenia outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(4), 631-638.
- Sutherland, L. (1956). *Magic Bullets*. Boston, Little, Brown and Company
- Sulzer, S. (2015) Does ‘difficult patient’ status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder, *Social Science & Medicine*, 142, 82–9.
- Swidler, A. (1986). Culture in Action: Symbols and Strategies. *American Sociological Review*.51 (2): 273-286.
- Swirsky, J. (1992). An inborn vulnerability to depression. *New York Times*, p. 10.
- Szasz, T. S. (2007). *The Medicalization of Everyday Life*. Syracuse University Press.
- Thoits, P. A. (2016). “I’m Not Mentally Ill”: Identity Deflection as a Form of Stigma Resistance. *J Health Soc Behav*, 57 (2), 135–151.
- Thornton, D. J. (2011). *Brain culture: Neuroscience and popular media*. New Burswick, NJ: Rutgers University Press.

- Tiihonen, J., Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Haukka, J., & Korhonen, P. (2012). Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69(5), 476-483.
- Travisano, R.V., (1970) Alternation and Conversion as Qualitatively Different Transformations, in *Life as Theatre*, Brissett and Edgley, eds. Chicago: Aldine.
- Tucker, I. (2009). "This is for Life": A Discursive Analysis of the Dilemmas of Constructing Diagnostic Identities. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(3).
- Usher, K. (2001). Taking neuroleptic medicines as the treatment for schizophrenia: A phenomenological study. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 19, 145-155.
- Valestein, E.S. (1998). *Blaming the brain. The truth about drugs and mental health*. New York: The Free Press
- Vedana, K. G. G. & Miasso, A. I. (2014). The meaning of pharmacological treatment for schizophrenic patients. *Rev Lat Am Enfermagem*, 22(4), 670-678.
- Waddell, L., Taylor, M. (2008). A new self-rating scale for detecting atypical or second generation antipsychotic side effects. *J. Psychopharmacol.* 22 (3), 238-243.
- Whitaker, R. (2013). *Indagine su un'epidemia. Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell'epoca del boom degli psicofarmaci*. Roma: Giovanni Fioriti Editore
- Whitehead, C., Moss, S., Cardno, A. & Lewis, G. (2003) Antidepressants for the treatment of depression in people with schizophrenia: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 589-599. Review: the case for antidepressants for treating depression in people with schizophrenia remains unproven.
- Whooley, O. (2010) Diagnostic ambivalence: psychiatric workarounds and the diagnostic and statistical manual of mental disorders, *Sociology of Health & Illness*, 32, 3, 452-69.
- Williams, S. J., Martin, P., & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalization of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 33, 710-725.
- Willig, C. (2000). A Discourse-Dynamic Approach to the Study of Subjectivity in Health Psychology. *Theory & Psychology*, 10(4), 547-570.
- World Health Organization (1973), Report of the International Pilot Study of Schizophrenia, *WHO Offset Publication no. 2*
- Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S., & Nienhuis, S. J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: Long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *The Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 70, 913-920.

- Zipursky, R. B., Menezes, N. M., & Streiner, D. L. (2014). Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 152, 408–414.
- Zola, I. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20, 487e504.