



UNIVERSITA' 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

La familiarità con le sostanze stupefacenti ed il consumo di psicofarmaci: una ricerca tra persone con diagnosi di psicosi.

Familiarity with drugs and the consumption of psychotropic drugs: a research among
people diagnosed with psychosis

Relatrice

Prof.ssa Elena Faccio

Correlatore

Dott. Michele Rocelli

Laurenda: Ilaria Salvetti

Matricola: 1234161

Anno Accademico 2021/2022

*“È una tappa per ritornare a volare, ok?
Perché hai le ali spezzate per qualche motivo,
perché la vita...usura, usura le tue ali,
però...quando trovi il modo, puoi volare
ancora” (E.)*

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO PRIMO - IL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI DA PARTE DI PERSONE CHE RICEVONO UNA DIAGNOSI DI “PSICOSI”	9
1.1 Il consumo di sostanze stupefacenti: dalla tossicodipendenza alla tossicofilia.....	10
1.2 La costruzione sociale della “malattia mentale”	14
1.3 Gli studi sulla relazione tra il consumo di sostanze e l’esacerbazione dei “disturbi psicotici”	16
1.3.1 Il “Disturbo psicotico indotto da sostanze o farmaci”	21
1.4 Significati e ragioni legate all’uso di sostanze stupefacenti: i risultati degli studi qualitativi.....	24
CAPITOLO SECONDO - IL SÉ MEDICALIZZATO: TEORIE E SIGNIFICATI DEL CONSUMO DI PSICOFARMACI IN PERSONE CON E SENZA STORIA D’USO DI SOSTANZE.....	29
2.1 L’“identità malata”: il potere generativo del discorso.....	30
2.2 L’“identità malata”: le ricadute identitarie dell’assunzione di psicofarmaci.....	34
2.3 Significati e teorie personali del consumo di psicofarmaci e della loro gestione	38
2.4 Un approccio alternativo alle “gravi crisi psichiatriche”: la “Terapia del Dialogo Aperto”	43
CAPITOLO TERZO - INTRODUZIONE ALLA RICERCA.....	47

3.1 La cornice epistemologica.....	47
3.2 Metodologia della ricerca: la ricerca qualitativa.....	49
3.3 Strumento di raccolta dei dati: l'intervista semi-strutturata.....	50
3.4 Obiettivi della ricerca.....	51
3.5 Il contesto e i partecipanti alla ricerca	53
3.6 Costruzione dell'intervista.....	56
3.7 Analisi dei dati.....	59
3.7.1 <i>L'analisi del contenuto</i>	59
3.7.2 <i>L'analisi del posizionamento.....</i>	62
CAPITOLO QUARTO - ANALISI DEI DATI E PRESENTAZIONE DEI RISULTATI	67
4.1 Criteri per l'applicazione dell'analisi del contenuto.....	67
4.1.1.1 Analisi delle narrazioni in merito al primo contatto con i servizi per la salute mentale.....	68
4.1.1.2 <i>Discussione dei risultati</i>	70
4.1.2.1 Analisi delle teorie personali in merito ai significati, agli effetti e all'utilità dello psicofarmaco	73
4.1.2.2 <i>Discussione dei risultati</i>	76
4.1.3.1 Analisi delle narrazioni in merito alle ricadute identitarie dell'assunzione dello psicofarmaco	78
4.1.3.2 <i>Discussione dei risultati</i>	80
4.1.4.1 Analisi delle narrazioni in merito alle variazioni e/o sospensione degli psicofarmaci e speranze per il futuro	84
4.1.4.2 <i>Discussione dei risultati</i>	86

4.1.5.1	Analisi delle narrazioni in merito alle ragioni, ai significati e agli obiettivi del consumo di sostanze stupefacenti nel passato e/o nell'attualità e le relative implicazioni sul benessere personale.....	89
<i>4.1.5.2</i>	<i>Discussione dei risultati</i>	<i>91</i>
4.2	Criteria per l'applicazione dell'analisi del posizionamento: i posizionamenti identitari nelle narrazioni sulla "malattia mentale"	94
4.2.1	Analisi del posizionamento identitario: il gruppo di non consumatori di sostanze.....	95
4.2.1.1	Posizionamenti identitari nei confronti della "malattia"	95
4.2.1.2	Posizionamenti identitari nei confronti degli "altri".....	100
4.2.1.3	Posizionamenti identitari nei confronti dello "psicofarmaco"	104
<i>4.2.1.4</i>	<i>Discussione dei risultati</i>	<i>107</i>
4.2.2	Analisi del posizionamento identitario: il gruppo di consumatori di sostanze	111
4.2.2.1	Posizionamenti identitari nei confronti del "ricovero"	111
4.2.2.2	Posizionamenti identitari nei confronti della "diagnosi"	114
4.2.2.3	Posizionamenti identitari nei confronti della "medicalizzazione"	117
<i>4.2.2.4</i>	<i>Discussione dei risultati</i>	<i>123</i>
4.3	DISCUSSIONE GENERALE DEI RISULTATI.....	126
	CONCLUSIONI.....	133
	LIMITI DELLA RICERCA	139
	PROSPETTIVE FUTURE.....	139
	BIBLIOGRAFIA	143

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni si è assistito alla crescita esponenziale del ricorso alle terapie farmacologiche nell'ambito della Salute Mentale e, parallelamente, si è registrato un forte aumento del consumo di sostanze stupefacenti, anche a fronte della crescita del numero delle Nuove Sostanze Psicoattive, ossia nuovi prodotti di sintesi dotati di una completa autonomia sia sotto il profilo legale che chimico-tossicologico e guardate dalla comunità scientifica con allarme (DCSA, 2019; Whitaker, 2013).

Sono numerosi gli studi presenti in letteratura che evidenziano l'alta percentuale di persone ricoverate nei reparti psichiatrici che manifestano "sintomi psicotici" in comorbilità al consumo di sostanze stupefacenti. Non è un caso se in epoca recente sono state pubblicate numerose ricerche che cercano di indagare la relazione tra il consumo di sostanze e l'insorgenza dei cosiddetti "disturbi psicotici", ricerche che consistono soprattutto in studi epidemiologici e biomedici che escludono l'indagine delle narrazioni delle persone che tali fenomeni li hanno vissuti in prima persona.

Di fronte al complesso fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti in "comorbilità" ai "sintomi psicotici" si assiste, in ambito medico e scientifico, alla disquisizione, impossibile da dirimere, sulle ipotesi eziologiche di tali "disturbi", cercando di stabilire se sia l'uso di sostanze stupefacenti a *causare* la "psicosi" o se sia la "psicosi" a *causare* il consumo di sostanze. Il clinico è infatti chiamato a stabilire la priorità del "problema" allo scopo di indirizzare l'utente al Servizio che meglio si adatta al trattamento del suo "disturbo", tentando di stabilire se il caso sia di competenza del SerT, della psichiatria o delle strutture di "doppia diagnosi". A questo punto si evidenziano almeno tre problemi: il primo riguarda il modo parcellizzato e settoriale con cui sono organizzati i Servizi e, di conseguenza, gli interventi; il secondo riguarda l'asimmetria insita nella relazione tra psichiatra e utente, il primo legittimato ad emettere una diagnosi e a stabilire la priorità del problema senza tenere necessariamente in considerazione l'opinione del "paziente", il quale è spesso subordinato alle scelte del professionista; infine, la logica riduzionistica e mecanomorfica che sottende la ricerca delle *cause* del quadro "psicopatologico", la quale reifica i costrutti di "psicosi" e di "dipendenza da sostanze", trattandole come unità discrete e stabili.

La letteratura relativa al consumo di psicofarmaci nel panorama delle “gravi crisi psichiatriche” mette inoltre in luce la problematica e scarsa aderenza al trattamento con farmaci antipsicotici (Adams & Howe, 1993). Anche in questo caso si tratta spesso di studi che non prendono in considerazione la prospettiva dell’utente. Per anni, infatti, le ricerche tradizionali in ambito psicologico si sono dimostrate poco interessate nello studiare l’esperienza personale ed irriducibilmente soggettiva degli individui, e solo in tempi recenti si è cercato di colmare questo vuoto attraverso ricerche qualitative che avessero lo scopo di comprendere la pluralità degli stili di vita e i processi attraverso i quali le persone co-costruiscono i significati che attribuiscono ai fenomeni indagati, attraverso metodi di ricerca rispettosi della complessità del contesto, flessibili e interattivi.

Alla luce delle scarse ricerche presenti in letteratura che indaghino i vissuti personali di giovani adulti che hanno ricevuto una diagnosi di “psicosi” e che assumono farmaci antipsicotici, soprattutto se presentano una storia di consumo di sostanze stupefacenti, si è cercato attraverso questa ricerca di colmare in parte questa mancanza.

Il presente studio è nato dal desiderio di mettere in luce i significati relativi al consumo di psicofarmaci dal punto di vista soggettivo dell’utente, ampliando le conoscenze in merito ai vissuti, alle teorie personali, alle ragioni che guidano l’assunzione di psicofarmaci o eventuali variazioni, così come alle ricadute del processo di “medicalizzazione” (Davies-Berman e Pestello, 2005) sul piano della costruzione identitaria, ad esempio analizzando il grado di identificazione dell’individuo con la diagnosi e le conseguenze di ciò sull’adesione alla terapia.

Gli obiettivi della ricerca sono stati conseguiti attraverso il confronto delle narrazioni dei due gruppi di partecipanti allo studio, uno costituito da persone con storia di consumo di sostanze, l’altro da individui che non ne hanno mai fatto uso, tutti afferenti all’Unità Operativa di Psichiatria – Alto Garda, Ledro e Giudicarie dell’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.

Nel primo capitolo della presente ricerca si è cercato di riflettere sul fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti inteso come “tossicodipendenza”, opponendovi il costrutto alternativo di “tossicofilia”, il quale si dimostra più appropriato per comprendere la complessità del fenomeno di consumo di sostanze stupefacenti da un punto di vista psicologico, a partire da posizioni non aprioristiche e patologizzanti, considerando l’individuo come un agente attivo e intenzionale, il quale agisce sulla base di ragioni,

desideri, ed obiettivi per elicitare peculiari percezioni somatopsichiche di sé e per promuovere particolari costruzioni identitarie (Salvini, Iudici e Faccio, 2011). È stato poi presentato un *excursus* dei vari studi che si sono occupati di indagare la relazione tra il consumo di sostanze stupefacenti e l'esacerbazione dei “disturbi psicotici”, problematizzando gli assunti epistemologici alla base di tali ricerche e alla diagnosi di “Disturbo psicotico indotto da sostanze”; infine, sono stati presentati i risultati degli studi qualitativi che si sono occupati di indagare le narrazioni delle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti, per mettere in luce i significati e le ragioni dell'uso.

Nel secondo capitolo ci si è occupati di riflettere innanzitutto sul potere generativo del discorso nel creare e mantenere la “realtà” della “malattia mentale”, dopodiché si è cercato di comprendere quali fossero le ricadute identitarie del processo di “medicalizzazione”, i significati e le teorie personali del consumo di psicofarmaci e della loro gestione; infine, è stato presentato un approccio alternativo di intervento nelle “gravi crisi psichiatriche”, ossia la “Terapia del Dialogo Aperto”, un metodo di trattamento sviluppato da Seikkula nel corso degli anni Ottanta in Finlandia. Questo metodo è basato su principi “democratici” e sul coinvolgimento della rete sociale dell'utente nel processo di “cura”, minimizzando il ricorso agli psicofarmaci, con l'obiettivo di fornire nuove possibilità di espressione del malessere, promuovendo nuovi significati in un'ottica dialogico-trasformativa (Seikkula, 2014).

Questi primi due capitoli sono dedicati ad un inquadramento essenzialmente teorico dei fenomeni indagati; il terzo capitolo è invece dedicato all'introduzione epistemologica e metodologica della ricerca, la quale assume la prospettiva teorica dell'Interazionismo simbolico (Blumer, 1969). La ricerca in questo ambito non ha tanto lo scopo di svelare una “realtà” sottostante al fenomeno indagato, o di fornire spiegazioni e generalizzazioni dello stesso, quanto quello di comprendere i processi di significazione e di co-costruzione di un particolare fenomeno dal punto di vista dell'individuo, cercando di rispettare la complessità della realtà indagata.

Infine, il quarto ed ultimo capitolo è dedicato all'esposizione delle analisi effettuate e alla presentazione e discussione dei risultati.

Sin dai primi esiti emersi dalle analisi si sono riscontrate delle importanti differenze tra i due gruppi di partecipanti, soprattutto per quanto riguarda la percezione di efficacia e di utilità del farmaco, in quanto la quasi totalità dei partecipanti appartenenti al gruppo di consumatori di sostanze si dichiara contraria all'assunzione di farmaci. Si è allora tentato

di capire quali potessero essere le ragioni che giustificassero tali divergenze, indagando il ruolo svolto dalla diagnosi di “malattia mentale” nella narrazione di sé, al fine di comprendere se il grado di identificazione del partecipante con tale diagnosi potesse influire sulla percezione dell'utilità dello psicofarmaco e, di conseguenza, sull'adesione alla terapia farmacologica. Ciò che è emerso in modo chiaro è la differenza sostanziale tra i due gruppi di partecipanti rispetto al grado di identificazione con la “malattia”: identificazione unanime nel caso del gruppo di non consumatori di sostanze, e disidentificazione per la maggior parte delle persone appartenenti al gruppo di consumatori di sostanze.

Quali sono le ragioni che stanno alla base di queste differenze sostanziali tra i due gruppi? Come i partecipanti che presentano una storia di consumo di sostanze stupefacenti giustificano i “sintomi psicotici” emersi durante gli stati alterati di coscienza in “comorbilità” al consumo di sostanze, e come invece vengono interpretati dallo psichiatra? Presentare una storia di consumo di sostanze ha delle implicazioni sull'adesione alla terapia psicofarmacologica? Quali sono i presupposti per la condivisione di un percorso “terapeutico” efficace e generativo di cambiamento?

Capitolo primo

IL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI DA PARTE DI PERSONE CHE RICEVONO UNA DIAGNOSI DI “PSICOSI”

“Ogni volta che fumavo mi dicevano «Trova te stesso, cerca di smettere di fumare», robe così. Io pensavo «Boh, ma cosa devo fare io per trovare me stesso?»” (A.)

Negli ultimi decenni si sono registrati da una parte un forte aumento del consumo di sostanze stupefacenti tra i giovani ad età via via più precoci, dall'altra la crescita del numero delle nuove sostanze psicoattive che rendono ancor più complessa la comprensione e il monitoraggio dei loro effetti, così come le ricadute sul benessere dei consumatori. Per Nuove Sostanze Psicoattive ci si riferisce a molecole, principalmente di natura sintetica, che appartengono a particolari gruppi strutturali quali gli oppioidi, i cannabinoidi sintetici, i cationi sintetici, le triptamine, ma che si differenziano da questi rispetto alla molecola di base, dando dunque vita ad una sostanza dotata di completa autonomia, sia sotto il profilo legale che chimico-tossicologico (DCSA, 2019). Alla luce del crescente consumo di sostanze stupefacenti, dalle più note ai nuovi prodotti di sintesi, e dell'alto tasso di persone psichiatrizzate che presentano una storia d'uso di sostanze, è aumentato il numero delle ricerche (soprattutto di tipo epidemiologico e biomedico) che cercano di stabilire una connessione tra il fenomeno del consumo di sostanze e l'insorgenza di una presunta “psicopatologia”. Può infatti accadere che giungano all'osservazione psichiatrica persone in una fase di alterazione dello stato di coscienza in concomitanza al consumo di sostanze stupefacenti, e che tale alterazione venga ricondotta ad una psicopatologia quale è la “psicosi”, con il rischio di condannare la persona ad un trattamento farmacologico inadeguato (Caton et al., 2007).

In tale capitolo, a seguito della discussione dei costrutti di “tossicodipendenza” e di “malattia mentale” secondo la prospettiva teorica di riferimento, si cercherà di riflettere sulle modalità con cui gran parte delle ricerche in ambito medico e scientifico tentino di *spiegare* la correlazione tra consumo di sostanze stupefacenti e i cosiddetti “disturbi

psicotici”, veicolando un tipo di narrazione per molti versi limitante. Infine, verranno illustrati i risultati dei principali studi qualitativi sulle ragioni e i significati che dirigono il consumo di sostanze da parte di persone che hanno ricevuto una diagnosi di “malattia mentale”.

1.1 Il consumo di sostanze stupefacenti: dalla tossicodipendenza alla tossicofilia

Il concetto di “droga”¹, così come quello di tossicodipendenza, sorge a partire da valutazioni morali e politiche, e presuppone una definizione istituzionalizzata (Derrida, 1993): è solo a partire dal reticolo retorico-discorsivo ad essa riferito, con la sua storia, la sua cultura, le relative norme, che la “droga” viene rivestita di significati, per lo più negativi, e viene spesso relegata nell’alveo dell’interdetto, divenendo minaccia per il vincolo sociale. Al contrario, in alcuni casi, la sostanza può assumere significati opposti, elevarsi a mezzo attraverso il quale raggiungere obiettivi specifici, come ad esempio ottenere conferme identitarie, fungere da collante relazionale, compensare vari problemi di ordine psicologico, sociale o interpersonale. Va quindi considerato il valore d’uso che le sostanze assumono per il consumatore al fine di comprendere realmente il loro significato: in questo senso, la “droga è l’effetto di un’interpretazione” (Derrida, 1993, p. 34).

La devianza, dunque, così come la “tossicomania”, non esiste di per sé, ma nasce a partire da un quadro culturale, sociale e normativo di riferimento, all’interno del quale vengono definiti i confini della normalità e della retta condotta. Secondo Becker, infatti, la devianza, non è una proprietà intrinseca all’atto commesso, bensì il risultato dell’applicazione, da parte della società, di regole e sanzioni (Salvini, Faccio e Dondoni, 2011). Infatti, sebbene il consumo di sostanze sia un fenomeno da sempre esistente, la tipologia delle sostanze usate, i significati associati al consumo e le politiche di regolamentazione, le persone che ne fanno uso e persino i luoghi nei quali avviene il consumo sono cambiati nel corso del tempo (Wilton e Moreno, 2012).

¹ Sebbene si tratti di un termine scientificamente improprio, in quanto il costrutto di “droga” non si riferisce solo alle sostanze stupefacenti ma a qualsiasi sostanza in grado di modificare gli stati neurofisiologici e mentali, e dunque anche ai farmaci, ci si riferirà nel corso della trattazione alla “droga” per indicare le sostanze stupefacenti, distinguendola dagli psicofarmaci.

A proposito dell'“alcolismo” Kneale e French scrivono:

“Dalla metà del diciannovesimo secolo, diversi gruppi hanno lottato per stabilire definizioni coerenti del problema del consumo di alcol in medicina, salute pubblica, scienze sociali e altrove, e ciascuna di queste forme di conoscenza ha la propria immaginazione sociologica e geografica”² (Kneale e French, 2008).

Se si analizza il fenomeno del consumo di sostanze rispettando i paradigmi della psicologia costruttivista, secondo la quale non esiste una realtà oggettiva e conoscibile indipendentemente dall'osservatore e dai suoi processi interpretativi, diviene necessario ri-considerare il costrutto di tossicodipendenza secondo una prospettiva semiotica che tenga conto dei significati che dirigono il consumo (Salvini, Iudici & Faccio, 2011). La “dipendenza”, in questo senso, è inafferrabile, poiché si configura come un fenomeno politetico che nasce a partire dalle strutture concettuali orientate a delimitarla, e dunque sorge dalla dimensione del discorso (Testoni, 1997). Come afferma Testoni (1997):

“Il definire la dipendenza come costituita politeticamente da aspetti sia fisiologici sia sociali e/o soggettivi, tutti presenti ma nessuno sufficiente e/o necessario, circoscrive il senso dell'opposizione tra chi la ritiene un problema fisiologico e chi la considera una questione psicologica, sottintendendo da una parte l'irrisolvibilità delle antinomie tra le teorie che intendono significare il medesimo oggetto, dall'altra la loro insufficienza”.

Se da una parte rintracciare le “cause” della dipendenza si configura come un esercizio sterile, dall'altra è necessario cercare di definire almeno che cosa si intenda per “tossicodipendenza”. Tale costrutto, infatti, evidenzia la necessità psicobiologica indotta dal consumo di sostanze psicoattive nella persona, la quale diventerebbe così “schiava” della sostanza in quanto “dipendente”, vittima della propria biologia e diretta dalla necessità costante di consumo (Salvini, Iudici e Faccio, 2011). La tossicodipendenza rischia allora di venire erroneamente oggettivata, intesa come una realtà ontologicamente data, diviene una reificazione e sembra esistere indipendentemente dall'individuo a cui ci si riferisce (Salvini, Dondoni, 2011). Ciò alimenta la diffusione di un'immagine sociale

² Traduzione mia

del tossicodipendente tipizzata e saturata dall'atto deviante: ecco allora che la tossicodipendenza diviene un "disturbo" e il tossicodipendente un succube pressato dai propri impulsi fisiologici, psichicamente disturbato, incapace di autodeterminarsi e privo di autocontrollo, con la conseguenza di legittimare il ruolo di chi vuole essere autorizzato a intervenire, esercitando sulla persona una forma di potere, sia esso medico o giuridico (Salvini, Iudici e Faccio, 2011). Tuttavia, confondere il comportamento deviante tossicomaniacale con la patologia,

"riducendolo entro un quadro di spiegazione e di intervento medico-biologico, è palesemente un tentativo riuscito di mascherare delle infrazioni di norme prescrittive (sociali) facendole passare per deviazioni a delle norme costitutive (naturali)" (Salvini, 1980, citato in Iudici e De Aloe, 2007).

Sebbene il costrutto di tossicodipendenza possa essere considerato pertinente se utilizzato in riferimento ai bisogni biochimici determinati da una condizione di necessità fisica, tale costrutto si dimostra epistemologicamente improprio quando ci si riferisce alla dimensione psicologica della persona, la quale è un agente attivo che opera verso le cose sulla base dei significati loro attribuiti (Salvini, Iudici e Faccio, 2011).

Secondo il paradigma teorico dell'Interazionismo Simbolico (Blumer, 2006), infatti, la persona non risponde semplicemente a degli stimoli, come ad esempio l'impulso a consumare la sostanza, bensì li interpreta sulla base dei significati simbolici ad essi attribuiti, e agisce sulla base di tali significati, così come di desideri ed obiettivi. Tale processo interpretativo è un processo interattivo, in quanto emerge all'interno di reti di relazioni e soprattutto nell'interazione sociale con sé stessi: i significati sono prodotti sociali che sorgono dal processo di interazione tra persone; tuttavia, vengono mantenuti, selezionati o modificati dall'individuo coinvolto in un processo costante di comunicazione con sé stesso (Blumer, 2006).

Per superare i limiti del costrutto di "tossicodipendenza" appare più appropriato ricorrere al costrutto di "tossicofilia", con il quale si indica "la ricerca da parte delle persone degli effetti gratificanti di una o più sostanze psicoattive, utilizzate per modificare intenzionalmente la propria percezione di sé e del mondo" ricavandone esperienze relazionali, cognitive ed emotive dotate di senso (Salvini, Iudici e Faccio, 2011, p. 244). Attraverso il consumo di particolari sostanze psicoattive, le persone agiscono intenzionalmente al fine di raggiungere specifici obiettivi e desideri, quali ad esempio

particolari esperienze di disinibizione, euforia, sedazione o eccitazione, cambiamenti di umore o degli stati di coscienza. Inoltre, le sostanze vengono spesso consumate in contesti sociali di aggregazione, possono favorire le relazioni e contribuiscono a produrre una particolare immagine di sé. Le sostanze dunque “possono essere considerate come “droghe per l’identità”, ovvero funzionali a saldare l’esperienza di sé con i sentimenti di autoefficacia e di conferma sociale” (Salvini, Faccio, 2002, p.124).

Una particolare sostanza può dunque inserirsi stabilmente nell’equilibrio di vita di una persona, in quanto “lascia supporre una riorganizzazione emotiva e cognitiva della rappresentazione di sé e degli schemi che regolano l’identità personale e la sua stabilità” (Salvini, 1998). Il consumo di sostanze possiede quindi una valenza simbolica, diviene un gesto semiotico che produce effetti di ordine espressivo, come effetti legati al sé e alla propria identità personale, o ancora effetti relazionali. A questo proposito, non è un caso che la prima esperienza di consumo di sostanze avvenga soprattutto in adolescenza, con la motivazione principale di fare esperienza e di ottenere approvazione sociale da parte del gruppo dei pari, o di far fronte ad episodi di vita difficili (Charles et al., 2010).

Il costrutto di tossicofilia si dimostrerebbe più appropriato per comprendere la complessità del fenomeno di consumo di sostanze stupefacenti a partire da posizioni non aprioristiche e dunque non necessariamente patologizzanti: comprendere le ragioni, i desideri, gli obiettivi, le speranze dell’uso è fondamentale per riuscire a cogliere il significato che il consumo riveste per il consumatore, quali particolari percezioni somatopsichiche emergano, quali produzioni identitarie ne conseguano. Non viene qui negato il ruolo svolto dai meccanismi neurofarmacologici della sostanza usata che rendono possibile l’esperienza tossicofilica; tuttavia, “gli effetti percepiti non possono essere separati dai significati socialmente attribuiti e culturalmente appresi” (Salvini, Iudici e Faccio, 2011, p. 246). Infatti,

“gli effetti ottenuti attraverso l’assunzione di una sostanza stupefacente, sedativi o psichedelici che siano, sono influenzati dalle attese e dal sistema di relazioni entro cui la persona agisce. [...] All’azione di una sostanza psicoattiva esiste una suscettibilità individuale non solo biologica, ma anche psicologica, che risente degli stati d’animo e della differente complessità cognitiva e culturale delle persone” (Salvini, Iudici e Faccio, 2011, p. 256).

1.2 La costruzione sociale della “malattia mentale”

Per “disturbo psicotico”, o “psicosi”, ci si riferisce, secondo il DSM-5, a disturbi caratterizzati da gravi alterazioni dell’esame di realtà e disturbi del pensiero, nella sua forma e/o nel contenuto, oltre che dalla compromissione del piano affettivo (DSM-5, 2013). I disturbi psicotici vengono diagnosticati sulla base di alcuni “indicatori sintomatici”, quali deliri, allucinazioni, pensiero e comportamento disorganizzati e sintomi negativi (DSM-5, 2013). Per una classificazione più dettagliata si distinguono: Disturbo schizotipico, Disturbo delirante, Disturbo psicotico breve, Disturbo schizofreniforme, Schizofrenia, Disturbo schizoaffettivo, Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con o senza altra specificazione, Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci, Disturbo psicotico dovuto a un’altra condizione medica.

La varietà nella classificazione di tali disturbi riflette la complessità di definire in senso risolutivo le varie sfumature delle manifestazioni della sofferenza dell’essere umano. Ad esempio, l’eterogeneità con cui si manifesta la cosiddetta “schizofrenia” fa sì che all’osservatore non giungano mai due pazienti con la medesima “costellazione di sintomi”, tanto da far dubitare della validità di tale costrutto (Buckley et al., 2009; Bentall et al., 1988).

Secondo la prospettiva teorica dell’Interazionismo Simbolico, l’ampio vocabolario diagnostico di cui si serve la psichiatria per riferirsi alla “malattia mentale” e i relativi modelli psicologici sono delle costruzioni sociali che assumono carattere di realtà per mezzo di un processo di reificazione (Salvini e Dondoni, 2011). Come afferma Alessandro Salvini (1997, p.33):

“Il mondo degli eventi psicologici che lo psicologo clinico è chiamato a descrivere, spiegare o interpretare, non è indipendente da un *agire comunicativo dotato di senso*, in cui le teorie implicite o esplicite possedute dagli attori, mentre spiegano o interpretano la realtà in fondo non fanno altro che produrne altra”.

Attraverso tale processo di reificazione, la diagnosi diviene un “neologismo oggettivante” che produce degli “effetti di realtà”, in quanto dà alle forme di disagio “un’esistenza che a sua volta s’impone alla coscienza autoriflessiva della persona” (Faccio, Salvini, 2006, p.125).

La prassi psichiatrica, ricorrendo alle categorie nosografiche nel tentativo di classificare e spiegare eziologicamente i fenomeni psichici, tratta tali fenomeni come se fossero enti empirici, ontologicamente esistenti, misurabili e analizzabili oggettivamente. Nel fare questo è implicita l'adozione del modello medico-biologicistico e delle relative prassi operative, cosicché i "disturbi mentali" divengono qualcosa che può essere "diagnosticato" sulla base di "costellazioni di sintomi" e "curato" alla stregua delle patologie organiche. Viene inoltre stabilita la possibilità di definire un funzionamento "normale" ed uno "anomalo", legittimando così l'intervento dei professionisti, i quali, in ambito psichiatrico, hanno il compito di intervenire sulle "malattie mentali" attraverso la somministrazione di farmaci, come se fossero malattie fisiche (Salvini, 1997).

In queste operazioni diagnostiche è implicato un processo di riduzione della complessità che non tiene conto delle differenze soggettive. Secondo la prospettiva teorica di riferimento, la realtà psicologica è una realtà co-costruita sulla base dei concetti che vengono utilizzati per descriverla e non esiste nei termini della realtà materiale (Castiglioni e Faccio, 2010). In questo senso, la "psicosi" non esisterebbe di per sé, ma unicamente sulla base del consenso che tale costrutto riceve all'interno di una data comunità di parlanti e sulla base degli effetti di realtà che produce in tale ambito: in sostanza, la psicosi non esisterebbe indipendentemente da un osservatore e dai suoi atti conoscitivi, e sarebbe il risultato di un effetto interpretativo (Castiglioni e Faccio, 2010). La conoscenza è infatti il frutto di una costruzione sociale in cui il linguaggio riveste un ruolo fondamentale, in quanto esso non si limita a descrivere la realtà, bensì la crea attraverso i significati che emergono dall'interazione dialogica tra le persone (Castiglioni e Faccio, 2010).

La Psicologia Interazionista opera una "valutazione" di tipo processuale del disagio della persona, che non può prescindere dalla comprensione, in interazione, delle modalità con cui l'individuo si rappresenta il mondo, i significati che dirigono le sue azioni, il modo in cui raffigura il proprio passato e anticipa il proprio futuro (Salvini, Iudici, Mazzini, 2011).

Nel secondo capitolo verranno discussi in modo più approfondito il caso delle "psicosi" e le ricadute identitarie che tale diagnosi comporta sul senso di sé.

1.3 Gli studi sulla relazione tra il consumo di sostanze e l'esacerbazione dei “disturbi psicotici”

I risultati dello studio del *National Institute of Mental Health* (NIMH) ottenuti dall'*Epidemiologic Catchment Area* (ECA) forniscono una stima del tasso di correlazione tra il consumo di alcol e altre sostanze stupefacenti e i “disturbi mentali” nella comunità generale e nella popolazione istituzionalizzata degli Stati Uniti (Regier et al., 1990). Su un campione di 20 291 persone, i risultati mostrano che il consumo di sostanze stupefacenti da parte di individui con diagnosi di psicosi è di gran lunga maggiore rispetto alla popolazione generale. Per esempio, il 47 % delle persone con diagnosi di schizofrenia e il 60 % di coloro che presentano una diagnosi di disturbo bipolare presentano una storia d'uso di sostanze, mentre il tasso di consumo della popolazione generale sarebbe del 16%. In uno studio di Wade e colleghi emerge che il 70% dei giovani utenti ricoverati per il primo “episodio psicotico” aveva consumato sostanze nei 12 mesi precedenti, e nello specifico cannabis nel 62% dei casi (Wade et al., 2005).

Come mette in luce una *review* sulla relazione tra consumo di cannabis e sviluppo di disturbi psichiatrici condotta da Roncero e collaboratori (Roncero et al., 2017), sono numerosi gli studi di tipo longitudinale, le meta-analisi, le *review* sistematiche che indagano l'associazione tra l'uso di cannabis e lo sviluppo dei cosiddetti disturbi psicotici. Tali studi evidenziano un incremento del rischio di sviluppare, durante l'intero arco di vita, un “disturbo psicotico” o un “disturbo dello spettro della schizofrenia” di due o tre volte maggiore nelle persone che fanno o hanno fatto uso di cannabis (Andréasson et al., 1987; Degenhardt, Hall, 2006; Gage et al., 2016; Hall, 2006; Moore et al., 2007; Myles et al., 2016; Roncero et al., 2007).

Rispetto al rapporto tra consumo di metanfetamina e la comparsa di sintomi psicotici, Pihlgren e Boutros mettono in luce come l'abuso della sostanza possa generare un “disturbo psicotico cronico” (Pihlgren et al., 2007). Curran e colleghi evidenziano come il consumo di una singola dose di psicostimolanti possa produrre un breve incremento della “psicosi” nel 50-70% dei partecipanti con diagnosi di schizofrenia e sintomi psicotici preesistenti (Curran et al., 2004).

Nel complesso, secondo tali studi, la gravità e la persistenza dei sintomi psicotici emersi a seguito del consumo di sostanze stupefacenti risulta essere correlata all'uso precoce della sostanza, alla quantità della sostanza consumata, alla durata dell'uso e all'eventuale policonsumo di “droghe” (Fiorentini et al., 2021). Gli studi mettono inoltre in luce una

serie di conseguenze negative correlate al consumo di sostanze stupefacenti da parte di persone con diagnosi di psicosi, tra cui il peggioramento dei cosiddetti sintomi positivi, le ricadute psicotiche, l'incremento del tasso di suicidi, la maggior sensibilità agli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici, e infine la scarsa aderenza al trattamento farmacologico prescritto (Buckley et al., 2009; National Collaborating Centre for Mental Health, 2011). Infine, Bowes evidenzia la maggiore refrattarietà al trattamento farmacologico da parte delle persone che presentano disturbi psicotici e che consumano sostanze (Bowes et al., 1990).

Sono poi state formulate diverse ipotesi e teorie riguardo all'associazione tra il consumo di sostanze e la presenza di sintomi psicotici. I tre modelli eziologici più comuni in ambito psichiatrico sono (Gregg et al., 2007; Mueser et al., 1998; National Collaborating Centre for Mental Health, 2011):

1. I “disturbi psicotici” sono la *causa* del consumo di sostanze;
2. Il consumo di sostanze *causa* o slatentizza la “psicosi”;
3. Ci sono *cause* comuni per l'uso di sostanze e l'insorgenza della “psicosi”.

La prima teoria eziologica è quella per la quale il consumo di sostanze sarebbe secondario al “disturbo psicotico”, o per rischi psico-sociali o per rischi biologici. L'ipotesi psicosociale più comune secondo la quale il consumo di sostanze sarebbe una conseguenza del “disturbo psicotico” è la teoria dell'auto-medicamento (Khantzian, 1985), per cui le sostanze stupefacenti sarebbero utili nell'alleviare i sintomi debilitanti della “malattia” o gli effetti collaterali degli psicofarmaci, come ad esempio i sintomi extrapiramidali. Secondo questa ipotesi, le sostanze non sarebbero scelte casualmente dal consumatore, bensì sulla base di specifici effetti che si vogliono ottenere per contrastare i sintomi. Altri studi mettono in luce come, da un punto di vista neurochimico, il sistema dopaminergico sarebbe implicato sia nella schizofrenia, sia nell'uso delle sostanze. Secondo questa teoria l'uso di farmaci antipsicotici, i quali lavorano bloccando i recettori della dopamina, condurrebbero ad un incremento del consumo di sostanze stupefacenti che colpiscono proprio tali recettori, attraverso le quali le persone potrebbero tentare di controbilanciare gli effetti dei farmaci (Buckley et al., 2009).

La seconda teoria eziologica si situa all'interno dell'ipotesi dopaminergica della schizofrenia, per cui la psicosi sarebbe causata da uno squilibrio chimico di dopamina. Secondo tale teoria, il consumo di sostanze potrebbe causare o slatentizzare la psicosi, in quanto allucinogeni, stimolanti e cannabis colpirebbero i sistemi dopaminergico e

glutaminergico, entrambi associati a sintomi psicotici quali allucinazioni e deliri (National Collaborating Centre for Mental Health, 2011). Ad esempio, secondo il modello della supersensibilità di Mueser (Mueser et al., 1998), la vulnerabilità psicobiologica della persona, determinata da una combinazione di elementi genetici ed ambientali, potrebbe interagire con il consumo di sostanze per accelerare l'esordio di un disturbo psichiatrico o per innescare la sua ricaduta (Gregg et al., 2007). Da questo punto di vista, tale sensibilità potrebbe rendere le persone affette da un "disturbo psicotico" più vulnerabili agli effetti negativi esercitati dal consumo di sostanze.

L'ipotesi dello squilibrio chimico della schizofrenia è data dalla constatazione che

“i sintomi psicotici da stimolanti scompaiono rapidamente dopo la somministrazione di neurolettici, ovvero di farmaci come le fenotiazine o i butirrofenoni, che vengono abitualmente usati nella terapia delle psicosi schizofreniche” (Salvini e Faccio, 2002).

Tuttavia, tale teoria si dimostra ormai debole, in quanto, come dimostrato da Robert Whitaker “già sul finire degli anni 1980 era ormai chiaro che l'ipotesi dello squilibrio chimico nella schizofrenia [...] era stata bocciata” (Whitaker, 2013, p. 67).

Secondo la terza teoria eziologica, la quale sostiene l'origine comune del consumo di sostanze e dell'esordio della psicosi, esistono fattori biologici, individuali o sociali comuni ai due fenomeni, i quali si manterrebbero a vicenda, in una sorta di modello bidirezionale. Ad esempio, come indica Mueser (Mueser et al., 1998), il consumo di sostanze potrebbe far precipitare il “disturbo psicotico” in individui biologicamente vulnerabili, i quali continuerebbero a consumare sostanze a fronte di varie credenze, aspettative e motivazioni.

Ciò che accomuna tutti questi studi sulle possibili relazioni tra il consumo di sostanze stupefacenti e l'insorgenza dei “disturbi psicotici”, così come anche le teorie eziologiche che tentano di fornire delle *spiegazioni* a tali fenomeni, sono gli assunti epistemologici del realismo empirico, che configura i propri “oggetti” di indagine come realtà monolitiche ontologicamente date. Le funzioni psichiche dell'uomo, tra cui le presunte “psicosi”, vengono naturalizzate e considerate alla stregua di “entità naturali”, mentre la “dipendenza”, come si è visto nel paragrafo 1.1, viene erroneamente oggettivata attraverso un processo di reificazione. Dopo aver così configurato i propri oggetti di indagine, il paradigma mecanomorfo tenta, attraverso la formulazione di teorie

eziologiche, di stabilire i legami empirico-fattuali tra la “psicosi” e la “dipendenza”, e dunque di *spiegare* e prevedere attraverso leggi di causa-effetto le loro relazioni. Alla base di questi assunti è implicita la distinzione epistemologica tra soggetto/oggetto, natura/cultura, malattia/salute, struttura/agente, le quali più che facilitare, sembrano impedire la comprensione del fenomeno di consumo di sostanze (Wilton e Moreno, 2012). Inoltre, nonostante nel corso degli anni Sessanta e Settanta teorici considerati “radicali” come ad esempio Laing, Foucault, Deleuze e Guattari avessero considerato la “pazzia” come una categoria di ordine più politico che naturale, si assiste ancora oggi in ambito medico e scientifico al fenomeno che il filosofo Mark Fisher ha denominato “privatizzazione dello stress”, ossia la tendenza a trattare i “problemi” di ordine “mentale” alla stregua di fenomeni naturali, come gli eventi climatici, senza considerare le cause politiche e sociali implicate nel malessere (Fisher, 2018).

Il paradigma teorico dell’Interazionismo Simbolico rinuncia alla definizione di una realtà indipendente dalle categorie conoscitive e linguistiche utilizzate per descriverla, rigettando di conseguenza l’impostazione deterministica e mecanomorfa adottata dal modello psichiatrico che cerca le spiegazioni delle cause dei “disturbi” nei modelli eziologici e servendosi, tutt’al più, di ipotesi di correlazione (Castiglioni e Faccio, 2010). Mentre è indubbio che una sostanza stupefacente, agendo sul sistema neurotrasmettitoriale dell’individuo, possa scatenare degli effetti psicofarmacologici, “tali effetti sono influenzati dalle attese e dal sistema di relazioni entro cui la persona agisce” (Salvini, 2002, p. 15). Questo motiverebbe perché gli effetti ricavati da una determinata sostanza varino anche considerevolmente tra persone diverse, al punto che uno stato di intossicazione acuta in alcune persone genera piacevoli sentimenti di autoefficacia, e in un’altra un’“ideazione paranoica”. È infatti dimostrato che

“esiste una suscettibilità individuale non solo biologica all’azione di una sostanza psicoattiva, ma anche psicologica, che risente degli stati d’animo e della differente complessità cognitiva e culturale delle persone” (Salvini, 2002, p.15).

In sostanza, non esisterebbe un soggetto “psicotico” con caratteristiche stabili che interagisce con un oggetto passivo e neutrale, in questo caso la sostanza stupefacente, in quanto nessuno dei due precede le pratiche discorsive e situate che li definiscono e dalle quali emergono. Allo stesso modo, le persone agenti, gli oggetti, i processi, i discorsi sono

assemblati in “reti” di relazione che favoriscono particolari tipi di azione, piuttosto che altri, a seconda delle loro interazioni (Duff, 2013).

Cercare di stabilire le “cause” per il consumo di sostanze o per la presunta “psicosi”, attribuendo le responsabilità ora ad un attore individuale, ora alla sostanza o a particolari fattori (ambientali, familiari, sociali), si configura come un esperimento infruttuoso, in quanto non potrà mai dirimere la questione in senso risolutivo, poiché si basa su un tipo di ragionamento riduzionistico. Questa logica si basa sull’assunto che singoli “fattori”, come appunto un attore individuale o la sostanza, possano essere “statisticamente astratti” dal contesto allo scopo di determinare il loro contributo al particolare fenomeno sotto indagine, in questo caso l’insorgenza della “psicosi” con il concorrente uso di sostanze (Duff, 2013). Sulla casualità Duff scrive:

“tutte le azioni, tutti i fenomeni, sono un effetto di reti (o "assemblaggi") piuttosto che di singoli attori (o "agenti"). La rete genera la causa così come esprime l'effetto. Ha poco senso, in altre parole, tentare di determinare il grado di causalità attribuibile a un qualsiasi corpo, attore o oggetto all'interno di una rete, perché la rete produce attività come effetto emergente di tutte le associazioni ad essa immanenti”³ (Duff, 2013).

Si è visto come alcune sostanze stupefacenti possiedano delle proprietà psicomimetiche, e non si intende negare il ruolo che alcuni meccanismi neurofarmacologici della sostanza rivestono nel dar luogo ad esperienze di alterazione, ad esempio nella percezione o nella cognizione, in quanto la ricerca di tali stati di alterazione del sentire sono tra i motivi principali che dirigono il consumo di tali sostanze. Tuttavia, come si è visto, la “psicosi” non esiste di per sé ma è il frutto di un processo di reificazione, mentre la “droga” non possiede delle caratteristiche stabili, in quanto dipende da una definizione istituzionalizzata e i suoi effetti sono mediati da sistemi simbolici. Dunque, affermare che le sostanze psicoattive *causano* la psicosi, o che la psicosi *causa* il consumo di sostanze stupefacenti, è una dichiarazione priva di senso basata su un ragionamento ingannevole, in quanto né la “droga” né la “psicosi” sono entità discrete, stabili e conoscibili nei termini della realtà materiale. Inoltre, queste ricerche non tengono conto del fatto che ci sono altrettanti consumatori che non sviluppano alcun tipo di “sintomo psicotico”. Sarebbe dunque più opportuno affermare che alcuni tipi di

³ Traduzione mia

sostanze, in determinati “*habitat* di significato” (Hannerz, 1996), in alcuni tipi di circostanze, in alcune persone, possono produrre gioia, rilassamento, sicurezza, eccitamento o manifestazioni comportamentali che possono poi essere classificate, attraverso la lente diagnostica e reificante, come “psicosi”.

A proposito della “psicosi” indotta da sostanze e della presunta violenza prodotta dal consumo di alcol Duff (2013) scrive:

“Attività come la psicosi o la violenza (intese proprio come attività a causa della schiera di attori che lavorano nella loro produzione) sono la funzione di una "scia di associazioni" che incorpora diverse forze umane e non umane, alcune delle quali sono presenti "nell'evento" proprio mentre altri tornano indietro nelle pieghe temporali e spaziali per rivelare una serie di attività antecedenti”⁴

1.3.1 Il “Disturbo psicotico indotto da sostanze o farmaci”

Il DSM-5 inserisce il “Disturbo psicotico indotto da sostanze o farmaci” all’interno dei Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici. Tale disturbo sarebbe caratterizzato da allucinazioni e/o deliri, i quali si manifesterebbero durante o poco dopo il consumo di sostanze stupefacenti, o a causa della loro sospensione (DSM-5, 2014).

Secondo il DSM-5 le caratteristiche di un “disturbo psicotico” indipendente dal consumo di sostanze stupefacenti o farmaci sarebbero due: primo, i sintomi precederebbero l’esordio dell’uso di sostanze o farmaci; secondo, i sintomi persisterebbero per più di quattro settimane dopo la cessazione del consumo di sostanze o farmaci.

Tale diagnosi si basa dunque sul presupposto che le “proprietà psicomimetiche” delle sostanze stupefacenti possano dare vita a “disturbi psicotici” più o meno transitori.

Dietro al tentativo benevolo di fornire dei “criteri” per operare una distinzione tra episodi transitori di alterazione degli stati di coscienza dovuti all’uso di sostanze stupefacenti da “disturbi psicotici permanenti”, si nascondono però diversi rischi sui quali si cercherà di riflettere.

⁴ Traduzione mia

Innanzitutto, tale etichetta è divenuta, o rischia di divenire, un altro “neologismo oggettivante”, in quanto è esposta allo stesso rischio di reificazione che ha illusoriamente reso le etichette diagnostiche di cui si serve il sistema psichiatrico delle “realtà”, come se fossero ontologicamente esistenti. Si è visto come la reificazione di tali pratiche discorsive produca degli effetti di realtà, in quanto, cercando di descrivere una supposta “realtà psichica” finiscono per crearla, interferendo con il mondo e incidendo sulla realtà costituita. Tutto ciò ha delle profonde implicazioni etiche, nonché politiche, in quanto solleva degli interrogativi sulle pratiche di conoscenza di cui si servono la scienza, la medicina, la tecnologia e le conseguenze che mettono in atto. Mol (1999) si riferisce a questo processo attraverso l’espressione “ontologia politica”, cercando di mostrare come “il reale” sia implicato nel “politico” e viceversa:

“La *politica ontologica* è un termine composito. Si parla di *ontologia* – che nel linguaggio filosofico standard definisce ciò che appartiene al reale, le condizioni di possibilità con cui conviviamo. Se il termine "ontologia" è combinato con quello di "politica", ciò suggerisce che le condizioni di possibilità non sono date. La realtà non precede le pratiche mondane in cui interagiamo con essa, ma è piuttosto plasmata all'interno di queste pratiche. Quindi il termine *politica* sta ad indicare questa modalità attiva, questo processo di formazione, e il fatto che il suo carattere è insieme aperto e contestato”⁵ (Mol, 1999, pp. 74-75).

In secondo luogo, il ragionamento che sta alla base di tale “etichetta” condivide gli assunti del realismo empirico che si sono messi in discussione nel precedente sotto-paragrafo. Infatti, in tale diagnosi è insita l’idea che la sostanza stupefacente *causi* la psicosi; inoltre, “droga” e “consumatore a rischio” vengono intese come “realtà” relativamente stabili, naturali e definite, così come il fenomeno del consumo e la psicosi. Tuttavia, a tale ragionamento si possono opporre due evidenze: la prima è che il “disturbo psicotico” in quanto realtà stabile e definita non esiste, tanto che Drake e colleghi ne mettono in luce l’incertezza diagnostica a fronte della varietà delle manifestazioni con cui tale “disturbo” si presenterebbe e dell’instabilità nel tempo di tale diagnosi (Drake et al., 2003); la seconda è che gli effetti delle esperienze del consumo di sostanze stupefacenti sono

⁵ Traduzione mia

variabili e risentono delle aspettative sociali, culturali, contestuali e dei significati personali.

Dwyner e Moore (2013) si sono occupati di analizzare il modo in cui il discorso medico-scientifico e il discorso pubblico stabiliscono una connessione causale tra il consumo di metanfetamine e l'esordio della "psicosi":

“L'entroterra del discorso pubblico delle reti di conoscenza e delle relazioni materiali "estese indefinitamente, più o meno routinizzate e costose" (Law, 2004, p. 160), produce la metanfetamina come oggetto singolare, stabile e definito e agisce per circoscrivere possibilità alternative, come quelle offerte dai consumatori di metanfetamina. Questa circoscrizione coinvolge inevitabilmente la *politica ontologica*. In primo luogo, particolari comprensioni epistemologiche e metodologie associate - cioè la ricerca epidemiologica e biomedica - sono privilegiate come modi legittimi per "conoscere" la metanfetamina e i suoi effetti psicologici. I metodi comunemente usati per indagare su tali esperienze escludono l'indagine sul contesto, il significato e il processo”⁶ (Dwyer e Moore, 2013).

Le ricerche presentate nel sotto-paragrafo precedente si basano su indagini epidemiologiche e biomediche che non tengono minimamente conto delle esperienze personali di chi ha fatto uso di sostanze. Ciò significa che il “discorso medico” che riconduce gli stati alterati di coscienza, tra cui possibili “ideazioni paranoidi” e “allucinazioni”, a “sintomi psicotici”, interpreta l'esperienza di consumo attraverso una lente diagnostica deformante che non tiene conto dell'esperienza reale e contestuale del consumatore. In linea con i presupposti teorici adottati in questa ricerca si ritiene dunque importante cercare di comprendere il modo in cui le persone che fanno, o hanno fatto uso di sostanze stupefacenti, e che sono state psichiatrizzate, narrino la propria esperienza dal loro personale punto di vista. Come emerge dalla ricerca di Dwyer e Moore, infatti, alcune persone che hanno fatto esperienza di “allucinazioni” uditive o di “ideazioni paranoidi” nel contesto del consumo di metanfetamina, sono ben consapevoli del fatto che non si tratti di una “psicosi” ma di uno stato transitorio di alterazione di coscienza. Inoltre,

⁶ Traduzione mia

secondo gli autori, il modo in cui il discorso medico parla dei “rischi” di sviluppare “psicopatologie” a seguito del consumo di sostanze non fa che mantenere una rappresentazione stigmatizzante del consumatore come una persona pericolosa, irrazionale e fuori controllo, con la conseguenza di generare emarginazione.

In conclusione, tenere presente che il consumo di sostanze stupefacenti possa dar vita a stati di alterazione di coscienza e impegnarsi a conoscere tali fenomeni dal punto di vista del soggetto è fondamentale per non cadere nell’errore di sovra diagnosticare il “disturbo psicotico”. Infatti, diagnosticare un “disturbo psicotico” indipendente dall’uso di sostanze, sottovalutando il ruolo rivestito dalla “droga” nell’insorgenza di particolari forme di alterazione, può comportare il rischio di condannare la persona ad un trattamento farmacologico inadeguato (Caton et al., 2007) nonché spesso nocivo (Whitaker, 2013). Cannabinoidi, cocaina, anfetamine, allucinogeni ed alcol possiedono proprietà psicomimetiche che possono indurre nel consumatore una manifestazione temporanea di “sintomi psicotici”, quali “paranoie” o “allucinazioni” uditive, i quali possono in alcuni casi essere erroneamente ricondotti ad un “disturbo psicotico”. Riuscire a compiere un’analisi approfondita del fenomeno risulta essere un processo complesso, che dovrebbe partire da un’analisi approfondita della storia di consumo di sostanze da parte della persona e che dovrebbe tenere conto dei fattori psico-sociali e culturali, delle sostanze usate e delle loro proprietà tossicologiche, delle modalità di assunzione di queste ultime, di eventuali sospensioni e dei significati e aspettative che dirigono il consumo.

1.4 Significati e ragioni legate all’uso di sostanze stupefacenti: i risultati degli studi qualitativi

Poiché la metodologia di ricerca dell’Interazionismo Simbolico adotta un esame diretto del mondo sociale empirico e si prefigge una descrizione rigorosa dei fenomeni da specifici punti di vista (Blumer, 2006), è l’approccio naturalistico nei confronti dell’oggetto di indagine a consentire di studiare i fenomeni nei loro contesti naturali e di comprendere a fondo il senso che la gente gli attribuisce (Denzin e Lincoln, 2005). Le ricerche di tipo qualitativo, in particolare le interviste, risultano quindi uno strumento prezioso per gettare luce sui significati attribuiti alle sostanze da parte dei consumatori.

Sono diversi gli studi qualitativi presenti in letteratura che si sono occupati di indagare il fenomeno di consumo di sostanze da parte di individui con una diagnosi di “psicosi”.

Asher e Gask si sono occupati di indagare le ragioni dell'uso di "droghe" da parte di persone diagnosticate come "schizofreniche", attraverso interviste narrative (Asher, Gask, 2010). Dai risultati di tale studio emerge come la sostanza venga intenzionalmente scelta dalla persona al fine di raggiungere determinati obiettivi, come lo sviluppo di reti sociali, oppure far fronte alla sofferenza, utilizzando addirittura la sostanza come auto-medicamento e sostituendola ai farmaci prescritti, confermando i risultati di studi precedenti (Buaze et al., 2010; Charles et al., 2010; Gregg et al., 2007; Healey et al., 2009; Lobbana et al., 2010; Spencer et al., 2002). In alcuni casi le persone possono far uso di sostanze per contrastare particolari effetti collaterali causati dai farmaci antipsicotici, come ad esempio l'uso di stimolanti per contrastare la sedazione o per dimagrire (Asher, Gask, 2010; Pettersen et al., 2013). Inoltre, le persone possono percepire il consumo di sostanze come maggiormente efficace nell'alleviare il malessere personale rispetto ai farmaci prescritti (Sibitz et al., 2005). Ad esempio, relativamente al consumo di cannabis, diversi studi qualitativi mostrano che i motivi principali per cui gli individui con diagnosi di "psicosi" la consumano sarebbero: attività di svago, socializzazione, migliorare il sonno, ridurre ansia, agitazione e depressione (Charles et al., 2010; Schofield et al., 2006; Alvidrez et al., 2014).

Sebbene molte persone riconoscano i benefici dell'assunzione di cannabis, soprattutto nella fase iniziale dell'uso, la percezione del consumo spesso muta nel tempo (Childs et al., 2011): se all'inizio i consumatori percepiscono l'esperienza come utile o divertente, con il passare del tempo il consumo può aumentare fino a diventare regolare e pesante, in alcuni casi fino al punto di diventare la norma e ostacolare lo svolgimento del resto delle normali attività. Sono numerosi gli effetti negativi che vengono indicati come conseguenza dell'uso massiccio di sostanze, come ad esempio problemi interpersonali, alienazione dalle relazioni familiari, problemi di salute, problemi finanziari, problemi legali e perdita del lavoro (Alvidrez et al., 2011; Asher et al., 2010). L'iniziale percezione di piacevolezza e divertimento può mutare in un senso di dipendenza fisica, spesso accompagnata da esperienze "inusuali". Infatti, in diversi studi qualitativi sul tema, i partecipanti riportano di aver sperimentato alterazioni dello stato di coscienza in seguito al consumo di cannabis. Da diverse narrazioni emerge che le sostanze debbano essere usate in modo ottimale al fine di raggiungere gli effetti benefici desiderati ed evitare effetti avversi, come le cosiddette "paranoie" (Asher, Gask, 2010; Buadze et al., 2010). Il graduale consumo di sostanze nel tempo, infatti, si configura come un percorso a tappe progressive in cui vengono sviluppate diverse competenze e conoscenze di gestione

ottimale della sostanza al fine di elicitare gli effetti desiderati e di evitare gli effetti avversi. Infatti,

“il progressivo avanzamento nella carriera di tossicomane non diminuisce ma aumenta la capacità di automonitoraggio, intesa come capacità di volgere a proprio vantaggio le situazioni sociali, di presentare gli aspetti di sé più adatti e coerenti ai propri scopi, in modo indipendente dal giudizio sociale e con un più significativo grado di autoconsapevolezza” (Salvini, Conti e Turchi, 1998, citato da Salvini e Dondoni, 2011).

Se, nonostante i discorsi sui rischi che l'assunzione di sostanze può comportare sul proprio benessere, le persone ne proseguono il consumo, questa decisione è il risultato di una scelta deliberata, di un bilancio tra gli effetti positivi e negativi ricavati dalla sostanza e dai significati che gli vengono attribuiti.

Per alcune persone, cambiamenti avvenuti nella propria vita come la nascita di un figlio, la perdita del lavoro o il sorgere di desideri o valori la cui attuazione viene ostacolata dal consumo delle sostanze, possono condurre a significative variazioni nell'uso della sostanza, e addirittura alla sua sospensione. Questa possibilità evidenzia ancora una volta quanto il consumo di sostanze stupefacenti si configuri come un atto deliberatamente scelto dall'individuo sulla base di scopi ed obiettivi che mutano nel corso del tempo, nonché dai significati simbolici attribuiti al gesto, più che come una conseguenza della dipendenza fisica e psicologica dalla sostanza e dall'impulso incontenibile di consumarla.

Un fenomeno che è stato evidenziato in letteratura è l'alta percentuale di refrattarietà al farmaco da parte degli individui che possiedono una diagnosi di un qualche disturbo psicotico e fanno uso di sostanze (Asher et al., 2010; Bowes et al., 1990). Infatti, come sopra riportato, le persone possono considerare le sostanze come maggiormente efficaci nel contrastare il disagio soggettivo rispetto ai farmaci prescritti, o possono inscrivere l'alterazione dello stato di coscienza nel contesto d'uso della sostanza, piuttosto che considerarla una manifestazione di una presunta psicopatologia. Inoltre, i farmaci possono assumere effetti simbolici spiacevoli: i professionisti della salute mentale possono essere percepiti come controllanti, e il farmaco può assumere significati stigmatizzanti che ne scoraggiano l'assunzione. Assumere sostanze stupefacenti anziché psicofarmaci o rifiutare la prescrizione medica è un atto deliberato che può rappresentare

il tentativo di preservare il senso di un'autonomia messa in scacco dalla prospettiva dell'assunzione di psicofarmaci a lungo termine, o dai numerosi effetti collaterali causati dai farmaci antipsicotici. Un approccio non collaborante alla terapia farmacologica può dunque rappresentare un tentativo di opposizione nei confronti delle imposizioni dello psichiatra, funzionario della norma e dell'ordine sociale, così come il tentativo di conservare il proprio senso di auto-efficacia.

Nel capitolo successivo verranno indagati più approfonditamente le teorie e i significati legati al consumo di psicofarmaci, così come le ricadute identitarie del processo di "medicalizzazione".

Capitolo secondo

IL SÉ MEDICALIZZATO: TEORIE E SIGNIFICATI DEL CONSUMO DI PSICOFARMACI IN PERSONE CON E SENZA STORIA D'USO DI SOSTANZE

“Indossa la tua armatura per nome. Sii tu il primo a chiamarti bastardo. Gli altri non faranno più niente”⁷ (L.)

Le diagnosi di “schizofrenia”, “disturbo bipolare” e, più in generale, di “psicosi” rappresentano le diagnosi psichiatriche più impattanti sul senso di identità personale che una persona possa ricevere (Corrigan et al., 2000; Estroff, 1989; Thompson et al., 2019). Come indicato da Estroff (1989), la schizofrenia è una “*I am illness*”, una diagnosi che ridefinisce totalmente il senso di identità personale: l’individuo che riceve la diagnosi di una grave “malattia mentale” non solo *ha* la malattia, ma *è* malato. Le teorie che postulano un’origine biologica del disturbo mentale grave, come la schizofrenia o il disturbo bipolare, e che spesso sostengono la sua cronicità e “inguaribilità”, spingono tanto gli esperti quanto chi riceve la diagnosi ad assumere un atteggiamento ineluttabilmente pessimistico, se non addirittura iatrogeno (Tibaldi e Govers, 2012).

Nel panorama psichiatrico attuale, in cui la mente umana viene sempre più assimilata all’entità biologica che è il cervello, ponendo le basi per una scienza che adotta un approccio realista di tipo organicistico, lo psicofarmaco spesso è assunto a principale, se non unico, rimedio. Tuttavia, a fronte dell’alto impiego di farmaci antipsicotici nel trattamento delle cosiddette “psicosi”, la letteratura mette in luce un fenomeno frequente: l’adesione alla “terapia” prescritta è spesso scarsa e discontinua, soggetta a variazioni dei dosaggi o a brusche interruzioni (Adams e Howe, 1993), e ciò è ancora più frequente da parte delle persone che presentano una storia di consumo di sostanze stupefacenti (Bowes et al., 1990). Infatti, le ricerche qualitative svolte sulla base dei discorsi prodotti dalle persone che assumono farmaci antipsicotici mettono in luce la forte ambivalenza che gli

⁷ Questo stralcio di testo è tratto dalla narrazione di un partecipante alla ricerca, il quale si riferisce con questa metafora alla “diagnosi”.

individui riferiscono di provare nei confronti dello psicofarmaco, e, in alcuni casi, scarsi se non inesistenti benefici percepiti (Davis-Berman e Pestello, 2005; Usher, 2001; Thompson et al., 2019).

Nel primo capitolo si è cercato di comprendere i significati e le ragioni che dirigono il consumo di sostanze da parte di persone che hanno ricevuto una diagnosi di “psicosi”, mettendo in luce come l’uso della sostanza sia un atto deliberatamente scelto dall’individuo e motivato da scopi, significati ed obiettivi che mutano nel tempo, tra cui la ricerca di effetti di ordine espressivo legati alla propria identità personale.

In questo capitolo si cercherà di comprendere quali siano le ricadute identitarie dell’assunzione di farmaci antipsicotici sul senso di sé e se queste possano svolgere un ruolo nelle scelte farmacologiche intraprese dalla persona. Inoltre, si cercherà di indagare quali siano i significati attribuiti allo psicofarmaco e quali ragioni stiano alla base dell’adesione o meno al trattamento.

2.1 “L’identità malata”: il potere generativo del discorso

Come anticipato nel primo capitolo, secondo la prospettiva teorica dell’Interazionismo Simbolico, la “realtà psicologica” è una realtà generata dagli individui in interazione sulla base dei concetti che vengono utilizzati per descriverla e non esiste nei termini della realtà materiale (Castiglioni e Faccio, 2010). Noi utilizziamo il linguaggio come strumento attraverso il quale co-costruire la realtà sociale che abitiamo (Berger e Luckmann, 1969), in quanto il modo in cui configuriamo un oggetto influenza pragmaticamente l’esperienza che ne facciamo, rendendo legittime determinate rappresentazioni e aspettative (Faccio e Centomo, 2010).

La “malattia mentale”, dunque, non esiste di per sé, ma unicamente sulla base del consenso che tale costrutto riceve all’interno di una data comunità di parlanti. L’“identità malata” si genererebbe perciò sulla base degli effetti di realtà che il costrutto di “malattia mentale” produce nella persona che l’ha interiorizzato. Secondo Berger e Luckmann (1969), le teorie psicologiche sull’identità si basano su una “cosmologia”, ovvero un orientamento alla realtà, che comporta l’applicazione di un meccanismo concettuale basato su un corpo di conoscenze che includa una teoria della devianza, un apparato diagnostico e un sistema concettuale di “cura”. Tutto ciò al fine di garantire che i “devianti” rimangano all’interno delle definizioni istituzionalizzate della realtà. In questo

senso, una teoria psicologica, come la definizione della psicosi, ha successo nella misura in cui trova la sua affermazione sociale e l'individuo la rende reale, interiorizzandola. Il perfetto "psicotico" diviene dunque colui che interiorizza tale definizione e che si identifica con l'identità malata, la quale diviene parte della propria storia. La conseguenza di questa interiorizzazione è la legittimazione dell'intervento psicologico o psichiatrico con lo scopo di eliminare il comportamento che non rispecchia le definizioni di "normalità".

Secondo la prospettiva teorica di riferimento, l'identità personale è un costrutto multiplo e fluido che emerge da un processo dialogico (Hermans et al., 1992) e riflessivo (Cooley, 1902), e che è situata all'interno di vari contesti, come quelli familiare, sociale, culturale e storico, i quali preordinano dei repertori di ruolo, dei copioni comportamentali che l'individuo può scegliere di impersonare (Goffman, 1969). L'identità personale è dunque il riflesso di un atto sociale: poiché il senso di sé emerge all'interno di contesti interattivi, è la relazione con gli altri significativi a rappresentare la base per la sua costruzione. Secondo William James, infatti, gli uomini possiedono tanti sé sociali quanto sono gli interlocutori significativi che li rispecchiano, rinviando loro immagini molteplici di sé (James, 1890, cit. in Castiglioni e Faccio, 2010). La coscienza di sé, pertanto, include sempre anche la coscienza degli altri, la presenza di un Altro Generalizzato o delle persone che sono per noi più significative: in questo senso, la coscienza di sé implica sempre una relazione di senso e di significato con qualcuno o qualcosa ed è l'effetto di un processo cangiante, in quanto muta sulla base della consapevolezza situazionale, semantica e sociale, ed è governata da regole attributive (Salvini e Bottini, 2011).

Secondo Harré e Gillett (1996), il senso di sé ha inoltre un'origine discorsiva, in quanto possedere il senso della propria individualità significa possedere il senso del proprio punto di vista sul mondo, una collocazione in una molteplicità di "sistemi di locazione". La persona per possedere un senso di sé come individuo unico deve possedere una quadruplica collocazione: deve essere locato nello spazio, ossia possedere un punto di vista dal quale percepire il mondo; in una dimensione temporale da cui percepire la propria vita come una traiettoria; in una rete sociale all'interno della quale ricoprire diversi ruoli e infine in una rete di obblighi e responsabilità verso sé stessi e gli altri. Il Sé è dunque prodotto discorsivamente attraverso i vari "posizionamenti" che l'individuo assume all'interno dei discorsi a cui prende parte, e per questo motivo non è mai un prodotto concluso, bensì fluido e dinamico in quanto si modifica sulla base delle diverse

pratiche discorsive a cui l'individuo prende parte (Davies e Harré, 1990; Harré e Van Langenhove, 1991).

Nel considerare il concetto di posizionamento è importante considerare i costrutti di “voce” e di “polifonia”. Secondo le teorie dialogiche del Sé, infatti, la mente è costituita da un insieme polifonico di voci che dialogano tra loro (Bakhtin, 1985, citato in Seikkula, 2011). Come ben sintetizzato da Seikkula (2011):

“La mente è costituita da voci che parlano tra loro, è un processo continuo di dialoghi. Ciò che chiamiamo personalità o essere psicologico ha luogo proprio in queste conversazioni interne; le voci sono personalità che parla, coscienza che parla. La personalità non è una struttura psicologica che esiste dentro di noi, piuttosto è rappresentata da azioni che avvengono nel dialogo, in questo modo si genera la coscienza umana” (p. 31).

A partire dalle intuizioni di Bakhtin, Hermans ha concettualizzato il Sé in termini di:

“una molteplicità dinamica di *I positions* relativamente autonome in un paesaggio immaginario” (Hermans, 1992, p.28).

Come sostenuto dall'autore (Hermans, 1996), nonostante l'asimmetria di potere e i conflitti che si possono instaurare tra le varie *I positions* in determinate situazioni, la persona è in grado di mantenere un senso di coerenza interna attraverso le interazioni tra queste posizioni differenti o voci non integrate centralmente; ciò è possibile grazie ad un arrangiamento momentaneo della gerarchia delle varie *I positions*, le quali periodicamente si riallineano. Ne consegue che la coerenza del Sé emerge dal dialogo tra le varie voci, e dunque dalla possibilità di transitare in modo fluido e dinamico tra varie posizioni.

Sulla base di tali presupposti, Lysaker e Lysaker (2002) hanno proposto una rilettura della “psicosi” come “rottura” del Sé dialogico, fornendo un'interpretazione delle rigide forme di autorganizzazione della “schizofrenia” come una conseguenza dell'immobilità delle voci interne, della loro cacofonia o del dominio perentorio di un'unica voce. Secondo gli autori, il compito della psicoterapia sarebbe allora quello di mobilitare le voci e di favorire un dialogo interno ed esterno rivitalizzato.

Poiché il senso di sé emerge all'interno della dimensione del discorso, è interessante notare come le persone che ricevono una diagnosi di “malattia mentale” si posizionino

rispetto a tale ruolo e ai relativi discorsi messi a disposizione dal contesto storico-culturale, il quale è caratterizzato dalla radicata concezione della sofferenza psichica come psicopatologia e degli interventi rivolti ad essa come prassi mediche. Harrè e Langenhove (1991) hanno analizzato le varie tipologie di posizionamento che occorrono all'interno del discorso di uno specifico contesto di ordine morale. Secondo gli autori esistono due tipologie di posizionamento intenzionale di sé: il primo è deliberato e avviene in qualsiasi conversazione in cui l'individuo voglia esprimere la propria identità personale; il secondo è forzato in quanto è richiesto da qualcun altro che non sia la persona. Il posizionamento di sé può essere forzato dall'esterno nel momento in cui ciò avviene all'interno di un contesto istituzionale investito del potere ufficiale di emettere un giudizio morale sulla persona. Di conseguenza, sembra ammissibile dedurre che un riposizionamento forzato di sé sia richiesto all'individuo nei confronti del quale lo psichiatra emetta un giudizio di ordine morale formulando una diagnosi.

A questo proposito, attraverso una ricerca di tipo qualitativo basata su un'analisi critica del discorso (CDP), Byrne e Swords (2015) si sono occupati di indagare il potere che il linguaggio e i repertori discorsivi disponibili rivestono nella costruzione dell'identità di un gruppo di persone che fanno parte di un servizio di salute mentale, e come tali individui si posizionino rispetto a tali discorsi. I discorsi sulla "malattia mentale" sono infatti informati da relazioni di potere e costruiscono la realtà che abitiamo, cosicché coloro che non rientrano nei canoni della norma, e che dunque vengono bollati come "devianti", attirano su di sé stigmatizzazione e rifiuto. Dallo studio sono emersi tre tipi di identità: identità nascoste, identità incomprese e gli sforzi per reclamare un'identità alternativa. Per quanto riguarda l'identità nascosta, alcuni individui hanno indicato la loro necessità di tenere nascosto il loro ricovero in ospedale a causa del peso delle normative degli altri e dello stigma percepito. L'identità incompresa derivava dall'incomprensione da parte degli altri del proprio stato, il quale veniva talvolta giudicato come esagerato o pericoloso. Infine, alcuni partecipanti hanno tentato di costruire repertori discorsivi positivi e non stigmatizzanti per parlare di salute mentale, per rivendicare la propria identità, come sfida ai discorsi disponibili. Riconoscere che i discorsi hanno il potere di generare e mantenere lo stigma consente di sviluppare consapevolezza per impegnarsi a cambiare il modo in cui parliamo di "salute mentale" (Byrne & Swords, 2015).

2.2 L'“identità malata”: le ricadute identitarie dell'assunzione di psicofarmaci

Come afferma il filosofo Paul Preciado in *Testo Tossico* (2015), la scienza occupa oggi un posto dominante in quanto funge da apparato material-discorsivo nella costruzione di corporeità reali (e si potrebbe forse aggiungere in questo ambito di identità reali):

“La tecnoscienza ha stabilito la sua autorità materiale trasformando i concetti di psichismo, libido, coscienza, femminilità e mascolinità, eterosessualità e omosessualità in realtà tangibili, sostanze chimiche, molecole commercializzabili, corpi, biotipi umani, valori mercantili gestibili dalle multinazionali farmacopornografiche. Il grande risultato della tecnoscienza contemporanea sta nel trasformare la nostra depressione in Prozac, la nostra mascolinità in testosterone, la nostra erezione in Viagra, la nostra fertilità/sterilità in pillola, la nostra Aids in triterapia. Senza che sia possibile sapere cosa viene prima, se la depressione o il Prozac, se il Viagra o l'erezione, se il testosterone o la mascolinità, se la pillola o la maternità, se la triterapia o l'Aids. Questa produzione in *auto-feedback* è la peculiarità del potere farmacopornografico”.

Mentre la tecnoscienza sembra penetrare ormai qualsiasi ambito della vita umana, in ambito psichiatrico, come evidenziato da Whitaker nel saggio “Indagine su un'epidemia” (2013), negli ultimi decenni si è assistito alla dilagante crescita dell'importanza attribuita agli psicofarmaci e alle teorie biologiche della “malattia mentale”: il manicomio che prima era luogo fisico è ora de-localizzato e diviene “manicomio chimico” (Cipriano, 2015).

Il sistema concettuale e legittimato di “cura” previsto per le cosiddette psicosi suggerisce la prescrizione di farmaci antipsicotici durante la fase acuta, e spesso a lungo termine durante le fasi di mantenimento e di recupero (APA, 2006; NICE, 2014), nonostante l'efficacia dei farmaci impiegati in modo indiscriminato per intervenire sulle cosiddette “psicosi” sia stata messa in discussione in una serie crescente di ricerche, e gli effetti avversi degli antipsicotici superino spesso i benefici (Whitaker, 2013). Talvolta, infatti, i farmaci neurolettici sembrano causare maggiore stress della “malattia” che si cerca di arginare, a fronte dei numerosi effetti collaterali che comportano, i quali inducono spesso

la persona che li assume ad operare delle variazioni nei dosaggi o ad interrompere il trattamento farmacologico (Thompson et al., 2019). Sedazione, aumento di peso, agranulocitosi, stitichezza, secchezza delle fauci, congestione nasale, visione offuscata, midriasi, fotofobia, ipotensione o ipotensione ortostatica, tachicardia, ritenzione urinaria ed esitazione urinaria sono gli effetti collaterali dovuti alle azioni di blocco autonomo del sistema nervoso periferico (Usher, 2001). Si evidenziano inoltre disfunzioni sessuali, disturbi endocrini causati dall'aumento delle secrezioni di prolattina come ginecomastia, lattazione e dolore al seno, mentre i disturbi del sistema extrapiramidale come distonia, tremore, acinesia, bradicinesia, rigidità, acatisia, sindromi discinetiche tardive sono effetti collaterali neurologici (Lieberman et al., 2005, Usher, 2001). Non si tratta solo di effetti transitori, limitati al periodo di consumo dei farmaci, bensì è stato dimostrato come l'esposizione protratta a tali sostanze modifichi permanentemente i meccanismi neurochimici, nonché funzionali, del sistema nervoso, causando spesso la cronicizzazione di "disturbi" quali "depressione" e "psicosi" (Whitaker, 2013)

Le produzioni narrative delle persone che assumono farmaci antipsicotici mostrano come, a causa degli effetti collaterali causati dai farmaci, il corpo sembri perdere il suo "essere dato per scontato" (Usher, 2001) e, di conseguenza, il suo modo naturale di essere al mondo. Gli effetti che questo stravolgimento corporeo produce sul senso di sé sono molto profondi, e spesso il senso della propria identità ne risulta minato. Il corpo, infatti, riveste un ruolo fondamentale nella definizione della propria identità, in quanto rappresenta il centro dal quale l'individuo sperimenta e percepisce il mondo (Harré e Gillet, 1996). Non sorprende allora che gli effetti collaterali costituiscano la causa principale a fronte della quale le persone decidono di interrompere o di operare delle variazioni nel trattamento con i farmaci antipsicotici. A causa di tali effetti collaterali, infatti, il corpo spesso non risponde più al proprio controllo, diviene fonte di insicurezza e di imbarazzo, viene oggettivato in senso medico, considerato alieno, e, in modo quasi paradossale, diviene il rappresentante fisico della "malattia mentale" che si cerca di combattere attraverso l'uso dei farmaci, incarnandola (Flore et al., 2019; McCann et al., 2004; Usher, 2001). Come riportano Flore e colleghi (2019):

"Una bocca che sbava, un seno che latta improvvisamente, una parte del corpo gonfia, un tic in una sezione del viso, questi effetti

complessi dei farmaci psicotropi trasformano le soggettività incarnate, a volte in modo del tutto improvviso”⁸.

Dall’analisi degli studi qualitativi sull’assunzione di psicofarmaci, inoltre, emerge la frequente percezione di perdita di controllo di sé, in quanto il farmaco viene avvertito come qualcosa di “esterno” che ha il potere di modificare e di controllare non solo lo stato fisico, ma anche i pensieri di chi lo assume (Usher, 2001), generando spesso una sensazione di inautenticità, di distanza dal proprio “vero sé” e di perdita di importanti aspetti della propria identità (Davis-Berman e Pestello, 2005; Thompson et al., 2019). La percezione di perdita di controllo di sé incide significativamente sulla propria autostima e sul concetto di sé, in quanto la propria autonomia viene seriamente minata (Thompson et al., 2019). Il tema del controllo è ricorrente in quanto gli individui che assumono farmaci antipsicotici non solo vengono spesso incalzati dal proprio psichiatra e dai familiari sulla necessità di assumere i farmaci, ma sono spesso costantemente impegnati ad auto-monitorare il proprio corpo in senso “diagnostico” rispetto agli effetti collaterali dei farmaci o rispetto ai segnali di “allerta” del proprio malessere personale (Usher, 2001).

Karp concettualizza il processo di “socializzazione” lungo il quale l’individuo negozia i significati legati all’uso dello psicofarmaco come una “carriera” che ha delle profonde implicazioni nella definizione di sé (Karp, 1993). Infatti, accettare di assumere uno psicofarmaco implica una profonda ridefinizione di sé: prima di considerare il farmaco antipsicotico come una valida strategia di aiuto, è necessario fare i conti con la propria diagnosi, identificarsi con essa e reinterpretare il proprio malessere secondo il paradigma psichiatrico dello squilibrio biochimico. L’idea di avere la necessità di assumere psicofarmaci per correggere la propria cognizione o il proprio sentire può significare per alcuni individui essere in qualche modo “persone inferiori”, o non altrettanto degne quanto chi non necessita dei farmaci (Usher, 2001).

Assumere psicofarmaci esercita dunque un impatto significativo sul senso di identità personale, sullo sviluppo e sul mantenimento di un “sé medicalizzato”: il momento in cui la persona inizia ad assumere psicofarmaci rappresenta una crisi, un *turning point* identitario, il passaggio da un “sé non medicalizzato”, ad un “sé medicalizzato” (Davis-Berman & Pestello, 2005).

⁸ Traduzione mia

Data la complessità e il forte carattere invasivo degli effetti secondari dei neurolettici, Flore e colleghi, basandosi sugli studi di Karen Barad (Barad, 2007), indicano l'impossibilità di isolare gli effetti collaterali indesiderati dalla totalità dell'esperienza del farmaco, mostrando le complesse "intra-azioni" con cui gli effetti del trattamento, la soggettività e l'esperienza incarnata sono co-costruiti in relazioni sociali, affettive e materiali (Flore et al., 2019).

Diversamente dall'inter-azione, secondo il modello dell'intra-azione di Karen Barad, gli agenti coinvolti (in questo caso: psichiatria, pazienti psichiatrici, farmaci) non sono entità ontologicamente separate che precedono i loro incontri reciproci, ma, al contrario, essi emergono attraverso l'intra-azione e sono sempre co-costituiti.

Barad scrive (2007):

“Il neologismo "intra-azione" significa la mutua costituzione di forze agenti (*agencies*) intrecciate. Cioè, in contrasto con la consueta "interazione", che presuppone che vi siano forze agenti individuali separate che precedono la loro interazione, la nozione di intra-azione riconosce che le forze agenti distinte non precedono, ma piuttosto emergono attraverso la loro intra-azione. È importante notare che le forze agenti "distinte" sono distinte solo in un senso relazionale, non assoluto, cioè le forze agenti sono distinte solo in relazione al loro reciproco intreccio; non esistono come elementi individuali”⁹ (p.33).

Ne consegue che le presunte scissioni ontologiche malattia/sintomi, farmaco/disagio, guarigione/salute decadono: i sintomi, la “malattia”, la guarigione divengono produzioni collettive e relazionali, e si potrebbe aggiungere discorsive, che sorgono solo a partire dal loro incontro, piuttosto che il riflesso della “realtà” del disagio individuale o delle terapie messe in atto. Si potrebbe altrimenti dire che non esiste “malattia mentale” senza farmaco, così come non esiste farmaco senza “psichiatria”, e nessuno di questi elementi, per come li intendiamo, precede il loro incontro.

Alla luce di queste considerazioni, lo psicofarmaco non può essere inteso come un mero oggetto che materializza i suoi effetti (benefici o collaterali) all'interno del corpo del ricevente, e il gesto che accompagna la sua assunzione non è neutro, ma diviene gesto semiotico rivestito di promesse, speranze, timori. Ecco allora che lo psicofarmaco

⁹ Traduzione mia

produce la soggettività proprio attraverso i discorsi che accompagnano la sua assunzione, gli effetti collaterali, i colloqui con lo psichiatra, l'istituzione da cui sorge.

Il modello centrato sulla malattia, al contrario, considera gli effetti positivi esercitati dai farmaci separati dagli effetti collaterali, mentre la “sintomatologia” della “malattia mentale” e gli effetti dei farmaci vengono trattati come eventi discreti. Tuttavia, tali distinzioni non riflettono adeguatamente la complessità della questione e l'ambivalenza dell'azione degli psicofarmaci che si riflette nelle decisioni assunte dalle persone rispetto al percorso di cura. Infatti, secondo Duff (citato in Flore et al., 2019):

“Intrecciati nei discorsi e nelle pratiche sociali, i farmaci sono forse meglio concepiti come assemblaggi di forze sociali, affettive e materiali che influenzano i corpi in modi complessi, così come influenzano le soggettività”¹⁰

2.3 Significati e teorie personali del consumo di psicofarmaci e della loro gestione

Si è visto come il farmaco non possa essere separato dai discorsi di carattere culturale, esperienziale, clinico che lo descrivono, ma che anzi, il “farmaco” come elemento simbolico sia costruito proprio a partire da tali discorsi. Il farmaco, quindi, più che “essere”, è in divenire, in quanto i suoi effetti non possono precedere l'incontro dei soggetti che lo assumono:

“Non si può isolare il farmaco dai suoi effetti dispersi sui corpi (organi, neuroni, sangue e così via), da come tali effetti sono conosciuti e narrati e da chi, così come dalle istituzioni e dalle persone che rendono possibile l'ingestione dei farmaci (psichiatri, ospedali e aziende farmaceutiche)”¹¹ (Flore et al., 2019)

In questo paragrafo si esporranno le evidenze presenti in letteratura in merito alla gestione, alle teorie personali e ai valori attribuiti al farmaco da parte di chi ne fa uso, per meglio comprendere i significati e i discorsi che si generano da tale incontro e dai quali emergono la “realtà-farmaco” e la “realtà-paziente”.

¹⁰ Traduzione mia

¹¹ Traduzione mia

La maggior parte delle ricerche qualitative presenti in letteratura sull'analisi delle narrazioni prodotte da persone che assumono farmaci antipsicotici mette in luce un dato comune: l'ambivalenza che la persona riferisce di provare nei confronti dello psicofarmaco. A questo proposito Davies-Berman e Pestello (2005) hanno condotto uno studio qualitativo in cui viene indagata l'esperienza di assunzione degli psicofarmaci e l'effetto che questi esercitano sul senso di sé di chi li assume. Dai risultati dell'analisi emerge che la maggior parte dei partecipanti si mostra ambivalente nei confronti dello psicofarmaco: da una parte essi criticano la dipendenza dai farmaci, avvertendo come essi li rendano persone diverse, e rifiutano la necessità del farmaco; dall'altra, affermano che i farmaci li aiutano a far fronte in modo migliore alla propria quotidianità. Di fronte a questa ambivalenza, i partecipanti si impegnano a dare senso alla loro esperienza con lo psicofarmaco e all'impatto che quest'ultimo esercita sul loro senso di identità personale. In linea generale, Davies-Berman e Pestello hanno evidenziato due tipologie di narrazioni opposte, le quali descrivono da una parte un "sé migliorato", caratterizzato da umore maggiormente stabile, maggiore controllo sulle emozioni, facilitazione nel prendere decisioni, miglioramento della socialità e così via; dall'altra viene descritto un "sé peggiorato", caratterizzato da un maggior senso di stigmatizzazione, stress e difficoltà, dalla perdita di sé e da un senso di inautenticità.

In linea con tale risultato, una review di studi qualitativi sulle esperienze di individui che assumono neurolettici mette in luce come gli effetti dello psicofarmaco sul senso di sé siano principalmente due: se da una parte alcune persone affermano che lo psicofarmaco ha consentito loro il "ripristino del sé", ristabilendo un senso di normalità e autonomia in seguito all'insorgenza del malessere, dall'altra alcuni individui accusano il farmaco di aver causato un "esaurimento del sé", privandoli di aspetti preziosi della loro personalità, smorzando le emozioni, impattando sulla motivazione e sull'iniziativa e attenuando le capacità cognitive (Thompson et al., 2019).

Da tali analisi emerge come lo psicofarmaco da un lato possa essere percepito come utile per riuscire a fare fronte in modo migliore alla quotidianità, consentendo la "liberazione dai sintomi", ma dall'altro lato, allo stesso tempo, esso viene spesso temuto in quanto assume il controllo della vita di chi lo assume, causando senso di dipendenza, effetti collaterali e privando la persona di importanti aspetti della propria identità (Davis-Berman e Pestello, 2005, Thompson et al., 2019).

Come messo in luce da Barad (2007), infatti, l'ambivalenza riflette le complesse interazioni tra corpo e farmaco, dalle quali emergono l'insieme degli effetti, i discorsi, le

speranze e le relazioni di potere istituzionali. Gli effetti collaterali non possono dunque essere trattati come unità discrete localizzate in specifiche parti del corpo o separate dalle relazioni di potere istituzionale. Poiché gli effetti degli psicofarmaci sono fortemente influenzati dalle aspettative culturali e dai sistemi di significato condivisi è importante comprendere gli effetti che esercitano sull'individuo a partire dalle sue interpretazioni e attribuzioni di senso.

Si è già visto come decidere di aderire alla prescrizione farmacologica comporti delle ricadute importanti sul piano della costruzione identitaria, in quanto ciò presuppone l'identificazione con la diagnosi e la ridefinizione della propria sofferenza secondo la retorica medica dello scompensamento biochimico (Karp, 1993), oltre che una rilettura della propria esperienza attraverso la lente normativa della psichiatria. Opporsi all'assunzione del farmaco, avanzare delle resistenze, può dunque significare rigettare la propria categorizzazione in quanto "persona malata" e rivendicare un senso di autonomia e di auto-efficacia.

Carder e colleghi (2003) si sono occupati di indagare come gli individui che avevano ricevuto la diagnosi di una qualche "malattia cronica", come disturbo bipolare, schizofrenia, ma anche sclerosi multipla e artrite reumatoide, percepissero la necessità di assumere farmaci a lungo termine. Nello specifico, gli autori si sono occupati di descrivere i modelli di utilizzo dei farmaci, mostrando come gli individui con malattie considerate croniche conducano delle trattative nello sforzo di bilanciare la salute e la malattia preservando il proprio senso di identità personale. Infatti, le persone che ricevono una diagnosi di "malattia cronica", devono gestire non solo i regimi farmacologici, ma anche rinegoziare la propria identità di persone precedentemente "sane". Dalle interviste dei partecipanti allo studio sono emersi due tipi di negoziazione: interne ed esterne. Le negoziazioni interne riguardano gli sforzi individuali compiuti dalle persone per gestire il senso di sé mentre devono trattare con sintomi come dolore, fatica, "allucinazioni", effetti collaterali. Le negoziazioni identitarie includono gli sforzi per stabilire un ordine, per adattarsi, per essere maggiormente simili all'immagine che hanno di sé stessi. Le negoziazioni esterne riguardano le decisioni prese con gli operatori sanitari rispetto alla gestione dei farmaci, quindi sull'opportunità di assumerli, sulla tipologia, sul dosaggio e sulla durata del trattamento. Durante l'intero processo dinamico di negoziazione, gli individui possono accettare e/o opporre resistenza all'assunzione dei farmaci prescritti sulla base delle proprie valutazioni di costi e benefici (Carrick et al., 2004).

Sono diversi gli studi che si sono occupati di analizzare l'esperienza di assunzione di farmaci antipsicotici e le modalità con cui le persone decidono o meno di aderire al trattamento. In una ricerca qualitativa di Morant e colleghi (2017), è emerso che i partecipanti allo studio hanno assunto quattro posizioni diverse di fronte alla prescrizione: coloro che accettavano il farmaco e le prescrizioni del medico valutandole attivamente; coloro che, dopo aver valutato la prescrizione, la modificavano attivamente; coloro che accettavano passivamente la prescrizione senza avanzare domande; e infine coloro che rifiutavano i farmaci. La maggior parte dei partecipanti allo studio, soppesando gli effetti positivi e negativi dei farmaci e le possibili conseguenze della mancata assunzione, considerava i farmaci come l' "opzione meno peggiore", con diversi livelli di accettazione o rassegnazione. Infatti, sia i farmaci che il malessere soggettivo possono essere fonte di grande stress, per cui gli effetti che gli psicofarmaci esercitano sulla persona non possono essere valutati indipendentemente dalla percezione che egli ha della "malattia". Tuttavia, anche coloro che accettavano in modo consenziente il farmaco esprimevano la difficoltà di vivere con gli effetti collaterali e il desiderio di interrompere l'assunzione in futuro. Una parte dei partecipanti si è invece dimostrata contraria all'uso di farmaci, anche se in alcuni casi le persone si sentivano obbligate ad assumerli.

I partecipanti che hanno preso parte ad uno studio qualitativo condotto da Hagen e colleghi (Hagen et al., 2010) hanno assunto tre principali attitudini nei confronti dei farmaci antipsicotici: coloro che aderivano al trattamento ma ritenevano che l'uso di farmaci presentasse notevoli limitazioni; coloro che ritenevano che i farmaci dovessero essere utilizzati per poco tempo solo in situazioni di crisi e infine coloro che ritenevano sempre ingiustificato il consumo. La maggior parte degli individui ha riportato esperienze fortemente negative con i farmaci antipsicotici, e solo cinque partecipanti su ventidue asserivano di aver tratto qualche tipo di beneficio dal trattamento.

La letteratura evidenzia come circa l'80% delle persone che hanno ricevuto una diagnosi di "malattia mentale" abbia apportato delle modifiche alla cura con antipsicotici almeno qualche volta (Adams & Howe, 1993). La scarsa aderenza al regime terapeutico è un fenomeno complesso che dipende da diversi fattori e rappresenta un problema in quanto può essere causa di ulteriori "esacerbazioni" e ricoveri (Green, 1988; Mulaik, 1992). Nella maggior parte dei casi la sospensione del farmaco o le modifiche del dosaggio sono dovute al peso degli effetti collaterali dei farmaci (Carrick et al., 2004; Usher, 2001), ma anche alla percezione della sua inefficacia (Gray et al., 2004; Rettenbacher et al., 2004; Usher, 2001), così come ad effetti psicologici ed emozionali, o alla paura della

dipendenza, al senso di perdita di controllo e di autonomia (Davies-Bermann e Pestello, 2005; Hagen et al., 2010; Malpass et al., 2009).

Il modello adottato dalla psichiatria per riferirsi all'adesione o meno al trattamento da parte del paziente, e dunque al suo successo, è il modello della "*compliance*". Secondo tale modello il paziente esemplare è colui che obbedisce e aderisce alle prescrizioni mediche, affidandosi completamente ai dettami dello psichiatra. Alla luce della complessità dei significati assunti dal farmaco e delle implicazioni che esso comporta, tale modello si dimostra profondamente inadeguato, in quanto non prende in considerazione la prospettiva della persona, le ragioni e i significati che motivano l'adesione o il rifiuto del trattamento. Secondo il modello della *compliance*, il quale tiene conto unicamente della prospettiva del medico, il paziente "*non compliant*" è un individuo non conforme, che esprime un comportamento deviante per ignoranza o irresponsabilità, e sul quale ricade inevitabilmente la colpa dell'insuccesso del trattamento (Donovan e Blake, 1992). Tuttavia, la percezione dell'efficacia del trattamento farmacologico è altamente soggettiva, così come lo sono i benefici riportati, gli effetti indesiderati e l'impatto sulla vita quotidiana (Bulow et al., 2016; Gray & Deane, 2016; Thompson et al., 2019). Come discusso nel primo paragrafo, risulta impossibile isolare gli effetti collaterali indesiderati dalla totalità dell'esperienza del farmaco (Flore et al., 2019), per cui spesso le persone si mostrano ambivalenti nei confronti del trattamento, in quanto esperiscono simultaneamente effetti benefici ed effetti negativi, se non addirittura invalidanti sul piano fisico e cognitivo (Bjornestad et al., 2017; Carrick et al., 2004; Gray e Deane, 2016; Moncrieff et al., 2009; Morant et al., 2017; Rogers et al., 1998). Inoltre, le persone valutano lo psicofarmaco sulla base di vari fattori: non si tratta solo del desiderio di trattare i "sintomi" e di raggiungere il benessere, ma sono implicate anche le interazioni sociali, le norme culturali, le proprie credenze e aspettative, oltre che l'identificazione con la diagnosi, l'efficacia percepita del farmaco, la gravità degli effetti collaterali, i significati simbolici e sociali assunti dallo psicofarmaco (Donovan e Blake, 1992; Morant et al., 2017). Ne consegue che gli individui non sono semplicemente "aderenti" o "non aderenti" alle prescrizioni mediche, in quanto sono agenti attivi impegnati nell'attribuzione di significati e nell'amministrazione dei farmaci mettendo in atto diverse strategie per acquisire potere nel trattamento farmacologico, come aggiustamenti delle dosi e sospensioni (Bulow et al., 2016; Donovan e Blake, 1992; Rogers et al., 1998). Inoltre, se supponiamo che "soggetto" (utente psichiatrico) e

“oggetto” (psicofarmaco) non esistono in quanto tali precedentemente al loro incontro, ma si co-costruiscono a partire dalla loro intra-azione, l’identità del paziente “non *compliant*” non preesiste ai particolari intrecci con il contesto, gli operatori sanitari, le pratiche cliniche, ma è qualcosa che viene co-costruita all’interno di queste pratiche particolari (Flore et al., 2019). Pertanto, sarebbe auspicabile compiere una rivalutazione del modo in cui viene configurato il “paziente”, del modo in cui aderisce o meno alla terapia, considerando i particolari intrecci di mente, corpo, istituzioni, relazioni, discorsi, e società che inevitabilmente incidono sul consumo del farmaco.

2.4 Un approccio alternativo alle “gravi crisi psichiatriche”: la “Terapia del Dialogo Aperto”

Parallelamente alla crescita esponenziale di farmaci impiegati nella “cura” della “malattia mentale”, hanno perso rilevanza le teorie e le pratiche che mirano alla comprensione dell’“esperienza psicotica” e alla ricostruzione del loro significato (Whitaker, 2013).

Un approccio alternativo alle gravi crisi psichiatriche è stato messo a punto in Finlandia da Seikkula e altri operatori e ha raccolto numerose evidenze empiriche rispetto alla sua efficacia: si tratta della “Terapia del Dialogo Aperto”, o *Open Dialogue* (Seikkula, 2014). Tale approccio consiste in un metodo di trattamento basato sulla rete sociale e che, in ottica dialogico-trasformativa, mira a “creare uno spazio condiviso con un nuovo linguaggio all’interno del quale le cose possono iniziare ad assumere differenti significati” (Seikkula, 2014, p.67), riducendo al minimo l’impiego di farmaci. Infatti, secondo tale prospettiva:

“La psicosi può essere considerata come un modo di affrontare esperienze terribili che non possono essere espresse in altro modo se non attraverso i deliri e le allucinazioni” (Seikkula, 2014, p.47).

Lo scopo essenziale dell’intervento diviene allora quello di mettere in parola le esperienze per le quali la persona non era stato in grado di costruire una narrazione e di rendere secondaria la terapia farmacologica.

I sette principi fondamentali per intervenire di fronte alla situazione di crisi sono (Seikkula, 2014):

1. Aiuto immediato, possibilmente entro le 24 ore;
2. Prospettiva di rete sociale nella quale venga abitualmente coinvolta la famiglia e gli altri membri chiave della rete per mobilitare le risorse psicologiche di ciascuno;
3. Flessibilità e mobilità del gruppo di terapeuti, selezionando i metodi terapeutici più adatti in ogni situazione, rispettando le esigenze della famiglia (ad esempio offrendo la disponibilità ad incontrarsi a domicilio del paziente);
4. Responsabilità di organizzare il primo incontro e di riunire il gruppo di esperti da parte di qualsiasi professionista venga contattato per primo;
5. Continuità psicologica del trattamento, per cui il gruppo di professionisti si assume la responsabilità del trattamento per tutto il tempo necessario e in qualsiasi *setting*;
6. Tolleranza dell'incertezza
7. Dialogismo: il dialogo è il mezzo attraverso il quale la famiglia e il paziente sono in grado di acquisire maggiore agentività.

I risultati dell'applicazione dell'*Open Dialogue* in Finlandia sono sorprendenti: nonostante il modesto impiego di antipsicotici in relazione all'esordio psicotico (il 67% degli individui non ha mai fatto uso di tali farmaci), circa l'80% delle persone prese in carico sono tornate alle normali attività, al lavoro o allo studio (Seikkula et al., 2006).

Le evidenze di tale approccio sono talmente promettenti che nel 2015 il Ministero della Salute italiano ha finanziato un progetto nazionale per valutare l'applicabilità del modello finlandese nel contesto di otto dipartimenti italiani di salute mentale: Catania, Modena, Roma, Savona, Torino e Trieste. Il progetto è ancora in corso, tuttavia sono disponibili i risultati preliminari del dipartimento di Modena dopo 6 mesi di *follow-up*, i quali hanno evidenziato l'efficacia dell'applicazione del Dialogo Aperto con esiti clinici e funzionali che confermano i dati presenti in letteratura (SIEP, 2018).

Se, come espresso da Baktin (1984), vivere significa partecipare al dialogo, è proprio al dialogo che è auspicabile tornare:

“(…) Ciò che mi ha sorpreso in questi anni è l'enorme difficoltà che i terapeuti anche esperti incontrano nell'adottare un metodo di lavoro dialogico con i loro pazienti. Il dialogo non è un metodo, è uno stile di vita. È una delle prime cose che apprendiamo e per questo è molto semplice. La sua essenziale semplicità tuttavia sembra essere, paradossalmente, la sua difficoltà. È così semplice che non possiamo credere che l'elemento terapeutico di qualsiasi

pratica sia semplicemente essere ascoltati, ricevere risposte e dialogare; quando questo si realizza, in realtà, il nostro lavoro terapeutico è terminato, perché i nostri pazienti, raggiungendo la capacità di dialogare tra loro, sono tornati a essere agenti delle proprie vite. (...) Come professionisti dobbiamo imparare a seguire il modo di vivere e il linguaggio dei nostri pazienti, completamente, interamente, senza eccezioni o pregiudizi. Non è facile. Ma questo secondo me è il vero cambiamento” (Seikkula, 2011).

Capitolo terzo

INTRODUZIONE ALLA RICERCA

3.1 La cornice epistemologica

La seguente ricerca sorge da un paradigma epistemologico postmoderno e, nello specifico, assume la prospettiva teorica dell'Interazionismo simbolico (Blumer, 1969). Tale prospettiva condivide gli assunti fondamentali dell'epistemologia costruttivista, secondo la quale la realtà non esiste indipendentemente da un osservatore e dai suoi atti conoscitivi (Castiglioni e Faccio, 2010): se è il nostro sguardo sulla realtà a plasmare la forma che tale realtà assume, il problema gnoseologico relativo al *come* conosciamo viene a coincidere con il problema ontologico di *cosa* conosciamo. In questo senso, la conoscenza non riguarda più la realtà oggettiva, ontologica, di cui si occupano le scienze che adottano la prospettiva epistemologica del realismo empirico, bensì il processo di co-costruzione di tale realtà (Castiglioni e Faccio, 2010). Secondo tale paradigma, infatti, la realtà è il frutto di un processo di costruzione sociale che avviene sulla base delle relazioni e dell'accordo che si viene a creare all'interno di una comunità di parlanti in un dato contesto storico, sociale e culturale, e non può prescindere dalle interazioni tra loro (Berger e Luckmann, 1969). Ne consegue che il linguaggio assume un ruolo fondamentale nel processo di costruzione della realtà che abitiamo; infatti, essa è costruita mediante le categorie conoscitive e linguistiche che utilizziamo per descriverla (Berger e Luckmann, 1969) e il modo in cui configuriamo linguisticamente un determinato oggetto influenza in senso pragmatico l'esperienza che ne facciamo, rendendo legittime determinate rappresentazioni e aspettative (Faccio e Centomo, 2010) e facendoci dimenticare della sua natura linguistica e convenzionale. Ciò avviene in forza maggiore per i costrutti concettuali che non hanno un corrispettivo materiale, oggettivo, come ad esempio la "malattia mentale". La "schizofrenia", la "psicosi", la "depressione" sono costrutti divenuti realtà per mezzo di un processo di reificazione (Faccio e Salvini, 2006). Tale realtà non esiste di per sé, nei termini della realtà materiale, ma diviene reale negli effetti di realtà che produce, in virtù della forza illocutoria, perlocutoria e performativa del linguaggio (Austin, 2019). In questo senso, il linguaggio si configura come un'azione, in quanto gli esseri umani operano costantemente attraverso l'uso delle parole, in un "agire comunicativo dotato di senso" (Salvini, 1997, p. 33).

Il perno della prospettiva dell'Interazionismo simbolico è rappresentato dalla "teoria del significato" (Blumer, 1969), secondo la quale gli esseri umani agiscono nei confronti delle cose sulla base dei significati loro attribuiti, significati che nascono nell'interazione semiotica tra individui e che possono essere trattati e modificati lungo un processo interpretativo. L'essere umano dirige la propria azione a partire da un processo di interpretazione nel quale è costantemente coinvolto in modo attivo: esso, infatti, non si limita a recepire i significati presenti all'interno di una determinata cornice storica, sociale e culturale, bensì li manipola intenzionalmente sulla base delle proprie teorie e dei propri obiettivi. I significati, inoltre, non sono attribuiti una volta per tutte, ma sono costantemente co-costruiti e rinegoziati in maniera fluida all'interno di scambi interattivi: è l'interazione tra persone coinvolte in una dimensione di dialogo ad essere il fondamento del processo di attribuzione di significato (Castiglioni e Faccio, 2010). Per comprendere ed avere accesso a tali significati è dunque necessario considerare la comunità di parlanti all'interno della quale sorgono, con delle enormi ripercussioni sul modo di intendere e di fare ricerca.

La dimensione relazionale è la dimensione all'interno della quale non sorgono solo i significati, ma anche il senso dell'identità personale. Secondo le teorie identitarie sviluppatasi entro il paradigma di riferimento, infatti, l'identità è un costrutto che emerge da un processo relazionale (Mead, 1932), dialogico (Hermans, 1996) e riflessivo (Cooley, 1902) nel quale è sempre implicato lo sguardo dell'Altro (James, 1890). L'identità personale è il riflesso di un atto sociale ed è "costitutivamente relazionale" (Faccio, Veronese, Castiglioni, 2010, p.31), non solo perché l'essere umano è coinvolto all'interno di reti di relazioni sociali, ma anche perché costantemente in relazione e dialogo con sé stesso (Castiglioni, Faccio, 2010).

La seguente ricerca si colloca al centro di tali contributi teorici, in quanto ha lo scopo principale di comprendere i processi di significazione e di costruzione identitaria in giovani persone che presentano una diagnosi di "psicosi" e che abbiano o meno una storia di consumo di sostanze stupefacenti. Gli obiettivi dello studio verranno trattati nel dettaglio nei paragrafi seguenti.

3.2 Metodologia della ricerca: la ricerca qualitativa

In linea con i presupposti teorici del paradigma di riferimento, la metodologia di tale ricerca prevede un'impostazione qualitativa. Il paradigma interazionista dimostra l'insufficienza del paradigma naturalistico della ricerca tradizionale nello studiare la pluralità degli stili di vita e di interpretazione nel mondo moderno e nella società postmoderna (Flick, 2014; Romaioli, 2010). Infatti, come afferma Alessandro Salvini:

“l'esperienza di sé, essendo irriducibilmente soggettiva, sembra sfuggire inesorabilmente alla possibilità di essere compresa con i classici metodi empirici e sperimentali” (Salvini, Bottini, 2011).

L'obiettivo della ricerca qualitativa non è quello di verificare, attraverso metodi deduttivi, modelli teorici preesistenti, bensì quello di comprendere il fenomeno indagato a partire dal mondo empirico, studiandolo nel suo contesto naturale, comprendendo il processo attraverso il quale le persone lo co-costruiscono e i significati che gli attribuiscono (Denzin e Lincoln, 2005; Flick, 2014).

Per fare questo, la metodologia dell'Interazionismo simbolico adotta un esame diretto del mondo sociale empirico: il ricercatore non assume la posizione di osservatore esterno, indipendente ed oggettivo, bensì si prefigge una descrizione rigorosa dei fenomeni da specifici punti di vista che concorre a co-costruire (Blumer, 1969). La ricerca in questo ambito, pertanto, si configura come un'attività conoscitiva situata e co-costruita, che tiene conto della speciale interazione che si viene a creare tra il ricercatore e la persona che prende parte all'intervista, così come delle interpretazioni e delle teorie che guidano il ricercatore. Il ricercatore, infatti, attraverso le proprie scelte metodologiche e operative, così come attraverso le proprie riflessioni, i propri riferimenti teorici e le abilità di conduzione dell'intervista, contribuisce a creare la realtà che sta osservando. La riflessività del ricercatore rispetto al proprio ruolo di co-costruzione della realtà gli consente di non incappare nell'illusione della neutralità.

La ricerca qualitativa, dunque, non si caratterizza per una rigida applicazione di procedure analitiche e statistiche, ma adotta i metodi di analisi più adatti al contesto di indagine, in virtù del principio di coerenza rispetto agli obiettivi della ricerca e al principio dell'utilità pragmatica della stessa.

Tale tipo di analisi si fonda *in primis* sulla comunicazione, adottando il linguaggio come oggetto di studio privilegiato in quanto *medium* per la costruzione della realtà. Il

linguaggio viene qui inteso come un insieme di unità simboliche che assumono senso all'interno dei loro contesti d'uso (Wittgenstein, 1953) e nelle produzioni e negoziazioni di significati condivisi con gli altri e situati in un determinato contesto storico-culturale. Il linguaggio diviene un vero e proprio oggetto di studio, in quanto attraverso l'attenzione posta alle narrazioni, ai discorsi e alle conversazioni, è possibile far emergere e comprendere in profondità i processi di significazione e le modalità conoscitive e di costruzione della realtà (Gergen, Josselson, Freeman, 2015).

In conclusione, la ricerca qualitativa si configura come un processo flessibile, circolare, interattivo, ricorsivo e induttivo che, a differenza della ricerca quantitativa, non ha lo scopo di spiegare e generalizzare determinati fenomeni, ma, al contrario, ha l'obiettivo di comprendere in profondità pochi casi o casi unici, mettendo in luce tutta la loro complessità (Blasi, 2010).

3.3 Strumento di raccolta dei dati: l'intervista semi-strutturata

L'intervista è uno strumento fondamentale della ricerca qualitativa. Essa consiste in un processo flessibile e dinamico attraverso il quale è possibile sviluppare una relazione di tipo conversazionale che consenta di indagare il significato dell'esperienza particolare e soggettiva del partecipante alla ricerca rispetto ad uno specifico fenomeno. Infatti, in questo rapporto l'intervistato è percepito come l'esperto in materia e gli dovrebbe quindi essere accordata la possibilità di esprimersi liberamente (Smith, Harré e Van Langenhove, 1995).

Esistono interviste con differenti gradi di strutturazione: intervista strutturata, semi-strutturata e non strutturata. Per il seguente studio sono state proposte delle interviste semi-strutturate grazie alle quali è stato possibile disporre delle narrazioni dei partecipanti che consentissero di indagare con maggiore libertà il loro punto di vista soggettivo rispetto alla domanda della ricerca (Harré e Gillet, 1994).

L'intervista semi-strutturata è costituita da una traccia di temi che devono essere affrontati in base agli obiettivi della ricerca, come una serie di domande aperte o un elenco di argomenti. La definizione delle domande dell'intervista è il risultato di un processo a cascata: a partire dalla domanda generale della ricerca, è possibile stabilire degli obiettivi specifici, i quali possono essere raggiunti attraverso la formulazione di particolari domande che consentano di indagare tali aree di indagine.

È importante che le domande rivolte al partecipante rispondano ad una serie di requisiti fondamentali che gli consentano di produrre risposte libere ed aperte. Per questo motivo le domande non devono essere eccessivamente direttive, ma piuttosto devono essere caratterizzate da un certo grado di generalità e generatività. La generalità della domanda fornisce all'intervistato la possibilità di rispondere in modo libero e all'intervistatore di operare delle variazioni a seconda delle risposte fornite da ciascun partecipante (Castiglioni e Faccio, 2010). Infatti, l'intervista semi-strutturata è caratterizzata da un certo grado di flessibilità: può essere invertito l'ordine con cui vengono poste le domande, la domanda stessa può essere leggermente modificata se il partecipante ha già fornito indicazioni su quel tema, oppure possono avvenire delle domande di approfondimento che non erano state previste al fine di consentire una maggiore comprensione di un determinato aspetto (Flick, 2014).

3.4 Obiettivi della ricerca

L'obiettivo principale della ricerca, sulla base del quale sono stati formulati specifici sotto-obiettivi e il protocollo di domande corrispondenti, è stato quello di **analizzare le ricadute identitarie dell'assunzione di psicofarmaci sul senso di sé, le teorie personali e i significati legati alla loro assunzione in persone con e senza storia di consumo di sostanze stupefacenti**. Si è inoltre cercato di comprendere se il consumo di sostanze stupefacenti potesse avere delle implicazioni nel rapporto che la persona intrattiene con lo psicofarmaco. Questo obiettivo è stato conseguito attraverso il **confronto tra i due gruppi** di partecipanti che hanno preso parte alla ricerca.

L'obiettivo principale della ricerca è stato declinato in una serie di sotto-obiettivi, ciascuno dei quali risponde a specifiche aree di indagine del fenomeno analizzato:

- Analisi delle narrazioni in merito al primo contatto con i Servizi per la Salute Mentale. Attraverso le domande di questo sotto-obiettivo si è cercato di elicitarle le narrazioni dei partecipanti rispetto al primo contatto con i Servizi per la Salute Mentale, in particolare rispetto ai fatti che hanno comportato l'accesso in psichiatria e come vengono ora integrati nella propria storia personale.
- Analisi delle teorie personali in merito ai significati, agli effetti e all'utilità dello psicofarmaco

Tramite questo sotto-obiettivo si è cercato di indagare quali fossero le teorie personali in merito al consumo di psicofarmaci, e nello specifico si è cercato di comprendere quali fossero i significati attribuiti al farmaco, le credenze rispetto ai suoi effetti (benefici e collaterali) e alla sua utilità.

- Analisi delle narrazioni in merito alle ricadute identitarie dell'assunzione dello psicofarmaco

Le domande di tale sotto-obiettivo avevano lo scopo di elicitare le narrazioni del partecipante in merito alle ricadute dell'assunzione dello psicofarmaco sul senso di identità personale. Nello specifico, si è cercato di comprendere quali fossero i cambiamenti percepiti rispetto al rapporto che la persona intrattiene con sé stessa e con gli altri, al suo modo di pensare a sé (concetto di sé) e alle sue relazioni, al suo modo di percepire e di agire nel mondo. Per indagare tali aspetti sono stati presi in considerazione tre ambiti: il rapporto che il partecipante intrattiene con sé stesso, il rapporto che il partecipante intrattiene con gli altri, e la sfera lavorativa, di studio e di hobby.

- Analisi delle narrazioni in merito alle variazioni e/o sospensioni degli psicofarmaci e speranze per il futuro

Questo sotto-obiettivo ha lo scopo di indagare la gestione dello psicofarmaco da parte del consumatore, cercando di comprendere i motivi di eventuali variazioni e/o sospensioni. Si è inoltre cercato di indagare quali fossero le speranze e i desideri per il futuro in relazione al consumo degli psicofarmaci e alla loro sospensione.

- Analisi delle narrazioni in merito alle ragioni, ai significati e agli obiettivi del consumo di sostanze stupefacenti nel passato e/o nell'attualità e le relative implicazioni sul benessere personale

Attraverso le domande di tale sotto-obiettivo si è cercato di elicitare le narrazioni dei partecipanti con storia di consumo di sostanze stupefacenti rispetto alle ragioni, ai significati e gli obiettivi che dirigono attualmente o hanno diretto nel passato tale consumo. Inoltre, si è cercato di comprendere quali fossero le teorie personali dei partecipanti rispetto alle implicazioni del consumo di sostanze stupefacenti sul benessere personale, e in particolare la loro influenza nell'esordio del malessere. Infine, si sono indagati i rischi percepiti rispetto al consumo di psicofarmaci e di sostanze stupefacenti.

Infine, alla luce delle differenze emerse tra le teorie e i significati attribuiti allo psicofarmaco tra i due gruppi di partecipanti, si è cercato di comprendere quali potessero essere i motivi che giustificassero tali differenze. Nello specifico, **attraverso l'analisi del posizionamento, si è indagato il ruolo svolto dalla diagnosi di "malattia mentale", al fine di comprendere se il grado di identificazione del partecipante con tale diagnosi potesse influire sulla percezione dell'utilità dello psicofarmaco e sull'adesione alla terapia farmacologica.**

3.5 Il contesto e i partecipanti alla ricerca

La presente ricerca è nata a partire dall'interesse nell'indagare quali fossero le ricadute identitarie dell'assunzione di psicofarmaci sul senso di sé, quali le teorie personali e i significati legati alla loro assunzione e come questi influissero sulla gestione della terapia farmacologica da parte di giovani persone con diagnosi di "psicosi".

In linea con tale obiettivo, la seguente ricerca ha preso luogo durante l'esperienza di tirocinio della laureanda all'interno dell'Unità Operativa di Psichiatria – Alto Garda, Ledro e Giudicarie dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. In questo contesto, è stato proposto alla Dirigente dell'Unità Operativa il "disegno" della ricerca e la possibilità di coinvolgere l'utenza. Nello specifico, hanno offerto il loro contributo allo studio quattordici utenti del Centro di Salute Mentale (CSM) di Arco e di Tione e della Comunità Terapeutica Riabilitativa "Villa Ischia" di Riva del Garda, tutti afferenti alla medesima Unità Operativa di Psichiatria.

Sulla base degli obiettivi dichiarati della ricerca, e per circoscrivere il numero dei partecipanti, si è deciso di coinvolgere giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 35 anni che avessero ricevuto una diagnosi di "psicosi" e che assumessero almeno un farmaco antipsicotico al momento dell'intervista.

Sulla base di tali criteri, sono stati gli psichiatri curanti a fornire i nominativi delle persone che avrebbero potuto sostenere l'intervista senza difficoltà. Durante la fase di "pre-selezione" dei partecipanti da includere nella ricerca, ci si è accorti, dalla lettura della "storia clinica" di ciascuno, dell'alto numero di persone che presentavano una storia di consumo di sostanze stupefacenti, nel passato e/o nell'attualità. Per questo motivo, si è deciso di ampliare l'obiettivo originario della ricerca e di indagare se il consumo di sostanze stupefacenti potesse essere un elemento che incidesse in modo significativo sulle teorie e i significati attribuiti allo psicofarmaco e, di conseguenza, nella gestione della

terapia farmacologica. In linea con i presupposti della metodologia di ricerca adottata, è stato il contesto reale a suggerire di ampliare gli obiettivi della ricerca, al fine di comprenderne le relative “province di significato” (Schutz, 1970) e di formulare delle osservazioni empiricamente fondate.

È importante specificare che l’utilizzo di sostanze psicotrope o di alcol non ha costituito un criterio di inclusione del campione e che non sono stati adottati dei criteri quantitativi o diagnostici per valutare se un soggetto fosse o meno considerabile un “consumatore”. Poiché uno degli intenti della ricerca è quello di esplorare i significati personali e le ragioni che dirigono il consumo di sostanze, anche saltuario, e di giungere ad una descrizione qualitativa di tale fenomeno, tale aspetto è stato indagato per chiunque abbia dichiarato di consumare sostanze nell’attualità, o di averne fatto uso in passato.

Lo studio è stato sottoposto al parere del Comitato etico locale, il quale ha espresso l’idoneità della ricerca. La laureanda si è quindi occupata dello svolgimento delle interviste, le quali hanno avuto una durata complessiva tra i 30 e i 60 minuti e sono state audio-registrate, previa approvazione da parte dei partecipanti.

Le persone che hanno aderito allo studio sono state in totale quattordici: sei persone non avevano mai fatto uso di sostanze stupefacenti, mentre otto persone presentavano una storia di consumo di sostanze. Di questi partecipanti, cinque erano donne e nove uomini. Del gruppo di consumatori di sostanze, solo una era donna, mentre gli altri sette uomini. Si specifica inoltre che solo due partecipanti hanno dichiarato di fare uso di sostanze nell’attualità, mentre tutti gli altri hanno dichiarato di aver interrotto il consumo, soprattutto a seguito del ricovero in psichiatria.

Diversi partecipanti alla ricerca, oltre a fare uso di farmaci antipsicotici, assumevano al momento dell’intervista altri tipi di farmaci, come antidepressivi, stabilizzatori dell’umore e benzodiazepine.

La sostanza stupefacente maggiormente utilizzata tra i consumatori di sostanze è stata la cannabis, di cui hanno fatto uso massiccio sette persone su otto. Le altre sostanze utilizzate sono state: alcol, cocaina, MDMA, ecstasy, funghi allucinogeni e, in un caso, eroina. Le sostanze assunte, le modalità d’uso, i contesti e i tempi di consumo sono varie tra i partecipanti.

Di seguito, verranno riportate due tabelle suddivise per gruppi di partecipanti, le quali mettono in luce i principali dati anagrafici, così come gli psicofarmaci assunti al momento dell’intervista e le sostanze consumate nel corso della propria vita.

GRUPPO DI NON CONSUMATORI DI SOSTANZE		
GENERE	ETA'	PSICOFARMACI
Donna	26	Venlafaxina, Quietapina, Tavor
Donna	30	Aldol
Donna	25	Aldol
Donna	31	Abilify
Uomo	30	Sertralina, Clozapina
Uomo	25	Abilify, Sertralina, Clorazepam

GRUPPO DI CONSUMATORI DI SOSTANZE			
GENERE	ETA'	PSICOFARMACI	SOSTANZE STUPEFACENTI
Donna	23	Antipsicotico depot	Cannabis MDMA
Uomo	33	Clozapina	Cannabis Alcol Cocaina Eroina
Uomo	28	Stabilizzatore dell'umore	Cannabis
Uomo	25	Abilify, Depakin	Cannabis Cocaina
Uomo	20	Aripiprazolo	Cannabis Cocaina Funghi allucinogeni
Uomo	21	Olanzapina, Sertralina	Cannabis
Uomo	25	Olanzapina	LSD, chetamina, cocaina, MDMA, ecstasy, funghi allucinogeni
Uomo	30	Abilify	Alcol

3.6 Costruzione dell'intervista

Al fine di rispondere agli obiettivi della ricerca si è deciso di adottare un'intervista semi-strutturata come strumento di raccolta dei dati. A seguito di un'attenta analisi della letteratura disponibile sul tema di interesse, sono state pensate le domande dell'intervista: alcune di esse hanno tratto spunto da ricerche preesistenti, mentre altre sono nate dall'interesse della laureanda di indagare particolari aspetti, talvolta scarsamente presi in considerazione dalla letteratura esistente.

L'intervista si divide in due sezioni, la prima composta da 14 domande e la seconda composta da 11 domande: la prima sezione, relativa al consumo di psicofarmaci, è stata proposta a tutti i partecipanti della ricerca, mentre le domande relative alla seconda sezione sono state indagate unicamente per le persone che presentavano una storia di consumo di sostanze stupefacenti, nel presente e/o nel passato.

La prima parte dell'intervista, identica per tutti i partecipanti alla ricerca, è stata formulata con lo scopo di poter mettere a confronto i due gruppi di partecipanti al fine di evidenziare eventuali differenze o somiglianze nelle teorie e nei significati attribuiti al consumo di psicofarmaci e nelle ricadute identitarie che l'assunzione di tali farmaci comporta sul senso di sé.

In tutti i casi, al fine di rispettare i criteri della ricerca qualitativa, le domande sono state poste in maniera aperta con l'obiettivo di elicitarne delle narrazioni che fossero quanto più libere possibili. Infine, le interviste sono state audio-registrate e trascritte integralmente.

Di seguito verranno presentate due tabelle: la prima riporta alcuni esempi di domande relativi alla prima parte del protocollo, comuni a tutti i partecipanti alla ricerca; la seconda riporta invece alcuni esempi di domande rivolte al gruppo di persone con storia di consumo di sostanze. Le domande presentate sono divise a seconda dei sotto-obiettivi in base ai quali sono state costruite.

PRIMA PARTE DEL PROTOCOLLO DI DOMANDE COMUNE A TUTTI I PARTECIPANTI	
OBIETTIVI	DOMANDE
I. Analisi delle narrazioni in merito al primo contatto con i Servizi per la Salute Mentale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Guardando indietro nel tempo, mi sapresti descrivere gli eventi che ti hanno condotto/a a chiedere aiuto ai servizi per la salute mentale? 2. Come interpreti ora ciò che è successo?
II. Analisi delle teorie personali in merito ai significati, agli effetti e all'utilità dello psicofarmaco	<ol style="list-style-type: none"> 1. Come ti fanno sentire i farmaci che assumi? 2. Ritieni che gli psicofarmaci che assumi ti siano di aiuto? Se sì, come?
III. Analisi delle narrazioni in merito alle ricadute identitarie dell'assunzione dello psicofarmaco	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da quando hai iniziato ad assumere psicofarmaci, ci sono stati dei cambiamenti nel modo in cui pensi e percepisci te stesso? Se sì, quali? 2. Da quando hai iniziato ad assumere psicofarmaci, ci sono stati dei cambiamenti nelle relazioni con gli altri? Se sì, quali?
IV. Analisi delle narrazioni in merito alle variazioni e/o sospensione degli psicofarmaci e speranze per il futuro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hai mai sospeso, ridotto o aumentato volontariamente il dosaggio dei farmaci, o hai mai pensato di farlo? Se sì, come è avvenuta la variazione e per quali motivi? 2. Rispetto al futuro, quali sono le tue speranze e come pensi evolverà il tuo rapporto con i farmaci?

SECONDA PARTE DEL PROTOCOLLO DI DOMANDE RELATIVA AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI	
OBIETTIVI	DOMANDE
<p>V. Analisi delle narrazioni in merito alle ragioni, ai significati e agli obiettivi del consumo di sostanze stupefacenti nel passato e/o nell'attualità e le relative implicazioni sul benessere personale</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Guardando indietro nel tempo, mi sapresti raccontare come è iniziato il consumo di sostanze e che effetti hai ricavato la prima volta che le hai utilizzate? 2. Quali ragioni ti spingono/spingevano a continuare a consumare sostanze? 3. Quali ragioni ti hanno spinto ad interrompere il consumo di sostanze? 4. Ritieni che il consumo di sostanze ti sia/stato di aiuto o che sia/fosse un problema per te? Perché? 5. Quali ritieni sia/stato l'impatto del consumo di sostanze sul tuo benessere psicologico? 6. Temi i potenziali effetti dannosi causati dal consumo di sostanze e/o i potenziali effetti collaterali dell'uso di psicofarmaci? Se sì, quali temi maggiormente e perché?

3.7 Analisi dei dati

Coerentemente con le premesse teoriche e metodologiche del paradigma di riferimento, e sulla base degli obiettivi della ricerca, si è deciso di adottare due strumenti di analisi dei dati testuali: l'analisi del contenuto, che ha consentito di porre l'accento a *cosa* (contenuto) i partecipanti hanno narrato e i particolari fenomeni descritti, e l'analisi del posizionamento, attraverso la quale si è cercato di comprendere *come* (processo) i partecipanti abbiano costruito la propria identità personale, posizionandosi rispetto al costruito di "malattia mentale".

Nei seguenti sotto-paragrafi verranno discussi tali metodi e verranno proposti degli esempi al fine di illustrare il processo di analisi dei testi.

2.7.1 L'analisi del contenuto

L'analisi del contenuto è uno dei classici metodi di analisi di dati testuali e risponde allo scopo di ridurre l'ampio insieme di dati a forme più piccole di rappresentazione (Flick, 2014). Tale riduzione avviene attraverso il processo di codifica del *corpus*, ossia della totalità del materiale testuale oggetto delle analisi, per mezzo della costruzione delle categorie che costituiscono i risultati dell'analisi (Tuzzi, 2003).

Dal punto di vista metodologico, esistono due percorsi attraverso cui codificare il *corpus* testuale e dunque convertire in codici le informazioni che contiene, ossia l'approccio *ex ante* e l'approccio *ex post*: nel primo caso, l'analisi del contenuto muove da teorie già presenti in letteratura, le quali dirigono la ricerca delle categorie dell'analisi; nel secondo caso, invece, la codifica dei concetti utili a descrivere il fenomeno indagato avviene a partire dai testi del *corpus* e si configura come un processo induttivo (Tuzzi, 2003).

Nel presente studio è stata adottata un'analisi manuale *ex post*, attraverso la quale il *corpus* di dati testuali è stato segmentato in unità contenutistiche a cui sono stati assegnati dei codici che ne rappresentassero e sintetizzassero il contenuto, attraverso ulteriori categorie sovraordinate. A partire dagli stralci di testo significativi, si è cercato di stabilire quali fossero gli elementi più rilevanti che ricorrevano nelle varie interviste, dopodiché sono state costruite delle "etichette" che rappresentassero il contenuto delle unità simboliche individuale; infine, tutte le etichette sono state accorpate in ulteriori categorie concettuali sovraordinate. Tali categorie devono essere caratterizzate da due criteri fondamentali, quello dell'eshaustività, per cui nessun tema codificato può essere escluso

dall'attribuzione ad una categoria, e quello della mutua esclusività, secondo il quale un tema non può appartenere contemporaneamente a due categorie diverse (Tuzzi, 2003).

Nel presente studio, l'analisi del contenuto ha consentito di indagare quali fossero le teorie e i significati attribuiti allo psicofarmaco da parte di persone con e senza storia di consumo di sostanze stupefacenti, e quali fossero le implicazioni di tale assunzione sul senso di sé. Inoltre, si sono indagate le teorie personali, i significati e i processi discorsivi in merito al consumo di sostanze, al loro impatto sul benessere psicologico e al loro confronto con gli psicofarmaci. Infine, si sono messi a confronto i contenuti emersi nei due gruppi di partecipanti, al fine di comprendere se il consumo di sostanze potesse avere delle implicazioni incidendo sui significati attribuiti al farmaco, alla percezione della sua utilità e alla conseguente adesione alla terapia.

Attraverso una prima fase di lettura e rilettura di tutte le interviste è stato possibile immergersi nelle narrazioni dei partecipanti formulando le prime osservazioni relative ai contenuti emersi. È seguita una fase di individuazione degli stralci di testo significativi, o perché riportavano un particolare contenuto di interesse, o perché rispondevano ad un determinato obiettivo; dopodiché si è cercato di individuare all'interno della totalità delle interviste quali fossero i temi ricorrenti, sulla base del criterio della somiglianza contenutistica degli stessi. Infine, sono stati assegnati dei codici, o etichette, che ne rappresentassero il contenuto, cercando di mantenere le espressioni utilizzate dai partecipanti qualora possibile.

L'intero processo di codifica si è configurato come un processo ricorsivo, di lettura e rilettura delle varie interviste, le quali sono state messe "in dialogo" l'una con l'altra al fine di stabilire quali fossero i contenuti ricorrenti e le connessioni tra risultati emersi, al fine di sviluppare delle osservazioni su tali collegamenti. È importante specificare che, sia le modalità di risposta dei partecipanti (più o meno approfondite, più o meno lunghe), sia i contenuti emersi, sono stati vari e talvolta molto differenti tra loro. Ciascun stralcio di testo poteva rispondere a più domande di ricerca, così come ad un'unica domanda di ricerca potevano corrispondere diversi stralci di testo appartenenti a risposte differenti.

Per rendere esplicito il lavoro attraverso il quale si è sviluppata l'analisi del contenuto, verrà presentata un'esemplificazione del processo che ha consentito di astrarre le categorie tematiche. La risposta riportata nel seguente esempio è stata fornita da una partecipante sulla base della domanda «Come ti fanno sentire i farmaci che assumi?».

Mi fa sentire salvaguardata sotto certi aspetti perché così anche se sono... cioè diciamo che se sono sotto stress non ho pensieri strani se lo prendo e quindi sicuramente mi sento più protetta diciamo. L'unica cosa che mi dispiace è essere, cioè non vorrei essere per tutta la vita dipendente da una pastiglia, cioè vorrei stare bene senza dover assumere una pastiglia ecco, perché comunque, non è che....non è che sia come dire brutto, cioè non è che, non so come spiegare...cioè non è che sia una cosa invasiva che mi devo fare siringhe, flebo, cioè alla fine è solo una pastiglia però il fatto di essere dipendente da una cosa esterna per stare bene mi turba ecco perché se in un futuro dovessi dimenticare di prenderla? Cioè cosa succede? Ecco quella è la mia paura, magari non nell'immediato però se non dovessi prenderla per un mese o due? Riuscirei a stare bene? Perché mi è successo di interromperla però dopo due o tre mesi ho...ho avuto insomma un posto di lavoro dove avevo il capo che mi stressava tanto e mi ha fatta ricadere diciamo.

PSICOFARMACO
COME FORZA
POSITIVA

SPERANZA DI
SOSPENDERE LA
TERAPIA

DIPENDENZA

TIMORE DI
SOSPENDERE IL
FARMACO

VARIAZIONI

Attraverso questo esempio è possibile notare come un'unica risposta possa fornire importanti contributi relativi a più aree di indagine o obiettivi. Nello specifico, le categorie tematiche PSICOFARMACO COME FORZA POSITIVA e DIPENDENZA rispondono alla domanda «Come ti fanno sentire i farmaci che assumi?» e all'obiettivo di analizzare le teorie personali in merito ai significati, agli effetti e all'utilità dello psicofarmaco. Le categorie SPERANZA DI SOSPENDERE LA TERAPIA e TIMORE DI SOSPENDERE IL FARMACO rispondono alla domanda «Rispetto al futuro, quali sono le tue speranze e come pensi evolverà il tuo rapporto con i farmaci?», mentre il tema

VARIAZIONI risponde alla domanda «Hai mai sospeso, ridotto o aumentato volontariamente il dosaggio dei farmaci, o hai mai pensato di farlo? Se sì, come è avvenuta la variazione e per quali motivi?»; queste tre categorie rispondono all'obiettivo di analizzare le narrazioni in merito alle variazioni e/o sospensioni degli psicofarmaci e le speranze per il futuro.

2.7.2 L'analisi del posizionamento

In linea con le prospettive teoriche della psicologia discorsiva, che pone l'accento sull'importanza conferita al discorso nelle attività umane (Harré e Gillet, 1996), e della psicologia narrativa, che consente di porre attenzione alla costruzione narrativa dell'identità, all'interno del seguente studio i processi di costruzione identitaria vengono intesi come “racconto” che il soggetto produce rispetto a sé (Harré e Gillet, 1996). Questo racconto ha origine nel confronto polifonico che avviene tra le varie “voci” interiorizzate che dialogano tra loro (Hermans, 1996), ed ha dunque una natura costitutivamente relazionale, nonché culturale e sociale. Il costrutto di voce è particolarmente importante, in quanto le voci rappresentano dei nuclei di significato attorno ai quali la persona organizza i propri sistemi di posizionamento (Mininni, 2003).

Secondo Harré e Gillet (1996), il Sé è prodotto discorsivamente attraverso i vari “posizionamenti” che l'individuo assume nei confronti di tali voci e all'interno dei discorsi a cui prende parte, ed è dunque legato a processi interattivi e a pratiche sociali. Possedere il “senso di sé” significa infatti “avere il senso del proprio punto di vista”, una collocazione in ciascuna “delle molteplici reti di altri esseri con cui si è in relazione” e una quadruplica collocazione, spaziale, temporale, morale e sociale (Harré e Gillet, 1994). Il posizionamento è una pratica discorsiva e, di conseguenza, l'identità non è mai un prodotto unitario e stabile, bensì un processo fluido e dinamico, riflessivo e cangiante, in quanto si modifica sulla base delle diverse pratiche discorsive a cui l'individuo prende parte e del dialogo interno del “coro di voci” che muta a seconda del tempo e delle situazioni (Davies e Harré, 1990; Harré e Van Langenhove, 1991).

L'analisi del posizionamento è uno strumento concettuale impiegato per comprendere *come* l'identità viene costruita e negoziata nelle narrazioni e nei discorsi tra le persone. In questa analisi l'attenzione viene posta alla dimensione processuale del discorso, e dunque al *come* le persone costruiscono i fenomeni indagati, oltre che al contenuto (*cosa*)

di tali fenomeni. Tale strumento si inserisce nella cornice dell'analisi del discorso, che si caratterizza per l'attenzione rivolta alla molteplicità di voci e alla polifonia che compongono il discorso stesso dal quale emerge il senso di sé (Bakhtin, 1973), alla semiotica e alla potenza performativa degli atti linguistici nel creare la realtà (Austin, 2019). Per fare questo viene posta particolare attenzione non solo alle parole e alle strutture grammaticali, ma anche alla dimensione processuale del discorso, prendendo ad esempio in considerazione l'impiego dei pronomi personali, le metafore, gli idiomi e le retoriche.

Il posizionamento non è un costrutto essenzialistico, bensì dinamico, emergente e variabile, in quanto è legato alle pratiche sociali e ai processi interattivi e discorsivi ai quali l'individuo prende parte (Davies e Harré, 1990). Per questo motivo, a seconda dei contesti, la persona può assumere molteplici posizionamenti, anche molto diversi tra loro, a sottolineare la complessità e le varie sfaccettature dell'identità.

Nel processo di costruzione e narrazione della propria identità, le persone si collocano in relazione agli altri (voci), assegnano ruoli fluidi agli altri personaggi della storia e possono venire ricollocate nel sistema sociale sulla base di richieste altrui. A questo proposito, Harré e Van Langenhove (1991) distinguono due tipi di posizionamento diversi: il primo è un posizionamento di tipo deliberato e intenzionale, il quale avviene in qualsiasi conversazione in cui l'individuo metta in atto la *performance* identitaria; il secondo tipo di posizionamento è forzato, in quanto richiesto da qualcuno che non sia la persona. Il posizionamento forzato può avvenire all'interno di specifici contesti di ordine morale, come ad esempio il contesto istituzionale psichiatrico. Di fronte alla richiesta forzata di ri-posizionamento, la persona può reagire attraverso un posizionamento di "secondo ordine", per esempio ponendo interrogativi, resistendo, o riconoscendosi in posizionamenti attribuiti precedentemente.

All'interno della narrazione Bamberg, invece, opera una distinzione tra tre livelli del posizionamento (Deppermann, 2015): il primo livello riguarda come il partecipante si posiziona a livello della storia, ad esempio come posiziona i personaggi in relazione l'uno con l'altro; il secondo come si posiziona a livello dell'interazione con il "pubblico" a cui si riferisce (ad esempio, come il partecipante si posiziona rispetto all'intervista); l'ultimo livello riguarda come il partecipante posiziona sé stesso in relazione al contesto socio-culturale di riferimento, ossia come produce la propria identità.

Questi contributi teorici risultano rilevanti per la ricerca in quanto permettono di individuare come i partecipanti costruiscono la propria identità e come si posizionano

all'interno delle narrazioni e dei discorsi messi a disposizione dal loro contesto socio-culturale di riferimento. Nello specifico, l'analisi del posizionamento è stata utilizzata in modo selettivo all'interno di questa ricerca per analizzare la collocazione dei partecipanti rispetto a quello che può essere definito il ruolo di "malato mentale", e dunque il grado di identificazione con la diagnosi, così come rispetto ai discorsi messi a disposizione dal contesto di riferimento di ciascuno e a particolari voci rilevanti che emergevano all'interno delle narrazioni. Questa analisi è stata adottata in risposta all'obiettivo di indagare se il grado di identificazione dei partecipanti con la diagnosi variasse all'interno dei due gruppi, e se questo potesse incidere sul significato attribuito allo psicofarmaco e alla conseguente adesione alla terapia farmacologica.

Le voci emerse all'interno delle narrazioni potevano fare riferimento a persone concrete e vicine al partecipante, come ad esempio "i familiari" o "gli amici", oppure potevano riferirsi a gruppi di persone e contesti peculiari, come "i colleghi", "gli psichiatri", così come a particolari dimensioni semantiche, quali "la società" o "il contesto istituzionale psichiatrico".

Sulla base delle varie voci e dei posizionamenti emersi, sono state costruite delle dimensioni semantiche che riassumessero concettualmente i posizionamenti individuati. Queste dimensioni sono costituite da due polarità semantiche, le quali stabiliscono i confini del continuum all'interno del quale si collocano diversi posizionamenti.

Per rendere esplicito tale processo, verrà di seguito riportato un esempio di analisi per l'individuazione dei posizionamenti.

Sono entrato in questo edificio e...e dopo mi hanno detto «Guarda devi rimanere qua due-tre giorni per dei controlli», robe così, e all'inizio ho detto «No», perché l'avevo capito in quell'istante che era una psichiatria perché vedevo gente un po' strana che gironzolava. E da lì mi è partito proprio il nervoso, ero arrabbiatissimo e all'inizio gli ho detto di no, poi ho parlato un po' con mia mamma e l'ho vista piangere, allora gli ho detto «Va bene, rimango». E...son rimasto lì ed è successo di tutto e di più, gente che faceva cose strane.

**VOCE 1
(LA PSICHIATRIA)**

**“NO”
PRIMO
POSIZIONAMENTO
(OPPOSIZIONE)**

**VOCE 2
(GENTE STRANA)**

**VOCE 3
(LA MADRE)**

**“VA BENE,
RIMANGO”
RIPOSIZIONAMENTO**

In questo stralcio di testo è possibile notare chiaramente come, ad una prima fase di netta opposizione del partecipante al ricovero, segue un ri-posizionamento del partecipante in senso contrario, a seguito di un confronto con la madre. Nello specifico, il **PRIMO POSIZIONAMENTO** è rappresentato dall'avverbio di negazione “**NO**”, attraverso il quale la persona si oppone alla prima voce che propone il ricovero, rappresentata da un insieme di individui non meglio specificati, facenti parte della **PSICHIATRIA (VOCE 1)**. Il partecipante comprende di essere stato portato in psichiatria in quanto individua della **GENTE STRANA (VOCE 2)** che si aggirava nel reparto. Attraverso l'aggettivo qualificativo “strano”, il partecipante si posiziona nei confronti di questa “gente” a partire dal suo ideale di normalità-anormalità: qualificando queste persone come “strane” e opponendosi al ricovero, esso non si riconosce in questa schiera. Segue poi un confronto con **LA MADRE (VOCE 3)**, la quale, a seguito dell'opposizione del figlio al ricovero e ad un confronto con esso, inizia a piangere. L'interazione che avviene con la madre e il pianto, che probabilmente funge da leva emotiva, convincono il partecipante ad accettare il ricovero. Avviene allora un **RI-POSIZIONAMENTO**, rappresentato dall'espressione “**ALLORA LE HO DETTO «VA BENE, RIMAGO»**”.

Questo stralcio di testo è stato ricondotto alla dimensione del **RICOVERO**, e si colloca lungo il continuum rappresentato dalla polarità della netta “opposizione” da una parte e la polarità della “negoziiazione” dall'altra (“il ricovero: tra opposizione e negoziiazione”). L'esempio riportato è significativo in quanto consente di scorgere la polifonia e la multivocalità che emerge dalla narrazione: il partecipante narra la storia del proprio ricovero posizionandosi nei confronti di particolari persone (la madre) e istituzioni (la psichiatria), assegnando ruoli a chi compare all'interno della storia (gente strana). Il posizionamento è dinamico, emergente e variabile, in quanto muta sulla base delle interazioni e delle pratiche discorsive a cui la persona prende parte: a seguito del confronto con la madre, e accettando il ricovero, il partecipante assume una posizione contraria a quella inizialmente dichiarata. La richiesta forzata di ri-posizionamento da parte dell'istituzione psichiatrica provoca una resistenza nel partecipante; tuttavia, di fronte alla madre in lacrime, avviene un posizionamento “di secondo ordine”, con il quale il partecipante accetta il ricovero (Harré e Van Langenhove, 1991).

Capitolo quarto

ANALISI DEI DATI E PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

In questo capitolo verrà affrontata l'analisi dei dati testuali delle interviste attraverso l'analisi del contenuto (paragrafo 4.1) e del posizionamento (paragrafo 4.2). Dopo aver esposto in maniera approfondita gli esiti delle due analisi, verranno discussi i risultati in forma generale, sulla base degli obiettivi della ricerca e del confronto tra i due gruppi di partecipanti (paragrafo 4.3).

4.1 Criteri per l'applicazione dell'analisi del contenuto

Verranno di seguito presentati i risultati emersi dall'analisi del contenuto suddivisi per sotto-obiettivi e distinti tra il gruppo di non consumatori di sostanze e il gruppo di persone che presentano una storia di consumo di sostanze stupefacenti.

La prima parte del protocollo di domande andava ad indagare le narrazioni, i significati e le teorie legati all'uso di farmaci antipsicotici, così come le relative ricadute identitarie sul senso di sé ed è stata proposta a tutti i partecipanti alla ricerca (paragrafi da 4.1.1.1 a 4.1.1.4). La seconda parte del protocollo di domande (paragrafo 4.1.1.5) è stata invece proposta solo ai partecipanti che presentavano una storia di consumo di sostanze stupefacenti, nel passato e/o nell'attualità.

Per ogni obiettivo della ricerca, a seguito della presentazione dei dati emersi dall'analisi, sono stati discussi i risultati sulla base del confronto tra i due gruppi di partecipanti, al fine di mettere in luce eventuali somiglianze e differenze.

4.1.1.1 Analisi delle narrazioni in merito al primo contatto con i servizi per la salute mentale

OBIETTIVO	NON CONSUMATORI SOSTANZE		CONSUMATORI SOSTANZE	
	TEMI	RICORRENZA	TEMI	RICORRENZA
Analisi delle narrazioni in merito al primo contatto con i Servizi per la Salute Mentale	“Stavo male” (deliri, depressione, paranoia)	6 su 6	Alterazione da sostanze	6 su 8
	“Preso con la forza”	3 su 6	“Preso e portato in psichiatria”	5 su 8
	“Non ricordo nulla”	3 su 6	“Io non ho deciso niente”	8 su 8
	Mancanza di accordo iniziale	6 su 6		
	“Senza farmaci non so dove sarei adesso”	3 su 6		

Non consumatori di sostanze

Tutti gli intervistati, ripercorrendo i motivi del primo contatto con i Servizi per la Salute Mentale, riferiscono che “**stavano male**”, essenzialmente per un “problema” di natura “personale”. Tale malessere poteva riferirsi a problemi dell’umore, come la “depressione”, o ai cosiddetti sintomi psicotici, come cognizioni “strane”, “deliri paranoici”, “pensieri accelerati”, “allucinazioni”.

*“[...] son tornato su che **stavo male** e sono stato ricoverato” (L.)*

*“Io **stavo sempre sempre sempre peggio** e un giorno ho iniziato ad accusare ehm...ho scoperto che si chiamano **deliri paranoici**, e dopo penso anche **allucinazioni**” (V.)*

Di fronte alla comparsa di tali episodi di malessere, diversi partecipanti hanno raccontato di essere stati “**presi con la forza**” e di essere stati ricoverati in psichiatria.

*“Poi **con la forza mi hanno presa**, perché io non volevo venire, non volevo più aiuto, e praticamente non stavo bene” (O.)*

*“Qui **mi hanno portata con la forza** diciamo, quando ero stata molto molto male” (E.)*

I ricordi legati al ricovero sono spesso annebbiati e confusi a causa dei farmaci somministrati e in diversi casi i partecipanti riferiscono di “**non ricordare**” nulla.

*“[...] era come se fossi sotto l’effetto di qualche droga, qualche cosa, perché dopo veramente **non mi ricordavo nulla**” (V.)*

*“[...] il momento in cui mi danno il farmaco è un bombardamento, non so, nella mia testa, di qualcosa, per cui **non ho più ricordi, o sono molto offuscati, delle settimane dopo**” (E.)*

Nonostante alcuni partecipanti siano stati ricoverati in regime di TSO, e quindi contro la propria volontà, essi ritengono che sia stata “la cosa giusta da fare” e attribuiscono allo psicofarmaco un grande potere di aiuto, in alcuni casi un potere quasi “salvifico”, al punto di affermare “**senza il farmaco non so dove sarei adesso**”.

*“[...] **non so dove sarei, sicuramente mi sarei fatta del male**” (M.)*

*“[...] **senza quelli (i farmaci) non sarei qui. Onestamente, senza di quelli mi sarei già sparato qualche anno fa**” (L.)*

Infine, tutti i partecipanti dichiarano di **non aver concordato inizialmente** con lo psichiatra il trattamento farmacologico. In alcuni casi, il “mantenimento” della terapia è stato poi concordato; negli altri casi i partecipanti dichiarano di “essersi affidati”.

*“No, io non ho conoscenza dei farmaci quindi **mi affidavo molto ai dottori**” (L.)*

*“Ho iniziato con chi mi ha detto cosa prendere e **poi dopo è stata concordata**” (L.)*

Consumatori di sostanze

Sei partecipanti su otto raccontano che il primo contatto con la psichiatria è avvenuto a seguito di episodi di “**alterazione da sostanze**”, ovvero episodi di malessere in cui comparivano “sintomi” come “paranoie”, pensieri “bizzarri”, alterazioni della percezione e in cui era implicato il consumo di sostanze stupefacenti.

*“Praticamente mi ci hanno portato mia mamma e mio fratello, perché hanno visto che **stavo impazzendo perché continuavo a fumare**” (A.)*

*“[...] ho avuto dei cambiamenti direi abbastanza importanti nella mia vita di tutti i giorni **dopo aver per sbaglio assunto un cocktail con all’interno delle sostanze stupefacenti**” (D.)*

La maggior parte dei partecipanti afferma di essere stato **“preso e portato”** in psichiatria dai genitori, spesso contro la volontà personale.

*“Mio padre e mia sorella **mi hanno preso e mi hanno portato in psichiatria**” (S.)*

*“[...] una mattina mia mamma mi ha detto «Basta, non riusciamo più a gestirti, **ti portiamo ad Arco**»” (R.)*

Infine, in tale gruppo, tutti i partecipanti dichiarano di non aver partecipato al processo di pianificazione della cura e di **“non aver deciso niente”**.

*“Allora **io non ho deciso niente** insieme allo psichiatra, **io non ho deciso niente**” (P.)*

*“Mi han detto «devi prendere questo, ti diamo questo perché è fatto per questo», basta. **Non ho deciso nulla, neanche adesso**” (A.)*

4.1.1.2 Discussione dei risultati

L’obiettivo di questa area di indagine si prefiggeva lo scopo di esplorare le narrazioni dei partecipanti rispetto al primo contatto con i Servizi per la Salute Mentale. Nello specifico, attraverso la domanda *“Guardando indietro nel tempo, mi sapresti descrivere gli eventi che ti hanno condotto/a a rivolgerti ai Servizi per la salute mentale e come interpreti ora ciò che è successo?”*, si è cercato di comprendere come le persone rappresentassero e dessero significato ai fatti che hanno comportato l’accesso in psichiatria e come li integrassero nella propria storia personale.

In entrambi i gruppi, emerge dalle narrazioni dei partecipanti che il ricovero in psichiatria è avvenuto in un momento di crisi, spesso a seguito di un episodio di malessere particolarmente grave. **Operando un confronto tra il gruppo di persone non consumatrici di sostanze e di persone con storia di consumo di sostanze, emerge una differenza importante per quanto riguarda le “cause” che, secondo i partecipanti, hanno comportato l’accesso in psichiatria:** nel primo gruppo viene riferito nella totalità

dei casi che il ricovero è avvenuto a seguito di un episodio di malessere “personale”, come “depressione”, “sintomi psicotici” quali “deliri”, “allucinazioni” e “pensieri strani”, tentativi di suicidio; nel secondo gruppo, invece, 6 partecipanti su 8 dichiarano di essere stati ricoverati a seguito di episodi di alterazione dovuti al consumo di sostanze stupefacenti.

Il focus del “problema” per il primo gruppo sembra quindi essere “interno”: le persone riferiscono che stavano male, che non si rendevano conto di ciò che stavano facendo, di essere un pericolo per sé stesse a causa della perdita di contatto con la realtà, e le “cause” di questa condizione sembrano essere ricondotte ad un malessere di natura “personale”. Una partecipante del primo gruppo, ad esempio, giustifica così l’episodio che l’ha condotta al ricovero in psichiatria, nel momento in cui ha iniziato ad avvertire una serie di “*pensieri strani*” per cui pensava di essere spiata in casa e che i genitori fossero dei terroristi:

“Mi hanno detto che ho una vulnerabilità allo stress che mi fa avere pensieri strani, allucinazioni” (V.)

Attraverso questa affermazione la partecipante sembra aderire alla diagnosi ricevuta e questa diventa la nuova “lente” attraverso la quale viene rappresentato ora ciò che è avvenuto. Possedere una “vulnerabilità allo stress” ha il sapore del “problema” del tutto personale della “malattia mentale”. Di conseguenza, la partecipante aderisce a tale discorso medico-psichiatrico: di fronte al “sé danneggiato” viene giustificato l’intervento esterno attraverso gli psicofarmaci.

Al contrario, nella maggior parte dei casi, **per il secondo gruppo il focus del “problema” sembra essere “esterno”, e precisamente viene evidenziato il ruolo giocato dalle sostanze stupefacenti nell’insorgenza del malessere.** In diversi casi, infatti, sono insorte delle cognizioni inusuali in seguito al consumo massiccio di sostanze. Ad esempio, una partecipante che ha fatto uso di una dose di MDMA superiore al solito si convince che la sostanza non sia una “droga” ma una sostanza dai poteri rivelatori che le dichiara la problematicità della situazione familiare, comunicando attraverso una voce che sentenzia «*Hai dei genitori incompetenti*». E ancora, alcune persone iniziano a sentire delle voci che ordinano di compiere determinati gesti, altre si convincono di non poter uscire di casa per la presenza esterna di persone minacciose che le vogliono uccidere. Nella quasi totalità dei casi, a seguito dell’interruzione del consumo di sostanze, i

partecipanti si rendono conto di quanto l'uso di sostanze sia stato per loro problematico a lungo andare. In questo gruppo, la quasi totalità dei casi afferma di essere stata ricoverata per tali episodi di alterazione, e in pochi casi (nello specifico solo 2 persone) fanno riferimento alla diagnosi di “disturbo bipolare” per descrivere il loro malessere. E anche in questi casi, qualora l'individuo si identifichi in qualche modo con la diagnosi ricevuta, viene riconosciuta l'influenza delle sostanze nel peggioramento del malessere. Quanto il *focus* del problema appaia “esterno” si evince da affermazioni quali:

“Io perché facevo uso di sostanze e...quindi mi ero un po' alterato” (S.)

Non è da escludere che le esperienze inusuali vissute dai partecipanti in concomitanza al consumo di sostanze stupefacenti, più che essere dei “sintomi” causati dalla “psicosi”, consistano in alterazioni indotte dal consumo di sostanze stupefacenti.

Un altro elemento che vale la pena considerare è che **in entrambi i gruppi diverse persone riferiscono di “essere state prese e portate in psichiatria con la forza”**, o per mezzo dei familiari o attraverso un TSO. Inoltre, **tutti i partecipanti alla ricerca affermano di “non aver deciso nulla” all'inizio, e dunque in nessun caso vi è stato inizialmente un accordo rispetto al percorso terapeutico da intraprendere**. In alcuni casi, in un secondo momento, alcune persone affermano di aver concordato il mantenimento della terapia, o di essersi affidati ai medici a fronte delle loro scarse conoscenze psicofarmacologiche, altre invece affermano di non sentirsi ancora coinvolte nel processo di pianificazione della “cura”. Nonostante lo scarso coinvolgimento iniziale nella pianificazione del percorso, **diversi partecipanti del primo gruppo (non consumatori di sostanze) “giustificano” l'intervento attraverso una retorica ricorrente: “senza farmaci non so dove sarei adesso”**, attribuendo al farmaco un potere quasi salvifico e giustificando “a fin di bene” l'intervento “coercitivo” dei medici. Ciò non avviene per il secondo gruppo, del quale, come si vedrà in seguito, la quasi totalità dei componenti si dichiara contraria ai farmaci.

Nel complesso, l'accesso in psichiatria è un momento di “crisi”, ossia di rottura, che segna l'inizio del processo di medicalizzazione, il quale verrà più approfonditamente analizzato in seguito.

4.1.2.1 Analisi delle teorie personali in merito ai significati, agli effetti e all'utilità dello psicofarmaco

OBIETTIVO	NON CONSUMATORI SOSTANZE		CONSUMATORI SOSTANZE	
	TEMI	RICORRENZA	TEMI	RICORRENZA
Analisi delle teorie personali in merito ai significati, agli effetti e all'utilità dello psicofarmaco	Psicofarmaco come forza positiva ("mi fa sentire bene/salvaguardata/tranquilla")	4 su 6	Contrarietà agli psicofarmaci	6 su 8
	Psicofarmaco come aiuto	5 su 6	Ambivalenza	3 su 8
	Dipendenza	3 su 6	Percezione di inefficacia	3 su 8
	Effetti collaterali	6 su 6	Effetti collaterali	8 su 8
	Psicofarmaco come "droga"	3 su 6	Timore dei farmaci	4 su 8

Non consumatori di sostanze

Quattro partecipanti su sei, alla domanda su come li facesse sentire assumere lo psicofarmaco, hanno individuato nel farmaco una "**forza positiva**" che li faceva sentire bene, "salvaguardati" e "tranquilli".

"Mi fanno stare bene" (L.)

"Bene, non ho più i brutti pensieri che venivano" (O.)

Lo psicofarmaco esercita poi una funzione di "**aiuto**" per quasi tutti i partecipanti. Tale aiuto si riferisce alla scomparsa delle "paranoie", dell'umore "depresso", a una funzione di "sostegno" e al ripristino della "normalità".

"Io sono contenta di prenderli, soprattutto adesso perché sento che la terapia è efficace, mi sta aiutando molto [...] mi dà abbastanza sostegno"
(M.)

"Sì sì mi aiuta [...] mi tiene più tranquilla nei momenti di stress e non mi fa avere perdite di contatto con la realtà" (V.)

Dai racconti dei partecipanti emerge poi il tema della **dipendenza** dallo psicofarmaco, percepita come un "peso" con cui dover fare i conti e verso cui alcuni partecipanti riferiscono di provare timore.

*“[...] il fatto di essere **dipendente da una cosa esterna per stare bene** mi turba ecco perché se in un futuro dovessi dimenticare di prenderla?” (V.)*

*“[...] è una lotta estenuante, tra la **dipendenza indotta** e la difficoltà ad essere energico durante la giornata” (L.)*

Tutti i partecipanti riportano di aver accusato gli **effetti collaterali dei farmaci**, effetti in alcuni casi molto invalidanti, tra cui aumento di peso, stanchezza, impotenza, problemi cognitivi, visione sfocata, rigidità muscolare, tremori e sovraeccitazione. Tuttavia, per alcuni partecipanti tali effetti collaterali sono diminuiti con l’”aggiustamento” della terapia.

*“I primi anni sono **ingrassata tanto**, mi pare una ventina di chili [...] i pensieri mi sembravano più rallentati, avevo difficoltà a memorizzare le cose, **difficoltà a muovermi**, cioè mi sentivo come se fossi sempre tesa, non so, **robotizzata**, e vedevo sfuocato” (V.)*

*“**Aumento di peso** con il Risperidal, **impotenza** con il Depakin” (L.)*

Infine, secondo alcuni partecipanti, lo psicofarmaco viene comparato dal resto della “società” alla “**droga**”.

*“C’è questa visione che gli **psicofarmaci** siano droghe [...] Però sono droghe dosate da specialisti, combinate da loro, per avere degli effetti migliori” (L.)*

*“La mia collega di lavoro mi aveva detto che (i farmaci) sono come una droga [...] Sono stata veramente molto male, cioè **mi ha fatto passare quasi per una drogata**” (V.)*

Consumatori di sostanze

Il risultato più interessante emerso dall’analisi in tale gruppo è l’alto grado di **contrarietà agli psicofarmaci**. Nello specifico, sei persone su otto dichiarano di essere sempre state contrarie all’assunzione di farmaci.

*“Io a dirti sinceramente la verità **son sempre stato contrario agli psicofarmaci**” (P.)*

“Sono contrario a tutti i tipi di farmaci, perché io per curare la mia depressione...me la curavo con la marijuana” (R.)

Tre partecipanti su otto mostrano **ambivalenza** nei confronti dello psicofarmaco, in quanto, sebbene ritengano che sia stato di aiuto, esprimono anche delle ricadute negative e la volontà di interromperlo.

*“Allora, sì, **mi aiutano**, però il lato negativo è che ti cambiano l’umore, e lo senti, cioè nel senso...**pigliando farmaci ti modifica la psiche**” (S.)*

*“**Certo** (sono di aiuto). **Però spero che non sia all’infinito**” (M.)*

È inoltre emersa la **percezione di inefficacia dello psicofarmaco** da parte di tre partecipanti.

*“Secondo me **non mi è mai stato di aiuto**” (M.)*

*“Non noto nessuna differenza, nessun cambiamento, quindi...**secondo me non mi aiuta**” (A.)*

Anche in questo gruppo, tutti i partecipanti riportano di aver subito gli **effetti collaterali** degli psicofarmaci, con effetti anche molto invalidanti, tra cui acatisia, aumento di peso, apatia, sedazione, impotenza, aneiaculazione, senso di sbandamento, irrequietezza, biascicamenti, crisi di fame, tachicardia, eruzioni cutanee.

*“Mi ha fatto **ingrassare**, quasi di venti chili” (M.)*

*“**Sedazione, crisi di fame, impotenza, tremori**” (S.)*

Infine, la metà dei partecipanti dichiara di avere **timore dei farmaci** per vari motivi, come ad esempio per la dipendenza indotta, il timore di “cambiamenti innaturali” e la loro composizione chimica. Al contrario, in nessun caso sono emersi timori legati al consumo di sostanze stupefacenti.

“È più letale la roba che mi danno loro qua legale, che le mie canne naturali. Quindi io ho paura più di quello che mi danno qua, che di quello che mi dà lo spaccino” (R.)

“Perché dei farmaci io so che il corpo si abitua. Invece della droga [...] io ho provato l’MD che non è una droga che ti dà dipendenza” (M.)

4.1.2.2 Discussione dei risultati

L'analisi del contenuto dell'area tematica sulle teorie personali in merito ai significati, agli effetti e all'utilità dello psicofarmaco ha evidenziato che ci sono delle **differenze sostanziali tra i due gruppi di partecipanti.**

Il risultato più interessante di tale confronto sta nelle differenze di significato e di valore attribuite allo psicofarmaco: mentre il primo gruppo di partecipanti (non consumatori di sostanze) possiede una visione generalmente positiva del farmaco, i partecipanti del secondo gruppo (consumatori di sostanze) non solo si dichiarano nella quasi totalità dei casi contrari all'assunzione di psicofarmaci, ma la metà di essi dichiara addirittura di temerli. Tra i timori legati al consumo di psicofarmaci emergono la paura della loro composizione "chimica", di eventuali "cambiamenti innaturali" e della dipendenza indotta. **I significati attribuiti al farmaco da parte del gruppo di consumatori di sostanze sono quindi, nella maggior parte dei casi, essenzialmente negativi.** Questo risultato trova riscontro in alcune ricerche qualitative presenti in letteratura, le quali evidenziano l'alta percentuale di refrattarietà allo psicofarmaco da parte di persone che hanno ricevuto una diagnosi di "psicosi" e che fanno uso di sostanze (Asher et al., 2010; Bowers et al., 1990).

Un risultato che accomuna i due gruppi di partecipanti è quello relativo agli effetti collaterali degli psicofarmaci: **tutte le persone che hanno preso parte alla ricerca dichiarano di aver accusato effetti collaterali anche molto invalidanti**, come aumento ponderale, impotenza, sedazione, problemi cognitivi, acatisia e, in diversi casi, secondo i partecipanti gli effetti negativi superano di gran lunga i benefici riportati. Questo risultato si dimostra in linea con i dati emersi da un'ampia letteratura sul tema degli effetti secondari degli psicofarmaci (Thompson et al., 2019; Usher, 2001, Lieberman et al., 2005). Dai contenuti emersi dalle narrazioni dei partecipanti si evince come, a causa degli effetti collaterali, il corpo sembri perdere il suo essere dato per scontato e il suo modo naturale di essere al mondo, in alcuni casi diventando "alieno". Questo risultato è stato evidenziato anche dalle ricerche di Flore et al. (2019), McCann et al. (2004) e Usher (2001). A fronte dei numerosi effetti collaterali percepiti, il corpo viene oggettivato e paradossalmente può divenire il rappresentante fisico della "malattia mentale" che si combatte attraverso l'uso dei farmaci che causano tali effetti, incarnandola.

Una partecipante alla ricerca, ad esempio, riporta:

“[...] sono ingrassata, ho avuto difficoltà a memorizzare le cose, pensieri più rallentati, difficoltà a muovermi, cioè mi sentivo come se fossi sempre tesa, non so, robotizzata, e vedevo sfuocato, non riuscivo neanche a casa ad aprire le bottiglie perché non avevo quasi più forza” (V.).

Da questo stralcio di testo appare evidente come il corpo, fondamentale per la definizione identitaria di sé in quanto centro privilegiato dal quale e attraverso il quale l'individuo sperimenta il mondo, venga ora percepito come “robotizzato”: esso viene meno alle sue normali funzioni fino al punto di non risponde più al proprio controllo, divenendo “alieno” e causando evidente disagio.

Nonostante tutti dichiarino di aver accusato i colpi degli effetti collaterali e la meta dichiarino di dover fare i conti con la dipendenza indotta, **la maggior parte dei partecipanti non consumatori di sostanze attribuisce allo psicofarmaco un grande potere di aiuto e una forza positiva che migliora le loro condizioni di benessere.** Sembra dunque che, dopo aver soppesato gli effetti positivi e negativi e le possibili conseguenze della sua interruzione, il farmaco si configuri come “l'opzione meno peggiore” per la maggioranza di tali partecipanti (Morant et al., 2017).

Al contrario, **delle persone con storia di consumo di sostanze, 3 su 8 ritengono che lo psicofarmaco sia inutile, mentre altre 3 su 8 si mostrano ambivalenti** (nonostante ritengano che lo psicofarmaco sia di aiuto, desiderano interromperlo o percepiscono effetti negativi esasperanti).

Sembra dunque che, nonostante alcuni effetti negativi (effetti secondari degli psicofarmaci e dipendenza indotta), il gruppo di persone senza storia di consumo di sostanze accetti tali compromessi a fronte dei benefici e dell'aiuto che ricavano dall'assunzione dello psicofarmaco. Al contrario, le persone con storia di consumo di sostanze sembrano essere meno disposte ad accettare tali compromessi.

Le differenze sostanziali tra i due gruppi in merito ai significati attribuiti allo psicofarmaco e alla percezione della sua utilità, così come agli effetti ricavati, hanno sollevato diversi interrogativi: per quali ragioni le persone che hanno una storia di consumo di sostanze stupefacenti si dichiarano quasi unanimemente contrarie allo psicofarmaco? Perché mai esse dovrebbero temere gli effetti dello psicofarmaco nonostante facessero uso di sostanze sintetiche quali MDMA o ecstasy? E quali sono

allora le differenze di significato attribuite alle sostanze stupefacenti, da una parte, e al farmaco, dall'altra?

Queste sono alcune delle domande a cui si cercherà di rispondere nella discussione finale, alla luce dei risultati emersi nei successivi paragrafi.

4.1.3.1 Analisi delle narrazioni in merito alle ricadute identitarie dell'assunzione dello psicofarmaco

OBIETTIVO	NON CONSUMATORI SOSTANZE		CONSUMATORI SOSTANZE	
	TEMI	RICORRENZA	TEMI	RICORRENZA
Analisi delle narrazioni in merito alle ricadute identitarie dell'assunzione dello psicofarmaco	“Sé peggiorato”	2 su 6	“Sé peggiorato”	4 su 8
	Sé invariato	3 su 6	Difficoltà ad individuare cambiamenti sul sé	3 su 8
	Condivisione selettiva dell'informazione	4 su 6	Condivisione selettiva dell'informazione	6 su 8
			Limitazioni	3 su 8

Non consumatori di sostanze

Il momento in cui hanno iniziato ad assumere psicofarmaci ha comportato, per alcune persone, una ridefinizione di sé in senso peggiorativo, in quanto è stata la conferma della propria “vulnerabilità”, “stranezza”, “imperfezione” e la necessità di dover dipendere dal farmaco per poter “stare bene”. Per questo motivo si potrebbe parlare di “**sé peggiorato**”.

*“La malattia è stato un momento per capire che **non potevo essere perfetta** [...] prendere i farmaci è un po' la cosa che mi ricorda che **ho bisogno di questo aiuto per stare bene**” (M.)*

*“**Mi sono riscoperta più fragile e più vulnerabile**, cioè accettare questa parte di me più fragile insomma non è tuttora così semplice” (V.)*

Per altre persone, invece, l'inizio del percorso farmacologico non ha comportato cambiamenti nel rapporto con sé stessi o cambiamenti del concetto di sé. Per questo motivo si potrebbe parlare di “**sé invariato**”.

*“Io sono O. e **non sono cambiata**” (O.)*

“Siccome li prendo (i farmaci) da quando ero abbastanza piccola, in realtà non penso che sia cambiato molto. Cioè come mi vedo cambia di giorno in giorno.” (E.)

Infine, dalle interviste sembra che i rapporti con familiari e amici non siano mutati nel corso del tempo; tuttavia, i partecipanti alla ricerca **condividono in modo selettivo** la propria storia e sono poche le persone a conoscenza del consumo di psicofarmaci, anche a fronte del pregiudizio sociale percepito.

“Non mi sono mai aperta così, cioè non ho mai detto a tutti che li prendevo... più per paura, perché non so cosa possono pensare gli altri e...cioè di solito chi li assume viene visto un po' come un matto, come un folle” (V.)

“Non lo so, per esempio al lavoro nessuno sa che io prendo degli psicofarmaci. Non so bene come la prenderebbero” (M.)

Consumatori di sostanze

Anche in questo gruppo sono emerse dalle interviste importanti ricadute sul piano identitario per quanto riguarda il concetto di sé e il rapporto che la persona intrattiene con sé stessa, al punto che in alcuni casi si può parlare di **“peggioramento del sé”**, di una sensazione di **“esaurimento”** e di **“estraneità”**.

“Ti senti un po' un essere...inferiore...nel grado, se c'è, gerarchico dell'umanità” (R.)

*“Mi sono sentita una **personalità diversa**...una **personalità soppressa**, una **personalità annullata** [...] Adesso mi guardo allo specchio e non so chi sono” (M.)*

Per alcuni partecipanti è emersa la **difficoltà ad individuare i cambiamenti sul senso di sé** derivanti dall'assunzione dello psicofarmaco. In alcuni casi, infatti, lo psicofarmaco viene assunto da lungo tempo e diviene un elemento stabile nella definizione di sé, al punto che la persona non riesce ad immaginarsi senza.

“È da quando ho vent'anni che assumo farmaci quindi...la maggior parte della mia vita ho assunto il farmaco. Non saprei dirti se non prendessi farmaci cosa farei” (M.)

“Però io non so come sarei se non avessi i farmaci, quindi come faccio a dire se mi fanno bene?” (D.)

Sebbene quasi tutti i partecipanti alla ricerca affermino che le relazioni con familiari e amici siano rimaste invariate a seguito del ricovero, emerge dalle interviste la consapevolezza dei pregiudizi sociali nei confronti degli psicofarmaci e di chi li assume. Di conseguenza, diversi intervistati riferiscono di **aver condiviso la propria esperienza in modo selettivo**, coinvolgendo solo gli affetti più stretti.

“Cioè se lo venissero a sapere tutte le persone che conosco che son qua dentro, cioè non avrei più una vita sociale” (A.)

“Perché non è che mi vergogno, è che la gente deve sempre aggiungere qualcosa di loro... «Eh ma piglierà i farmaci perché qui, perché lì», quindi preferisco non dirlo” (S.)

Infine, diversi partecipanti dichiarano di aver subito delle **limitazioni** dal momento in cui hanno iniziato ad assumere psicofarmaci, in termini lavorativi, sociali e personali. Ad esempio, un partecipante ha dovuto interrompere la carriera sportiva, altri devono mettere in atto delle soluzioni per poter partecipare alla vita sociale considerando il peso degli effetti collaterali del farmaco.

“Sei stanco, affaticato [...] Quindi, certo, questo ti colpisce anche a livello sociale e tutto [...] Quindi anche se siamo in tre (amici), per assurdo, adesso mercoledì andiamo ad una festa in tre e io c’ho la mia macchina da solo e loro due la loro, perché sanno che dopo un po' o mi viene l’ansia o sono stanco per la terapia o mi succede qualcosa, e io devo andarmene” (R.)

“S.: [...] Perché pigliando farmaci e facendo attività fisica, non è il massimo.

I: Ok, quindi ti ha limitato nello sport secondo te?

S: Sì, mi ha fatto ingrassare. E non solo...” (S.)

4.1.3.2 Discussione dei risultati

L’obiettivo di tale area tematica era quello di analizzare le ricadute identitarie dell’assunzione dello psicofarmaco sul senso di sé, ad esempio indagando i cambiamenti percepiti rispetto al rapporto che la persona intrattiene con sé stessa e dunque al suo modo

di pensare e percepirsi, ma anche rispetto alle relazioni con gli altri e al suo modo di percepire e di agire nel mondo.

Dall'analisi del contenuto di questa area tematica è emerso un tema in comune tra i due gruppi di partecipanti: il sentimento di possedere un "sé peggiorato" (2 persone su 6 per il gruppo di non consumatori di sostanze e 4 persone su 8 per il gruppo di consumatori). Questo "peggioramento del sé" riguarda, ad esempio, le sensazioni di "vulnerabilità", "fragilità", "estraneità" ed "esaurimento" che seguono al processo di psichiatrizzazione. Come ben evidenziato anche da una ricerca di Davis-Berman e Pestello (2015), dall'analisi delle narrazioni dei partecipanti l'accesso in psichiatria rappresenta un momento di "rottura" e il processo di medicalizzazione che ne consegue segna un passaggio tra un "prima" (sé non medicalizzato) e un "dopo" (sé medicalizzato), come una sorta di spartiacque biografico, e comporta in alcuni casi una ridefinizione di sé in senso peggiorativo. La definizione di sé come malato emerge all'interno di un contesto interattivo (in questo caso il contesto psichiatrico) a partire dal quale, lungo un processo di "socializzazione", viene incorporata l'idea di un sé difettoso. Il successo di tale processo di socializzazione dipende dal grado di identificazione della persona con la diagnosi e dall'adesione alla "cosmologia" psichiatrica che dispone di una teoria della devianza, un apparato diagnostico e un sistema di "cura" (Berger e Luckmann, 1969). Tale aspetto verrà indagato successivamente per mezzo dell'analisi del posizionamento (paragrafo 4.2).

Dal momento in cui hanno iniziato ad assumere psicofarmaci, alcune persone hanno avvertito un cambiamento nel modo di pensare e percepire sé stessi e dunque nel rapporto che intrattengono con sé.

A seguito del processo di medicalizzazione un partecipante, ad esempio, afferma:

“La percezione delle persone in generale mi è cambiata, cioè ti fai di quelle domande e ti dici «Perché io devo prendere una cosa e lui no? Perché ci sono questi disturbi? Perché...?», cioè ti fai delle domande esistenziali sostanzialmente, sul perché io sì e lui no. [...] È quello il problema, ti senti un po' un essere...inferiore...nel grado...se c'è, gerarchico, dell'umanità...”

(R.)

Si può dedurre che tale ridefinizione di sé implichi, dal punto di vista della psicologia discorsiva, un cambiamento del "registro discorsivo" che la persona utilizza nel discorso

che intrattiene con sé stessa. Dal momento in cui R. ha ricevuto una diagnosi che ha implicato la somministrazione di psicofarmaci per far fronte al “difetto di sé”, questa informazione diviene un aspetto stabile della definizione di sé stesso, e ciò comporta inevitabilmente delle ricadute identitarie importanti: il concetto che la persona ha di sé muta. La sensazione di tale “difetto di sé” si può imporre con forza tale da generare dei sentimenti di inferiorità: R. rivaluta il proprio valore in base ad un ordine piramidale gerarchico nel quale si posiziona in un registro inferiore rispetto al resto dell’umanità. Può a questo punto sorgere la convinzione che il proprio sé sia “danneggiato” e ciò giustifica l’intervento esterno per mezzo di un farmaco. Come afferma una partecipante:

“Prendere i farmaci è un po' la cosa che mi ricorda che ho bisogno di questo aiuto per stare bene” (M.)

Si può notare come in questa affermazione sia implicito il senso di dipendenza psicologica di M. dal farmaco.

Laddove diversi partecipanti appartenenti al gruppo di non consumatori di sostanze affermano di non aver rilevato dei cambiamenti significativi nel senso di sé (“Sé invariato”), diverse persone del gruppo di consumatori di sostanze faticano ad individuare dei cambiamenti. Tale differenza può sembrare a primo impatto insignificante, tuttavia evidenzia due situazioni differenti. Il tema del “sé invariato” è stato codificato laddove si trovassero chiare affermazioni quali: *“Io sono O. e non sono cambiata” (O.)*. La difficoltà ad individuare dei cambiamenti nel senso di sé si è rilevata, invece, in espressioni come: *“È da quando ho vent'anni che assumo farmaci quindi...la maggior parte della mia vita ho assunto il farmaco. Non saprei dirti se non prendessi farmaci cosa farei” (M.)*. Se nel primo caso la partecipante prende una chiara posizione ed afferma con forza di essere sempre rimasta sé stessa, nel secondo esempio il partecipante fatica a rilevare dei cambiamenti in quanto lo psicofarmaco, assunto ormai da molto tempo, è diventato un elemento stabile nella definizione di sé. Si tratta di un significato degno di nota in quanto nel primo caso il processo di medicalizzazione non sembra aver sortito, dal punto di vista della persona, nessun tipo di cambiamento nel senso di sé; nel secondo caso, invece, l’assunzione di psicofarmaci sembra incidere sull’identità personale al punto che persona non riesce nemmeno ad immaginarsi senza. Questa difficoltà nell’individuazione dei cambiamenti sottende comunque una sorta di “peggioramento” dell’immagine di sé, o comunque di esaurimento e di impoverimento, almeno da un punto di vista immaginativo.

La sensazione di “impoverimento di sé” si estende spesso alle percezioni e alle emozioni ed è condivisa da diversi partecipanti, come emerge dal seguente stralcio di testo:

“Ma sostanzialmente a me non mi tocca un cazzo, cioè più succedere qualsiasi cosa. Se adesso qua c’è un incidente e...boh tutti vanno nel panico, io vado qua, mi fumo una sigaretta, guardo la scena, entro e fine. Mi da una sorta di apatia. Questa apatia colpisce anche la parte cioè...sentimentale chiaramente. Io sono più apatico rispetto ad una persona normale con questo stabilizzatore, perché stabilizzano ma comunque devono essere dosati giusti...quindi il mio umore è molto piatto, quindi vai in contatto con parole come apatico, insensibile, menefreghista, così...” (R.)

Emerge poi un tema comune tra i due gruppi di partecipanti, ossia la condivisione selettiva dell’informazione riguardo alla propria “condizione” e all’assunzione di psicofarmaci, a fronte dei pregiudizi sociali percepiti. Se, nella quasi totalità dei casi, da una parte tale informazione viene condivisa con le persone più vicine a sé, come familiari, amici e fidanzati/e, dall’altra si evidenziano dei tentativi da parte dei partecipanti di nascondere l’informazione al gruppo dei colleghi di lavoro o alle persone che non rientrano nella cerchia dei contatti stretti. Infatti, tale “identità nascosta” (Byrne e Swords, 2015) emerge in risposta al peso delle normative degli altri e dello stigma percepito nei confronti degli psicofarmaci in generale e delle persone che li assumono in particolare.

Infine, è emerso il tema delle limitazioni per il gruppo di consumatori di sostanze: diversi partecipanti, a fronte degli effetti collaterali dei farmaci, hanno subito delle limitazioni, ad esempio nella pratica professionale-sportiva o sociale. L’influenza esercitata dal farmaco sulla vita sociale ed affettiva del consumatore è stata analizzata da Flore e colleghi (2019), i quali hanno evidenziato come i farmaci psicotropi non solo possiedono “una vita sociale” ma “rivelano anche una sorta di socialità farmaco-affettiva”. Con la varietà di effetti sollecitati, il farmaco può incidere profondamente sull’esperienza che la persona fa della vita sociale:

“Il farmaco agisce in quanto partecipa a forme di socialità farmaco-affettiva per cui il farmaco può “lubrificare” il contatto sociale e trasformare la soggettività come progetto “sempre

incompiuto, interrotto, intricato e non lineare”¹² (Kokanovic e Flore, 2017 citato in Flore et al., 2019).

4.1.4.1 Analisi delle narrazioni in merito alle variazioni e/o sospensione degli psicofarmaci e speranze per il futuro

OBIETTIVO	NON CONSUMATORI SOSTANZE		CONSUMATORI SOSTANZE	
	TEMI	RICORRENZA	TEMI	RICORRENZA
Analisi delle narrazioni in merito alle variazioni e/o sospensione degli psicofarmaci e speranze per il futuro	Variazioni (sospensioni, aumento)	4 su 6	Variazioni (sospensioni, aumento)	5 su 8
	No variazioni	2 su 6	No variazioni	3 su 8
	Speranza di sospendere la terapia	4 su 6	Autonomia	5 su 8
	Timore di sospendere il farmaco	4 su 6	Speranza di sospendere la terapia	6 su 8

Non consumatori di sostanze

Quattro partecipanti su sei hanno dichiarato di aver effettuato delle **variazioni della terapia** prescritta nel corso del tempo, sia sospendendo il farmaco, sia aumentando il dosaggio. I motivi riportati dai partecipanti in merito all'interruzione sono la stanchezza arrecata dagli effetti collaterali e la credenza di stare bene e riuscire a farne a meno.

“L’ho fatto una volta, che ho detto «Sto bene» e l’ho tolta, però dopo un mese sono ricaduta” (O.)

*“Ero stanco davvero di dover sottostare a dei limiti che non erano i miei, a dei limiti imposti. **Per cui ho detto di no**” (L.)*

Rispetto alle speranze per il futuro, la maggior parte dei partecipanti ha dichiarato di avere la **speranza di sospendere la terapia**, prima o poi.

*“Io vorrei...basta, ecco questa è la speranza, dire «**Possiamo provare a toglierli?**», e poi li togliamo, e poi non li prendiamo più” (E.)*

¹² Traduzione mia

“Io spererei di interromperlo di nuovo perché comunque il mio sogno è sempre stato quello di mettere su famiglia” (V.)

Tuttavia, nonostante le speranza di sospendere la terapia, è emerso in diversi casi il **timore legato alla sospensione del farmaco**. Infatti, per alcuni partecipanti esso è una tutela, sentono di averne “bisogno” e hanno il timore di subire delle “ricadute” nel momento in cui dovessero sospenderlo.

“[...] se c'è qualche difficoltà, una qualsiasi problematica che per me è fonte di stress, senza quello psicofarmaco come faccio? Mi chiedo se sia possibile svolgere una vita normale senza psicofarmaco” (V.)

“Sono passati un po' di anni ed è da un po' che mi sento bene però... [...] li ho tolti una volta e sono ricaduta. Adesso non voglio che succeda più questa cosa” (O.)

Consumatori di sostanze

In questo gruppo cinque partecipanti su otto hanno operato delle **variazioni della terapia**. In particolare, cinque persone hanno sospeso autonomamente la terapia, e solo un partecipante l'ha aumentata. I motivi legati alla sospensione riguardano gli effetti collaterali esercitati dallo psicofarmaco, la convinzione della sua inefficacia, il desiderio di far fronte al proprio malessere in modo autonomo.

“Sentivo che faceva troppi effetti collaterali su di me. Per quello l'ho sospeso, perché se fa più male che bene in automatico ti vien voglia di sospendere” (P.)

“L'ho sospesa perché pensavo non mi servisse, soprattutto agli inizi” (D.)

Legato a tali variazioni emerge spesso il tema dell'**autonomia** e il desiderio di “farcela da soli”.

“Ho interrotto sia perché volevo farcela da solo ma anche perché ero convinto che non fosse una malattia ma una conseguenza dell'assunzione di quelle sostanze [...]” (D.)

“Vorrei trovare un modo di dire «ce la devo fare senza»” (D.)

Rispetto alle speranze per il futuro, sei partecipanti su otto **sperano di interrompere** presto la terapia farmacologica. Gli altri partecipanti vorrebbero sospendere i farmaci ma hanno poca speranza che ciò sia possibile.

*“Certi momenti in cui mi sento stanco, sento che non ne posso più. Diciamo che i farmaci... **voglio trovare un punto di non doverli più prendere**” (S.)*

*“Io vorrei che in futuro **si abbassassero piano piano e si finisse**” (D.)*

4.1.4.2 Discussione dei risultati

Questa area di indagine aveva lo scopo di indagare la gestione dello psicofarmaco cercando di comprendere i motivi di eventuali variazioni e/o sospensioni. Inoltre, si è cercato di indagare quali fossero le speranze e i desideri per il futuro in relazione al consumo degli psicofarmaci e alla loro sospensione.

Dai risultati emersi dall'analisi del contenuto in merito alle variazioni e/o sospensione degli psicofarmaci e alle speranze per il futuro, si scopre che **la maggior parte dei partecipanti alla ricerca ha apportato delle variazioni della terapia farmacologica almeno una volta nel corso del proprio percorso, senza distinzioni significative tra i due gruppi di partecipanti** (4 persone su 6 in un gruppo e 5 persone su 8 nell'altro). Questo risultato si dimostra in linea con quanto emerge dalla letteratura, secondo cui la maggioranza delle persone che hanno ricevuto una diagnosi di “malattia mentale” hanno apportato, almeno qualche volta durante il proprio percorso, delle modifiche alla “terapia” (Adams e Howe, 1993). Infatti, a fronte dell'alto impiego di farmaci antipsicotici nel trattamento delle cosiddette “psicosi”, la letteratura evidenzia come l'adesione alla “terapia” prescritta sia spesso scarsa e discontinua, soggetta a variazioni dei dosaggi o a brusche interruzioni (Adams e Howe, 1993).

Emergono tuttavia delle ragioni differenti tra i due gruppi alla base delle variazioni della “terapia”. Le variazioni apportate dai partecipanti alla ricerca potevano consistere in aumenti della posologia del farmaco prescritto, interruzioni o uso massiccio di psicofarmaci non prescritti. Le ragioni dell'aumento della posologia sono varie e si trova, ad esempio, il tentativo di *“prendere qualsiasi cosa pur di star meglio”*, *“voler solo dormire”* dopo essere stati lasciati dalla ragazza, un tentativo di suicidio, o ancora, il tentativo di porre rimedio ad episodi di aggressività. Tra i motivi dell'interruzione della

terapia si trovano, per il gruppo di non consumatori di sostanze, la volontà di liberarsi dagli effetti collaterali degli psicofarmaci (Carrick et al., 2004; Usher, 2001) e la credenza di stare bene e riuscire a farne a meno; per il gruppo di consumatori di sostanze, oltre alla volontà di liberarsi dagli effetti collaterali, le motivazioni dell'interruzione della terapia farmacologica erano diverse rispetto a quelle del primo gruppo e consistevano nella convinzione della sua inefficacia (Gray et al., 2004; Rettenbacher et al., 2004), nella convinzione di non essere "malati" e nel desiderio di far fronte al proprio malessere in modo autonomo (Hagen et al., 2010; Malpass et al., 2009).

Si è poi evidenziata **un'importante differenza per quanto riguarda il tema dell'autonomia, per il gruppo di consumatori di sostanze, e il timore della sospensione del farmaco, per il gruppo di non consumatori di sostanze.**

Procedendo in ordine, all'interno del gruppo di consumatori emerge frequentemente il tema dell'"autonomia" e l'importanza di "farcela da soli": i partecipanti di questo gruppo sembrano soffrire molto di più il fatto di "dipendere" da uno psicofarmaco per trovare rimedio al proprio malessere, e la volontà di sospendere la terapia è nella maggior parte dei casi diretta dal desiderio di ripristinare la propria autonomia. È preponderante, infatti, la retorica "*devo farcela da solo*", e i tentativi di ripristinare la propria "libertà" e il senso della propria autoefficacia sono stati spesso alla base dell'interruzione della terapia farmacologica. Diverse persone credono che la "volontà personale" di stare bene e i tentativi di trovare un rimedio non farmacologico siano fondamentali per ripristinare "il controllo" sulla propria vita. Un partecipante afferma, ad esempio:

"Cioè sono ancora poco convinto degli psicofarmaci. Ho quella convinzione che comunque abbiano un...cioè sei tu stesso che devi comunque trovare il modo di stare bene, deve venire da te. Perché io li ho assunti eppure son stato male lo stesso, anche dopo. Ho avuto ricadute anche assumendo psicofarmaci, e quindi...secondo me...serve più la forza di volontà" (D.)

Al contrario, nel gruppo di non consumatori di sostanze, emergono il tema della dipendenza dal farmaco (paragrafo 4.1.2.1) e del timore di sospendere la terapia. La maggior parte dei partecipanti di questo gruppo si mostra ambivalente nei confronti del farmaco: sebbene diverse persone dichiarino di desiderare di sospendere la terapia nel futuro, emerge spesso il timore della sospensione e di "non riuscire a farcela da soli". L'ambivalenza provata nei confronti dello psicofarmaco è uno degli aspetti maggiormente evidenziati dalla letteratura sull'analisi delle narrazioni di persone che

assumono farmaci antipsicotici (Davis-Berman e Pestello, 2005; Thompson et al., 2019). Poiché, come si è visto in precedenza (paragrafo 4.1.2.1), lo psicofarmaco esercita una funzione di supporto e di aiuto per diversi partecipanti, i quali gli attribuiscono una forza positiva, nella maggior parte dei casi le persone di questo gruppo non avvertono l'urgenza di interrompere il farmaco nell'immediato futuro, ma al contrario, questa si configura come una possibilità remota. Diverse persone riferiscono di "avere bisogno" del farmaco per stare bene; altre, dopo aver interrotto bruscamente il farmaco in passato, hanno avuto delle "ricadute" e hanno il timore che ciò si ripeta qualora dovessero sospenderlo nuovamente. Una partecipante riferisce:

"Sicuramente mi piacerebbe riuscire ad arrivare a un momento in cui non prendo più niente, credo che comunque ci vorrà un po' di tempo ecco perché...adesso mi sento abbastanza, cioè mi fanno sentire tranquilla insomma, i farmaci, e mi...sento che mi danno un aiuto, quindi non credo che sarà una cosa immediata o comunque a breve termine" (M.)

L'ultimo tema emerso riguarda la **speranza di poter sospendere l'assunzione di psicofarmaci in futuro e si presenta in entrambi i gruppi**. Si è appena visto come, per il gruppo di non consumatori di sostanze, tale desiderio venga nominato pur con diverse remore rispetto alla sua concretizzazione, in quanto assumere psicofarmaci è fonte di sicurezza e di "tutela" rispetto ad eventuali "ricadute" per diversi partecipanti. Al contrario, il desiderio di interrompere l'assunzione di psicofarmaci sembra essere molto più forte per il gruppo di consumatori di sostanze, per i quali il ripristino dell'autonomia sembra essere fondamentale per recuperare il senso smarrito di controllo e di autoefficacia. In conclusione, dai risultati di tale area di indagine emerge come **la maggior parte delle persone del gruppo di non consumatori di sostanze sembrano fare molto più affidamento sul farmaco e "dipendere" psicologicamente da esso per "stare bene", mentre la maggioranza delle persone con storia di consumo di sostanze stupefacenti dichiara di possedere la forte volontà di "volercela fare da soli"**.

È importante specificare, tuttavia, che il senso di agentività, più o meno sviluppata, da cui sembra dipendere in parte la futuribilità della sospensione del farmaco, non è semplicemente qualcosa che l'essere umano possiede, bensì emerge dalle complesse intra-azioni tra l'idea di futuro, la soggettività, il farmaco, il contesto, le relazioni. Come sottolineato da Barad (2007), l'*agency* "è un'azione (qualcosa che si fa, "*enactment*"), non qualcosa che qualcuno o qualcosa ha". Ne consegue che la pratica della "speranza",

di cui ormai è riconosciuta l'importanza fondamentale nel processo di ricerca del benessere, è qualcosa che si fa anche all'interno del processo discorsivo, ed è importante che diventi una responsabilità per i professionisti. Infatti, più che formulare delle diagnosi che talvolta riflettono prospettive infauste di inguaribilità, è necessario che i professionisti della salute mentale si facciano promotori della speranza (Tibaldi, 2020). In linea con questa considerazione, appare ragionevole pensare che la dipendenza psicologica dal farmaco, che emerge a seguito dell'identificazione con la diagnosi, limiti l'agentività e la speranza delle persone che fanno parte del gruppo di non consumatori di sostanze. Al contrario, l'urgenza con cui le persone del gruppo di consumatori di sostanze dichiarano di voler interrompere il farmaco per riacquisire l'autonomia perduta, e la forza con cui affermano di essere "contrari" ad esso, potrebbero riflettere la loro disidentificazione dalla diagnosi.

4.1.5.1 Analisi delle narrazioni in merito alle ragioni, ai significati e agli obiettivi del consumo di sostanze stupefacenti nel passato e/o nell'attualità e le relative implicazioni sul benessere personale

OBIETTIVO	CONSUMATORI SOSTANZE	
	TEMI	RICORRENZA
Analisi delle narrazioni in merito alle ragioni, ai significati e agli obiettivi del consumo di sostanze stupefacenti nel passato e/o nell'attualità e le relative implicazioni sul benessere personale	Benessere iniziale	8 su 8
	Sostanza come aiuto	5 su 8
	Sostanza come problema	6 su 8
	Esperienza	4 su 8
	Influsso delle sostanze sul malessere	5 su 8

In tutti i casi il consumo di sostanze stupefacenti ha esercitato dei benefici per la persona, seppur solo inizialmente in alcuni casi. Dalle interviste di tutti i partecipanti emerge dunque la sensazione di **benessere iniziale** ricavata dal consumo di sostanze. I benefici ricavati sono vari, come ad esempio serenità, facilitazione delle relazioni sociali, rilassamento, divertimento.

“Benessere, la cannabis ti dà quel benessere che...sei tutt'uno con la natura, vivi in un mondo hippy, ti senti volare, ti senti...sì, ti senti libero” (S.)

*“(L’MDMA) ti faceva sentire benissimo [...] le prime tre volte mi ha preso bene, nel senso che ballavo, ero con i miei amici [...] ti dava **euforia**” (M.)*

Per la maggior parte dei partecipanti (cinque su otto) il consumo di sostanze all’inizio è stato una forma di **aiuto** per far fronte a problemi di varia natura, come ansia, dolore, insonnia, preoccupazioni, senso di solitudine. In un caso la cannabis è addirittura usata attualmente a “scopo terapeutico” per “curare la depressione”. Per gli altri tre partecipanti, invece, la sostanza veniva consumata in contesti ludici.

*“**Tutto per spegnere un po' il dolore** per quella mezzoretta in cui l'alcol faceva effetto, spegnevo un po'...mi spegnevo...diciamo che **non sentivo il dolore**” (M.)*

*“**La depressione l’ho superata** sotto pandemia da solo senza farmaci con **l’uso della marijuana, io da solo.**” (R.)*

Tuttavia, nonostante il benessere iniziale e l’aiuto ricavato dal consumo di sostanze, con il tempo nella maggior parte dei casi l’uso si è trasformato in un **problema** per i partecipanti. In alcuni casi la sostanza provocava ansia, “paranoie”, alterazione dell’umore, perdita del controllo.

*“**E mi ha distrutto proprio il cervello** (la cannabis), perché ci fumavo sopra, ogni volta che strippavo, ogni volta che avevo una crisi, ci fumavo sopra e non me ne rendevo conto” (A.)*

*“[...] la cocaina, quella è stata quella che **mi ha proprio...distrutto**. Cioè mi ha portato ad essere nel momento peggiore della mia vita” (D.)*

Dall’analisi delle narrazioni è emersa la dimensione dell’**esperienza**: con il progressivo avanzamento del consumo di sostanze, la persona apprende ad auto monitorarsi e a dosare il consumo a seconda degli scopi legati al contesto.

*“(La cannabis) se usata a **giusto dosaggio, nei momenti giusti e facendo determinate cose**, può aiutare a passare la giornata stando bene” (R.)*

*“C’è tanta psicologia, preparazione mentale dietro, perché **devi un po' capire come gestirtela** (la sostanza)” (D.)*

Infine, si sono indagate le credenze rispetto all’**influsso esercitato dal consumo di sostanze stupefacenti sul malessere personale**. Solo un partecipante ritiene che il

consumo di sostanze abbia *causato* il malessere, mentre per tutti gli altri si è trattato di una *correlazione*. Ad esempio, secondo diverse persone il consumo di sostanze ha peggiorato il malessere personale preesistente.

“L’ipocondria è uscita un po’ così [...] e la cannabis può avere aumentato questa paura, perché io la usavo lo stesso tutti i giorni anche se ero ipocondriaco” (D.)

“Se tu già stai male e pensi di fare uso di droghe per stare meglio, poi la droga ti fa aumentare i problemi che avevi prima perché io [...] mi sono buttato sulla cannabis però mi ha peggiorato le cose” (S.)

4.1.5.2 Discussione dei risultati

Attraverso tale area di indagine si è cercato di comprendere quali ragioni, significati ed obiettivi dirigano nell’attualità o abbiano diretto in passato il consumo di sostanze stupefacenti per i partecipanti con storia di consumo di “droga”. Inoltre, si è cercato di comprendere quali fossero le teorie personali dei partecipanti rispetto alle implicazioni del consumo di sostanze stupefacenti sul benessere personale, e in particolare la loro influenza nell’insorgenza del malessere. Infine, si è cercato di indagare i rischi percepiti rispetto al consumo di psicofarmaci e di sostanze stupefacenti.

Dall’analisi del contenuto in merito alle ragioni, ai significati e agli obiettivi del consumo di sostanze stupefacenti emerge che nella totalità dei casi i partecipanti hanno ricavato dei benefici iniziali dal consumo. I benefici ricavati variano in base ai singoli individui e al tipo di sostanza usata, e possono consistere in rilassamento, divertimento, facilitazione delle relazioni sociali, aiuto rispetto a situazioni di malessere. Per la maggior parte dei partecipanti, infatti, **il consumo di sostanze è stato inizialmente di aiuto per far fronte a problemi di varia natura, come ansia, insonnia, difficoltà familiari e senso di solitudine** (5 persone su 8). Ciò vale soprattutto per il consumo di cannabis, alcol e cocaina, mentre sostanze quali MDMA, ecstasy e funghi allucinogeni venivano utilizzate saltuariamente in contesti ludici.

Dai contenuti emersi dall’analisi delle narrazioni emerge come il consumo di sostanze stupefacenti, più che da un impulso, sia diretto dai significati simbolici attribuiti alla sostanza, così come da desideri ed obiettivi specifici:

“Io la fumavo (la cannabis) per non essere me stesso, perché ti portava a essere una persona che tu non sei, quindi non pensavi a niente, né ai problemi, né alle cose che avevi da fare, pensavi solo a goderti il momento e a essere un'altra persona, però poi quando l'effetto finiva, ritornavi ad essere la persona che eri prima” (S.)

Anche il contesto relazionale all'interno del quale avviene il consumo è un elemento fondamentale da considerare: nella maggioranza dei casi, infatti, l'inizio del consumo di sostanze è avvenuto nell'adolescenza, in compagnia di amici, e si è dimostrato utile per ottenere conferme di appartenenza da parte del gruppo dei pari, così come per ricevere conferme identitarie. Il consumo di sostanze, in diversi casi, apre le porte a nuove sensazioni e modalità di percezione: *“la musica la senti più profondamente”, “ti senti libero”, “ti sembra di volare”*; e ancora, la sostanza consumata in compagnia produce un sentimento di aggregazione: *“all'inizio sembrava tutto bello sai...la fame chimica, andavamo a mangiare due tre kebab, era pure divertente”*; e infine anche la percezione di sé muta: *“ti sentivi Dio onnipotente”*. Questi tipi di riorganizzazione emotiva e cognitiva della rappresentazione di sé mostrano come le sostanze possano essere considerate “droghe per l'identità”, in quanto si dimostrano “funzionali a saldare l'esperienza di sé con i sentimenti di autoefficacia e di conferma sociale” (Salvini, Faccio, 2002, p.124). A fronte di tali considerazioni, appare fondamentale considerare il valore d'uso che le sostanze assumono per il consumatore al fine di comprenderne il significato. Essendo il frutto di una scelta intenzionale, il gesto tossicofilico assume una valenza simbolica ed è l'effetto di un processo interpretativo, più che di impulsi fisiologici (Salvini, Iudici e Faccio, 2011).

Tali risultati sono ampiamente supportati dalla letteratura sul tema: dai risultati emersi dagli studi qualitativi sul consumo di sostanze da parte di individui che avevano ricevuto una diagnosi di “psicosi”, emerge come la sostanza venga intenzionalmente scelta al fine di raggiungere obiettivi specifici, come far fronte alla sofferenza, sviluppare relazioni sociali e definire la propria identità (Buaze et al., 2010; Charles et al., 2010; Gregg et al., 2007; Healey et al., 2009; Lobbana et al., 2010; Spencer et al., 2002).

Dai contenuti emersi dalle interviste sul consumo di sostanze stupefacenti emerge un dato frequente, il quale trova supporto in letteratura (Childs et al., 2011): se inizialmente la sostanza favoriva il benessere personale ed esercitava addirittura una funzione di aiuto, **con il passare del tempo nella quasi totalità dei casi il consumo si è trasformato in**

un problema (6 persone su 8). L'iniziale percezione di benessere e piacevolezza spesso muta e si trasforma in un senso di "perdita di controllo" e di "dipendenza fisica", provoca "ansia", "paranoie" e "stravolgimenti dell'umore". Con il passare del tempo, il consumo può diventare regolare e pesante, fino ad ostacolare in alcuni casi lo svolgimento del resto delle normali attività.

"Io non ne fumavo una, ne arrivavo a fumare fino a 15 al giorno, e quando ne fumi così tante sei uno zombie, in poche parole sei strafatto, non capisci niente" (S.)

Un tema che si è riscontrato nella metà delle interviste è quello dell'esperienza: **con il progressivo avanzamento del consumo di sostanze aumenta la capacità di automonitorarsi e di dosare il consumo a seconda di specifici scopi legati al contesto**. La capacità di automonitoraggio viene qui intesa come la

"capacità di volgere a proprio vantaggio le situazioni sociali, di presentare gli aspetti di sé più adatti e coerenti ai propri scopi, in modo indipendente dal giudizio sociale e con un più significativo grado di autoconsapevolezza" (Salvini, Conti e Turchi, 1998, citato da Salvini e Dondoni, 2011).

Questa capacità emerge soprattutto in riferimento al consumo di cannabis: una teoria ricorrente all'interno delle interviste, infatti, è quella secondo la quale l'uso di marijuana incide sull'umore esasperando le emozioni del consumatore, sia in senso positivo che negativo. Un partecipante, ad esempio, facendo ricorso ad una efficace metafora, afferma:

"Quindi, per una persona che ha l'umore instabile fumarsi una canna è come dare una fucilata al tuo umore" (R.)

Infatti, **indagando le teorie dei partecipanti relative all'influsso del consumo di sostanze stupefacenti sul malessere personale, è emerso che nella maggior parte dei casi le persone pensano vi sia qualche tipo di legame** (5 su 8). Solo un partecipante crede che l'insorgenza del malessere sia stata *causata* dal consumo di sostanze, mentre per gli altri si è trattato di una *correlazione*.

4.2 Criteri per l'applicazione dell'analisi del posizionamento: i posizionamenti identitari nelle narrazioni sulla "malattia mentale"

Alla luce dei risultati emersi dall'analisi del contenuto, si è cercato di comprendere quali potessero essere le ragioni che giustificassero le differenze relative alle teorie e ai significati attribuiti allo psicofarmaco tra i due gruppi di partecipanti alla ricerca. Nello specifico, ci si è chiesti quale ruolo svolgesse la diagnosi psichiatrica e se il grado di identificazione del partecipante con tale diagnosi potesse influenzare la percezione dell'utilità del farmaco e l'adesione alla terapia farmacologica. Attraverso l'analisi del posizionamento presentata in questo paragrafo si è quindi cercato di indagare il grado di identificazione o disidentificazione dei partecipanti con la "malattia mentale" e di evidenziare eventuali somiglianze e differenze tra i due gruppi.

Di seguito, verrà raffigurata una tabella riassuntiva delle principali dimensioni emerse dall'analisi del posizionamento identitario, per ognuna delle quali sono state messe in luce le relative polarità semantiche.

POSIZIONAMENTI IDENTITARI DEL GRUPPO DI NON CONSUMATORI DI SOSTANZE	POSIZIONAMENTI IDENTITARI DEL GRUPPO DI CONSUMATORI DI SOSTANZE
Posizionamenti identitari nei confronti della "malattia" <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tra il prima e il dopo</i> • <i>Tra stranezza e ritorno alla normalità</i> 	Posizionamenti identitari nei confronti del "ricovero" <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tra opposizione e negoziazione</i>
Posizionamenti identitari nei confronti degli "altri" <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tra la relazione come risorsa e la relazione come ostacolo</i> • <i>Tra occultamento e disvelamento di sé</i> 	Posizionamenti identitari nei confronti della "diagnosi" <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tra disidentificazione e teorie alternative</i>
Posizionamenti identitari nei confronti dello "psicofarmaco" <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tra il desiderio di autonomia e il timore della sospensione</i> 	Posizionamenti identitari nei confronti della "medicalizzazione" <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tra la contrarietà allo psicofarmaco e il ricorso ad alternative</i> • <i>Tra il senso di dipendenza e il desiderio di autonomia</i> • <i>Tra sentimenti di perdita e speranze di recupero</i>

4.2.1 Analisi del posizionamento identitario: il gruppo di non consumatori di sostanze

Le dimensioni rilevate dall'analisi delle interviste per il gruppo di partecipanti non consumatori di sostanze possono essere così suddivise:

1. Posizionamenti identitari nei confronti della “malattia”
2. Posizionamenti identitari nei confronti degli “altri”
3. Posizionamenti identitari nei confronti dello “psicofarmaco”

Per ciascuna di queste dimensioni si sono messe in luce le due polarità semantiche del *continuum* all'interno del quale possono essere rilevati i diversi posizionamenti.

Ciascuna dimensione verrà discussa in modo approfondito e verranno riportati, come esemplificazione, gli stralci ridotti di testo all'interno dei quali verranno evidenziati i posizionamenti e gli elementi narrativi significativi.

4.2.1.1 Posizionamenti identitari nei confronti della “malattia”

A questa dimensione appartengono le narrazioni e i posizionamenti relativi all'adesione dei partecipanti alla diagnosi di “malattia mentale”; è infatti interessante notare come i partecipanti alla ricerca si posizionino rispetto a tale ruolo all'interno delle narrazioni. Si tratta di una dimensione ricorrente in quanto la quasi totalità dei partecipanti di questo gruppo sembra identificarsi con la diagnosi ricevuta e si riferisce alla propria “condizione” come ad una “malattia”, adottando il lessico diagnostico psichiatrico per descrivere il corollario di “sintomi” che accompagnano o hanno accompagnato il malessere personale.

A. Posizioni nei confronti della “malattia”: tra il prima e il dopo

Per quanto riguarda i posizionamenti assunti dalle persone all'interno delle narrazioni in relazione alla categoria di analisi della “malattia”, questi possono collocarsi in modi diversi lungo il *continuum* tra il “prima” e il “dopo” l'insorgere della “malattia”. La comparsa del malessere segna infatti una crisi, intesa come momento di rottura, ed è seguita dal processo di medicalizzazione, il quale può metaforicamente rappresentare una sorta di “spartiacque”, un *turning point*, tra un prima (sé non medicalizzato) e un dopo (sé medicalizzato).

Tale dimensione è costituita da due polarità semantiche, *prima* e *dopo*, che rappresentano i nuclei temporali attorno ai quali le persone organizzano la loro narrazione. Indagando la dialettica tra il “prima-la-malattia” e il “dopo-la-malattia” è possibile comprendere come alcuni partecipanti integrino l’episodio di malessere all’interno della propria storia personale. Questa organizzazione del discorso ci informa su alcune delle ricadute identitarie che il processo “medicalizzazione” ha comportato sul senso di identità personale. In alcuni casi, infatti, questo processo ha comportato un “peggioramento del senso di sé”, come è già emerso dall’analisi del contenuto (paragrafo 4.1.3.1).

1. “Prima mi vedevo in un certo modo, dopo mi sono riscoperta più fragile”

Un primo tipo di posizionamento si colloca lungo la dimensione “prima-dopo la malattia”. Come si è già visto precedentemente, spesso, dopo l’esordio del malessere che ha comportato la psichiatrizzazione, la persona percepisce un cambiamento importante nel rapporto che intrattiene con sé stessa, ossia nel modo in cui si pensa, percepisce e agisce. Tale cambiamento può comportare una sensazione di perdita, di esaurimento e di “peggioramento” del sé: l’esordio del malessere, con il processo di “medicalizzazione” che ne consegue, comporta una ridefinizione di sé, un ri-posizionamento rispetto al discorso istituzionale psichiatrico.

Poiché l’istituzione psichiatrica, e i discorsi sulla malattia mentale in generale, sono informati da relazioni di potere, la diagnosi emessa in questi specifici contesti di ordine morale implica una richiesta forzata di ri-posizionamento, a cui la persona nei confronti della quale è emessa la diagnosi può aderire o meno (Harré e Van Langenhove, 1991).

In questo caso, la partecipante sembra identificarsi con la diagnosi ricevuta (“*ho una vulnerabilità allo stress che mi fa avere pensieri strani, allucinazioni*”), alla quale segue una ridefinizione di sé in senso “peggiorativo” (“*mi sono riscoperta più fragile, più vulnerabile*”) e, nello stesso tempo, emerge la difficoltà ad accettare tale ridefinizione (“*accettare questa parte di me non è così semplice*”).

***“Prima di assumere psicofarmaci, di essere ricoverata e tutto quello che è successo mi vedevo in un certo modo, dopo ovviamente mi sono riscoperta forse più fragile, più vulnerabile perché mi hanno detto che ho una vulnerabilità allo stress che mi fa avere pensieri strani, allucinazioni, cioè non so se sono allucinazioni o cosa insomma, però mi sono riscoperta sì più*”**

fragile e più vulnerabile, cioè accettare questa parte di me più fragile insomma non, non è neanche tuttora così semplice”.

(V.)

Attraverso la dialettica tra il “prima” e il “dopo”, V. mette in luce le differenze che ha riscontrato nel concetto di sé a seguito del processo di medicalizzazione: la *visione* di sé muta e V. si riscopre “più fragile”, “più vulnerabile”. In questo caso la diagnosi diviene la nuova lente attraverso cui V. giustifica e descrive ciò che le è accaduto. L’identificazione con la diagnosi (“vulnerabilità allo stress”) è riuscita, al punto che la partecipante adotta il lessico diagnostico per descrivere il corollario di “sintomi” che hanno accompagnato il malessere (“allucinazioni”).

2. “La malattia è stato un momento per capire che non potevo essere perfetta”

Strettamente connesso al posizionamento precedente, e dunque alla percezione di un “prima” e un “dopo” la “malattia” e alla ri-definizione di sé in senso “peggiorativo” a seguito del processo di psichiatrizzazione, questa partecipante cerca di ridimensionare la diagnosi ricevuta attraverso tentativi di “normalizzazione”. Tuttavia, nonostante M. impieghi delle retoriche “normalizzanti” (“*non potevo essere perfetta, no?*”, “*la vita è fatta di alti e bassi*”) e si posizioni all’interno della “maggioranza della società” (“*avevo dei momenti difficili come tutti*”), essa sembra identificarsi con la diagnosi ricevuta, al punto di riferirsi al proprio stato definendolo “la malattia” e percependo il “bisogno” di assumere gli psicofarmaci “*per poter stare bene*”.

*“In generale **la malattia per me è stato un po' un momento per capire che...non potevo essere perfetta, no?** Che avevo dei momenti difficili **come tutti**, e delle difficoltà in generale e quindi che comunque **la vita era fatta di alti e bassi eccetera**, e prendere i farmaci è un po' la cosa che me lo ricorda insomma, che mi ricorda che ho bisogno di questo aiuto per stare bene e ... quindi ... **credo che sia cambiata per questo motivo ecco la mia percezione di me stessa**” (M.)*

Questo stralcio di testo ben rappresenta il successo del processo di “socializzazione” lungo il quale l’individuo negozia i significati legati all’uso dello psicofarmaco (Karp, 1993): attraverso l’adesione alla diagnosi che implica una profonda ridefinizione di sé,

viene incorporata una visione medicalizzata di un “sé difettoso” che ha la necessità di essere “corretto” dai farmaci per poter funzionare “normalmente”. Come afferma Karp, infatti, prima di considerare il farmaco antipsicotico come una valida strategia di aiuto è necessario fare i conti con la propria diagnosi. Il farmaco diviene il simbolo di tale “sé difettoso”, e l’asservimento ad esso sembra essere totale: *“prendere i farmaci è un po’ la cosa che me lo ricorda insomma, che mi ricorda che ho bisogno di questo aiuto per stare bene”*.

B. Posizioni nei confronti della malattia: tra “stranezza” e ritorno alla “normalità”

Un’ulteriore dimensione all’interno della quale si possono rintracciare vari posizionamenti è la dimensione della “malattia” rappresentata dal *continuum* “tra stranezza e ritorno alla normalità”.

Diversi partecipanti si riferiscono ai “sintomi” legati all’episodio di malessere, come ad esempio alle “allucinazioni”, alle “paranoie”, al senso di “frammentazione”, annettendoli alla dimensione semantica della “stranezza”. All’esperienza di tali “sintomi strani” fa seguito il ritorno alla dimensione della “normalità”. Ciò che è “strano”, e dunque estraneo rispetto all’esperienza ordinaria di sé, si contrappone a ciò che è “normale”. Il costrutto di “normalità” emerge spesso nelle narrazioni in riferimento a diversi contesti e voci e sembra svolgere un ruolo importante nella definizione di sé e della propria storia, divenendo ora metro di paragone con cui valutare la propria esperienza, ora meta a cui aspirare. I partecipanti alla ricerca non esplicitano mai cosa intendano per “normalità” e la definizione di tale costrutto viene data per scontata, riferendosi ad essa come alla normalità di “tutti”.

1. “Ero frammentata...dopo ritornavo normale”

In diverse interviste emerge la contrapposizione tra la sfera dell’“alterazione”, di cui fanno parte in questo caso il senso di stranezza, sfasamento e frammentazione che la persona percepisce nel momento in cui insorge il malessere, e la sfera della “normalità” a cui essa dichiara di fare ritorno nel corso del tempo.

*“Qui mi hanno portata a forza diciamo quando ero stata molto molto male, che una serie di **meccanismi strani** nella mia mente mi avevano portata...quasi non riuscivo neanche a parlare diciamo, ero un po' molto alterata, perché ho questi episodi un po'...cioè acuti, di eccesso di energie che poi mi portavano a sfasarmi un po' [...] Le prime volte che stavo male mi ricordo che ero un po'... forse ero un po' più frammentata, non lo so, e quindi mettevo sempre in dubbio la mia identità diciamo, ehm...e poi forse il farmaco diciamo che univa i pezzi dopo, con calma tempo dopo **ritornavo normale**, quindi forse sì, cioè qualcosa faceva”. (E.)*

Nel raccontare i motivi che hanno causato il ricovero, E. cerca di spiegare in che cosa consistano i “*meccanismi strani*” della sua mente: si tratta di episodi acuti, di “*eccesso di energie*”, che la portano a “*sfasarsi*” un po'. Nel riferirsi a tali episodi ricorrenti, E. utilizza il verbo “*avere*” (“*ho questi episodi...*”), inserendoli nella definizione di sé come componente stabile. In questa narrazione, inoltre, il farmaco sembra svolgere una funzione di aiuto nel ripristino della “normalità”, in quanto, secondo E., esso “*univa i pezzi*” della sua identità “*frammentata*”. In questo caso non viene esplicitato cosa la partecipante intenda riferendosi al costrutto di “normalità”, ma essa sembra sorgere come negazione della condizione di “stranezza”, in riferimento all’usuale esperienza di sé.

2. “Continuavo a perdere il contatto della realtà e a ritornare alla normalità”

Anche in questo posizionamento i “sintomi” che hanno condotto la persona al ricovero in psichiatria vengono definiti “strani”. In questo caso la partecipante si rifà al lessico diagnostico, ridefinendo la propria esperienza sulla base del discorso psichiatrico (“*ho scoperto che si chiamano deliri paranoici [...] allucinazioni*”). Ciò che caratterizza tali episodi “strani” è la perdita di contatto della realtà, a cui segue, in un movimento oscillatorio, il “ritorno” alla “normalità”. Anche in questo caso non viene esplicitato cosa si intenda per “normalità”. Sembra che tale “normalità” si riferisca all’equilibrio che c’era *prima* del malessere, divenendo il metro di paragone con cui valutare la “stranezza” dei sintomi esperiti.

“[...] mi sentivo un po' strana, un po' sempre stanca, sempre con la testa fra le nuvole, un po' spossata, non riuscivo a concentrarmi, non riuscivo a memorizzare nulla, avevo diversi sintomi un po' strani [...]. Io però stavo sempre sempre sempre peggio eee...un giorno praticamente ho iniziato ad accusare ehm, ho scoperto che si chiamano deliri paranoici e dopo penso anche allucinazioni [...]. Continuavo a perdere il contatto della realtà e a ritornare alla normalità, cioè continuavo a perdere e tornare, perdere e tornare” (V.)

4.2.1.2 Posizionamenti identitari nei confronti degli “altri”

Alla dimensione degli “altri” fanno riferimento gli altri concreti o immaginati, le voci che compaiono all’interno delle narrazioni, le relazioni più o meno significative che emergono dai racconti, con familiari, amici, colleghi di lavoro così come con la “società” più ampia, dunque l’Altro generalizzato.

Si tratta di una dimensione estremamente significativa in quanto costantemente presente nelle narrazioni e fondamentale per la definizione della propria identità. In particolare, i rapporti con i genitori, gli amici e in qualche caso il partner sono le relazioni che vengono nominate più frequentemente all’interno dei racconti, e che vengono considerate in alcuni casi come una risorsa e un aiuto, in altri come un problema e un ostacolo.

A. Posizioni nei confronti degli “altri”: tra la relazione come risorsa e la relazione come ostacolo

Per quanto riguarda la relazione con gli altri, tale dimensione si configura a partire dai vari posizionamenti che i partecipanti assumono per descrivere i loro rapporti con gli altri, ed è costituita dalle polarità della relazione come “risorsa” positiva e la polarità della relazione come “ostacolo”.

Lungo il primo polo i posizionamenti assunti dalle persone collocano gli altri in uno spazio paritario, di supporto e di aiuto, fondamentale al fine di affrontare il proprio malessere e integrarlo positivamente nella propria storia di vita. Al contrario, al polo opposto vi sono quei posizionamenti che collocano gli altri in uno spazio di “superiorità”

dal quale vengono emessi giudizi che influenzano in modo negativo la percezione che la persona ha di sé, e che possono dunque essere considerati un “ostacolo” o un pericolo. La dimensione della relazione è investita di grande importanza, in quanto è all’interno di tale dimensione che sorgono non solo i significati, ma anche il senso dell’identità personale. Si è già visto come l’identità sia “costitutivamente relazionale” (Faccio, Veronese, Castiglioni, 2010, p.31) in quanto sorge a partire dalla relazione e si mantiene attraverso il “coro interno di voci” che dialogano tra loro (Davis e Harré, 1990; Harré e Van Langenhove, 1991). Tale coro polifonico non è un prodotto unitario e stabile, ma si modifica a seconda del tempo e delle situazioni a cui l’individuo prende parte; allo stesso modo l’identità è il frutto di un processo riflessivo e mutevole, dinamico e spesso contraddittorio, e si modifica sulla base delle diverse pratiche discorsive a cui l’individuo prende parte. Per questo motivo, una particolare voce può prendere il sopravvento sulle altre in particolari situazioni e diventare il centro a partire dal quale vengono ordinate particolari esperienze di sé.

1. “Ho avuto una buona rete attorno”

Questo primo posizionamento fa riferimento alle relazioni con familiari e amici che forniscono supporto e aiuto. Lo sguardo comprensivo dell’altro è fondamentale nella definizione del senso di identità personale: attraverso la condivisione e il sostegno degli altri significativi, M. è aiutata a “non demonizzare” ciò che le è successo e a integrare l’episodio di malessere nella propria storia di vita preservando la propria autostima.

*“Poi...cioè io sono stata molto aperta sia con la mia famiglia che con i miei amici, quindi tante persone sanno che prendo i farmaci, mi vedono prenderli e...quindi non è una cosa che faccio di nascosto, non mi vergogno...perché comunque **ho avuto una buona rete attorno che mi ha anche aiutato a non demonizzare la cosa eccetera**”. (M.)*

2. “Mia madre mette le etichette”

Questo posizionamento si colloca al polo opposto rispetto al precedente, in quanto la relazione con l’altro non rappresenta una risorsa, ma al contrario appare “problematica”

ed ostacolante. Nel nominare la madre, la partecipante opera un posizionamento di primo tipo a livello della storia (Bamberg citato in Deppermann, 2015): ricorrendo all'appellativo "è *l'insensibilità in persona*", M. qualifica l'atteggiamento della madre in senso negativo e sembra distanziarsene. Il distanziamento dalla "voce" della madre non avviene solo attraverso il giudizio che la partecipante emette nei suoi confronti, ma anche attraverso elementi indessicali come l'inflessione e l'intonazione della voce in senso mimico (Wortham citato in Deppermann, 2015). La "voce" della madre è una voce giudicante e poco comprensiva: apponendo "etichette", e dunque emettendo giudizi negativi e stigmatizzanti nei confronti della figlia, essa adotta un atteggiamento e un linguaggio di superiorità che ostacolano la relazione.

"[...] Mia mamma, che è l'insensibilità in persona, continua magari a ribadire tipo «Ah però se non prendi la pastiglia io non ho mica voglia di ritornare al neuro». Cioè è lei quella che mette le etichette, «Tu sei malata», «Tu hai problemi», e quello è brutto" (E.)

B. Posizioni nei confronti degli "altri": tra occultamento e disvelamento di sé

Un'ulteriore dimensione all'interno della quale possono essere rintracciati diversi posizionamenti è quella rappresentata dal *continuum* "tra occultamento e disvelamento di sé". Nel corso delle interviste si sono infatti evidenziati due atteggiamenti opposti rispetto alla gestione e condivisione delle informazioni legate alla propria storia, rappresentati dalle due polarità "occultamento" e "disvelamento" di sé.

Nella maggior parte dei casi i partecipanti hanno condiviso l'informazione con i familiari più stretti, il/la partner e pochi amici intimi, e hanno deciso di non condividere tale informazione con il resto dei conoscenti, impegnandosi in alcuni casi a tenere nascosta l'informazione sull'ambiente di lavoro, per paura del giudizio o di un possibile licenziamento. Questa modalità di gestione dell'informazione corrisponde alla prima polarità semantica del continuum, per cui si potrebbe parlare anche di "identità nascosta": attraverso la produzione di questo tipo di identità le persone indicano la necessità di tenere nascosta questa parte della loro storia, a causa del peso delle normative degli altri e dello stigma percepito. L'atteggiamento opposto è rappresentato invece dalla seconda polarità semantica del continuum e dalla libera condivisione dell'informazione, fino al tentativo

di costruire discorsi positivi per parlare di “salute mentale” e di rivendicare la propria identità, sfidando i discorsi stigmatizzanti disponibili.

1. “Non mi sono aperta con molte persone”

Il primo tipo di posizionamento rintracciabile all’interno di questa dimensione si colloca lungo la polarità dell’“occultamento”, accomuna la maggior parte dei partecipanti alla ricerca e consiste nella condivisione dell’informazione in modo selettivo, solo con familiari e pochi amici intimi. In alcuni casi le persone riferiscono di nascondere le informazioni legate all’assunzione dello psicofarmaco sull’ambiente di lavoro, a causa del pregiudizio sociale percepito e perché non sanno “*cosa possono pensare gli altri*”. Posizionandosi all’interno di una minoranza della società costituita da coloro che assumono psicofarmaci e che vengono relegati nella schiera dei “matti” e dei “folli” dal gruppo degli “altri”, V. decide di non “*aprirsi*” con le persone per paura dell’“*idea che si potrebbero fare*”.

*“Mmmm...non, cioè **non mi sono mai aperta così**, cioè non ho mai detto a tutti che li prendevo (i farmaci) e...più per paura, esatto, **perché non so cosa possono pensare gli altri** e...cioè di solito chi li assume viene visto un po' come un **matto**, come un **folle** e...non saprei che idea si potrebbero fare, **per paura insomma non mi sono aperta con molte persone**” (V.)*

Da questo stralcio di intervista emerge la produzione narrativa di un’identità che si potrebbe definire “nascosta” (“*non mi sono mai aperta così*”) e “incompresa” (“*di solito chi li assume viene visto un po' come un matto*”) che deriva dalla presunta incapacità degli altri di comprendere il proprio stato, il quale viene talvolta giudicato come “pericoloso” o “imprevedibile”.

2. “Sto cercando di sconfiggere questo taboo”

In questo tipo di posizionamento, al contrario del precedente, il partecipante si oppone alla visione stigmatizzante della “società” nei confronti di coloro che assumono psicofarmaci, e, posizionandosi come “paziente” che ricorre all’uso di farmaci, dichiara di aver ingaggiato una “battaglia” personale per sconfiggere tale “*taboo*”.

In questo stralcio di testo L. fa propria la “voce” di un personaggio appartenente al mondo fantasy: attraverso una metafora, la diagnosi diviene un’“armatura” che il partecipante dichiara di sfoggiare apertamente (“*sii tu il primo a chiamarti bastardo*”), di modo che gli altri non possano servirsene per primi come arma (“*gli altri non faranno più niente*”).

*“A parte che, qualsiasi cosa una persona tenti di nascondere può essere usata come un’arma contro di sé. Qualsiasi cosa una persona...ehm...mi viene da dirlo con una citazione da Game of Thrones. Quando Jon Snow si arrabbiava quando lo chiamavano “bastardo”. E... Tyrion Lannister gli ha detto «**Indossa la tua armatura per nome. Sii tu il primo a chiamarti bastardo. Gli altri non faranno più niente**». Più o meno è la filosofia di come...io vado in giro, non ho problemi su un pullman pieno a tirare fuori la scatola con le medicine e prenderle. Se mi dice qualcosa qualcuno “Eh sì, son per la testa”. Poi se ha più domande, gli rispondo, con la verità. **Sto cercando col mio, col mio di...nel piccolo di sconfiggere un po' questo taboo**. Forse pian piano diventerà cosa da routine” (L.)*

Emerge il tentativo di L. di sfidare i discorsi disponibili e di costruirne di alternativi e non stigmatizzanti per parlare di salute mentale nella speranza di sconfiggere i “taboo” esistenti, ad esempio “normalizzando” l’assunzione di farmaci (“*eh sì, son per la testa*”).

4.2.1.3 Posizionamenti identitari nei confronti dello “psicofarmaco”

La dimensione dello “psicofarmaco” è centrale all’interno della ricerca e i contenuti che si organizzano attorno a tale dimensione sono già stati ampiamente trattati nel paragrafo dedicato all’analisi del contenuto. In questo sottoparagrafo si cercherà di intercettare i posizionamenti dei partecipanti alla ricerca rispetto alla dimensione dello psicofarmaco, ponendo attenzione agli aspetti che hanno a che fare con l’aspetto identitario della questione. Non si tratta dunque di analizzare le teorie e i significati che ruotano attorno al consumo di psicofarmaci, quanto più le implicazioni di tale consumo sul senso di sé in termini di autonomia e/o dipendenza psicologica.

A. Posizioni nei confronti dello “psicofarmaco”: tra il desiderio di autonomia e il timore della sospensione

Una dimensione ricorrente all’interno delle interviste è quella rappresentata dal *continuum* “tra il desiderio di autonomia e il timore della sospensione” dello psicofarmaco. Ciò che spesso emerge dalle interviste è l’ambivalenza che le persone provano nei confronti dello psicofarmaco: se da una parte la maggior parte dei partecipanti alla ricerca riferisce di desiderare di poter sospendere l’assunzione di psicofarmaci nel futuro (polarità del “desiderio di autonomia”), dall’altra è presente il timore che tale sospensione possa causare nuove “ricadute” ed episodi di malessere, motivo per cui tale desiderio non si presenta quasi mai con il carattere di “urgenza”, ma al contrario, spesso come una possibilità remota (polarità del “timore della sospensione”).

1. “Vorrei stare bene senza, ma senza quello psicofarmaco come faccio?”

Strettamente connesso alle retoriche descritte sopra e al valore di “aiuto” attribuito allo psicofarmaco, in questo caso, oltre a sentirsi “*salvaguadata*” e “*protetta*” dal farmaco, la partecipante si dice “*turbata*” e preoccupata dalla propria “*dipendenza*” da tale sostanza “*esterna*” per poter stare bene. Se da una parte è chiaro il desiderio di interrompere il consumo di farmaci, V. appare estremamente preoccupata dalla possibilità di doverne fare a meno, in quanto non sembra fidarsi delle proprie capacità di far fronte alle avversità in maniera autonoma (“*senza quello psicofarmaco come faccio?*”; “*mi preoccupa come affronto le avversità del futuro*”; “*mi chiedo se è possibile svolgere una vita normale senza psicofarmaco*”).

*“Mi fa sentire salvaguadata sotto certi aspetti perché così anche se sono sotto stress non ho... non ho pensieri strani se lo prendo e quindi sicuramente **mi sento più protetta diciamo**. L’unica cosa che mi dispiace è essere... cioè non vorrei essere per tutta la vita dipendente da una pastiglia, cioè **vorrei stare bene senza dover assumere una pastiglia** ecco [...] cioè alla fine è solo una pastiglia però il fatto di **essere dipendente da una cosa esterna per stare bene mi turba** ecco perché se in un futuro dovessi dimenticare di prenderla? [...]. Quello che mi preoccupa è come affronto io le avversità, insomma, del futuro, no? Se... cioè se*

tutto va bene, calma piatta, non ci sono imprevisti né niente, potrei anche stare senza, però se c'è una difficoltà, una qualsiasi problematica che per me è fonte di stress, senza quello psicofarmaco come faccio? Mi chiedo...mi chiedo questo, cioè se è possibile insomma svolgere una vita normale senza psicofarmaco" (V.)

Da questo stralcio emerge il senso di dipendenza psicologica di V. dallo psicofarmaco e la mancanza di fiducia nelle proprie risorse, fino al punto di immaginare di non poter essere una buona madre senza l'assunzione del farmaco. La preoccupazione della partecipante emerge chiaramente nel momento in cui si proietta nel futuro, immaginando esiti infausti e avanzando ipotesi circa la propria incapacità di far fronte alle avversità in maniera "autonoma", al punto che la possibilità di stare nuovamente male ("andare di nuovo fuori di testa") sembra configurarsi addirittura come una colpa ("non me lo perdonerei").

*"Io spererei di interromperlo di nuovo perché comunque ho, cioè il mio sogno è sempre stato quello di mettere su famiglia e...non dico subito, però magari fra due-tre anni riuscire a interromperlo e non avere ripercussioni future, più che altro...cioè **se dovessi avere un figlio e dovessi andare di nuovo fuori di testa non me lo perdonerei**, cioè non voglio assolutamente che mio figlio mi veda in certe condizioni"* (V.)

2. "Ho bisogno di questo aiuto per stare bene"

Come si può notare in questo primo stralcio di testo, l'uso dello psicofarmaco assume per la partecipante un carattere di necessità: in questo posizionamento M. dichiara di aver "bisogno" del farmaco per poter stare bene. Ne consegue che la sospensione dello psicofarmaco si configura come una possibilità lontana, che, seppur desiderata, viene rimandata nel tempo. Lo psicofarmaco è per M. un supporto, un "aiuto", che la fa sentire tranquilla nell'affrontare la propria vita.

"[...] prendere i farmaci è un po' la cosa che me lo ricorda insomma, che mi ricorda che ho bisogno di questo aiuto per stare bene [...] Sicuramente mi piacerebbe riuscire ad arrivare a

un momento in cui non prendo più niente, credo che comunque ci vorrà un po' di tempo ecco perché...adesso mi sento abbastanza, cioè mi fanno sentire tranquilla insomma, i farmaci, e mi...sento che mi danno un aiuto, quindi non credo che sarà una cosa immediata o comunque a breve termine, però mi piacerebbe ecco arrivare ad un momento in cui i farmaci non sono più necessari e riesco a vivere la mia vita anche senza ecco”
(M.)

4.2.1.4 Discussione dei risultati

Le dimensioni rilevanti individuate a partire dalle narrazioni e dai dialoghi con le persone del gruppo di non consumatori di sostanze sono rappresentate da: “La malattia”; “Gli altri” e “Lo psicofarmaco”. Per ciascuna di queste dimensioni sono stati messi in luce i continuum discorsivi e le polarità semantiche all’interno dei quali sono stati rintracciati i vari posizionamenti, cercando di approfondire gli aspetti di comunanza e quelli di divergenza. In questo paragrafo verranno discussi i risultati emersi da tale analisi.

La prima dimensione lungo la quale si collocano i partecipanti del seguente gruppo è stata quella de “La malattia”. La prima dimensione semantica rintracciata all’interno di questa categoria è quella del “prima-dopo la malattia” che comprende i posizionamenti rappresentati dalle espressioni “*prima mi vedevo in un certo modo, dopo mi sono riscoperta più fragile*” e “*la malattia è stato un momento per capire che non potevo essere perfetta*”. Questi posizionamenti, **attraverso la dialettica tra i nuclei temporali rappresentati dalle polarità semantiche “prima” e “dopo”, permettono di comprendere le ricadute identitarie del processo di medicalizzazione sul senso di sé, e dunque i cambiamenti che le persone hanno avvertito rispetto al loro modo di percepire, pensare e parlare di sé nel momento in cui hanno aderito all’idea di essere “malate”, identificandosi con la diagnosi.**

Un’ulteriore dimensione semantica relativa alla malattia è “tra stranezza e ritorno alla normalità”, al cui interno i posizionamenti erano rappresentati dalle espressioni “*ero frammentata...dopo ritornavo normale*” e “*continuavo a perdere il contatto della realtà e a ritornare alla normalità*”. Anche in questa dimensione è stata rilevata una dialettica tra la “stranezza” e la “normalità”, due polarità attorno alle quali le persone costruiscono

narrativamente le proprie esperienze della “malattia”. **L’ideale della normalità emerge spesso in riferimento a diversi contesti e voci e svolge un ruolo importante nella definizione di sé, diventando metro di giudizio con cui valutare le esperienze inusuali di “frammentazione”, “allucinazioni”, “paranoie”; tuttavia, non viene mai esplicitato dalle persone cosa intendano per “normalità”.** Tale costrutto viene dunque dato per scontato, se ne parla in modo generico e la sua definizione rimane implicita. **L’idea di “normalità”, a cui si contrappone logicamente quella della “stranezza”, sembra venire ontologizzata: i criteri sulla base dei quali una persona può essere definita “normale” o al contrario “strana” o “folle” sembrano dunque essere implicitamente condivisi a livello socioculturale, e diventano il criterio di giudizio che le persone intervistate utilizzano per descrivere la propria esperienza.** Infatti, il linguaggio che utilizziamo ha la capacità di costruire le versioni della realtà che abitiamo, e, dimenticandoci che sono discorsivamente costruite, queste vengono reificate e considerate come realtà di fatto (Faccio e Salvini, 2006). Le persone si posizionano in relazioni ai discorsi messi disponibili dal proprio contesto, aderendovi o rigettandoli.

In linea generale, è emerso che **tutte le persone di questo gruppo sembrano identificarsi con la diagnosi ricevuta**, nonostante alcune compiano dei tentativi di “normalizzare” la propria condizione, ad esempio non nominando direttamente la “diagnosi” ma utilizzando delle perifrasi, come ad esempio *“la serie di meccanismi strani nella mia mente”*.

L’identificazione con la diagnosi avviene aderendo alla “realtà” che si è venuta a creare attraverso la reificazione del costrutto di “malattia mentale”: ecco allora che le persone parlano della propria “condizione” riferendosi ad essa come “malattia”, facendo uso del corollario di vocaboli psichiatrici che si riferiscono ai “sintomi”, e aderendo al discorso medico dello squilibrio chimico, a cui segue necessariamente l’intervento attraverso la terapia farmacologica, da cui effettivamente questo gruppo di persone sembra “dipendere” psicologicamente, come si vedrà in seguito.

La seconda dimensione è quella de “Gli altri”. La prima dimensione semantica è rappresentata da “tra la relazione come risorsa e la relazione come ostacolo”, che comprende i posizionamenti rappresentati dalle espressioni *“ho avuto una buona rete attorno”* e *“mia madre mette le etichette”*. **Alla dimensione degli “altri” fanno riferimento gli altri concreti e immaginati, la polifonia di voci che compare all’interno delle narrazioni, tra cui le voci rappresentate da costrutti come “la**

società”, “la diagnosi”, “la psichiatria”, rispetto alle quali la persona si posiziona ad esempio come figlio, amico, partner, collega o paziente. La relazione riveste un’importanza fondamentale, in quanto è attraverso l’interazione con gli altri, più o meno significativi, che emergono non solo i significati, ma anche il senso dell’identità personale. **La famiglia, così come il partner e il nucleo più intimo di amici, vengono descritti talvolta come una risorsa e un supporto, talvolta come un ostacolo, nel momento in cui la persona si è sentita “sola” e giudicata. Tuttavia, il pregiudizio e lo stigma vengono percepiti maggiormente a livello dell’ambiente di lavoro e della “società” in generale.**

Infatti, un’ulteriore dimensione semantica relativa agli altri è rappresentata da “tra occultamento e disvelamento di sé”, di cui fanno parte i posizionamenti rappresentati dalle espressioni “*non mi sono aperta con molte persone*” e “*sto cercando di sconfiggere questo taboo*”. **Nella maggior parte dei casi si è evidenziata la condivisione selettiva dell’informazione legata alla propria storia “clinica” e la costruzione di un’identità che potrebbe essere definita “nascosta” e “incompresa”: a parte i familiari stretti, il/la partner e pochi amici intimi, tale informazione viene occultata sull’ambiente di lavoro o con “gli altri” in generale per il peso delle normative e dello stigma percepiti. All’opposto invece, l’atteggiamento di disvelamento corrisponde al tentativo di un partecipante di rivendicare un’“identità alternativa” attraverso la costruzione di discorsi positivi per parlare di “salute mentale” e la sfida ai discorsi stigmatizzanti disponibili.** Questi risultati trova conferma in una ricerca condotta da Byrne e Swords (2015), nella quale gli autori si sono occupati di indagare le relazioni di potere che informano i discorsi sulla “malattia mentale” e come le persone che fanno parte dei Servizi di salute mentale costruiscano discorsivamente la propria identità a partire dai discorsi disponibili, aderendovi opponendovisi creandone di alternativi.

L’ultima dimensione analizzata è quella de “Lo psicofarmaco”, rappresentata dalla dimensione semantica “tra il desiderio di autonomia e il timore della sospensione”, di cui fanno parte i posizionamenti rappresentati dalle espressioni “*vorrei stare bene senza, ma senza quello psicofarmaco come faccio?*” e “*ho bisogno di questo aiuto per stare bene*”. **Ciò che spesso emerge è l’ambivalenza che le persone provano nei confronti dello psicofarmaco: pur desiderando sospendere l’assunzione di psicofarmaci in futuro, la maggior parte delle persone di questo gruppo concepisce il farmaco come una forza positiva e un aiuto e teme che la sospensione possa causare delle “ricadute”.**

Temendo di non riuscire a far fronte al proprio malessere in modo autonomo, emerge la “dipendenza psicologica” che si è venuta a creare dal farmaco. L’ambivalenza emerge anche perché, se da una parte lo psicofarmaco viene investito di significati positivi, dall’altra esso procura spesso effetti collaterali anche molto invalidanti e un senso di dipendenza che implica delle importanti ricadute identitarie, in quanto le persone che lo assumono temono di non poter condurre una vita “normale” al di fuori della sua assunzione. Questi risultati trovano conferma nelle ricerche di Davies-Berman e Pestello (2005) e di Thompson e colleghi (2019).

4.2.2 Analisi del posizionamento identitario: il gruppo di consumatori di sostanze

Le dimensioni rilevate dall'analisi delle interviste per il gruppo di partecipanti che presentano una storia di consumo di sostanze stupefacenti possono essere così suddivise:

1. Posizionamenti identitari nei confronti del “ricovero”
2. Posizionamenti identitari nei confronti della “diagnosi”
3. Posizionamenti identitari nei confronti della “medicalizzazione”

Anche in questo caso, per ciascuna di queste dimensioni si sono messe in luce le due polarità semantiche del *continuum* all'interno del quale possono essere rilevati i diversi posizionamenti.

Ciascuna dimensione verrà discussa in modo approfondito e verranno riportati, come esemplificazione, gli stralci ridotti di testo all'interno dei quali verranno evidenziati i posizionamenti e gli elementi narrativi significativi.

4.2.2.1 Posizionamenti identitari nei confronti del “ricovero”

La dimensione del “ricovero” è una dimensione molto significativa in quanto rappresenta il momento in cui è avvenuto il primo contatto con il Servizio per la Salute Mentale e segna dunque un momento di passaggio che ha delle profonde ricadute sul piano dell'identità personale. In questa categoria rientrano i discorsi dei partecipanti relativi agli avvenimenti che li hanno condotti in psichiatria, e dunque i posizionamenti relativi alla diagnosi, al discorso psichiatrico sulla “malattia mentale” e quelli relativi all'istituzione psichiatrica in generale.

In molti casi i partecipanti alla ricerca si sono opposti al ricovero e sono stati condotti in psichiatria a seguito di una “negoiazione” con i familiari o a seguito di un TSO. Nella maggior parte dei casi, infatti, le persone di questo gruppo ritengono che gli episodi di malessere fossero in qualche modo connessi al consumo di sostanze stupefacenti e non a presunti disturbi della sfera psichica.

A. Posizioni nei confronti del “ricovero”: tra opposizione e negoziazione

Per quanto concerne i posizionamenti assunti dalle persone in relazione alla dimensione del ricovero, nella maggior parte dei casi questi si collocano lungo il *continuum* rappresentato dalla polarità della netta “opposizione” da una parte e la polarità

della “negoiazione” dall’altra. Al primo polo appartengono le persone che si sono dichiarate apertamente contrarie al ricovero e che in alcuni casi sono state sottoposte a un TSO, mentre al polo opposto si trovano coloro che, a partire da una posizione di contrarietà, sono state in qualche modo convinte dai familiari a farsi ricoverare a seguito di “negoiazioni”.

1. “Non voglio sottostare al farmaco...ho solo bisogno di parlare”

In questo primo posizionamento, che si colloca lungo la polarità semantica della netta opposizione, la partecipante si dichiara fermamente contraria al ricovero, all’assunzione di psicofarmaci e sostiene piuttosto la necessità di dover “parlare” con qualcuno di ciò che le è successo.

Il TSO a cui M. è stata sottoposta viene vissuto in modo estremamente sofferto, e ciò emerge da affermazioni quali “*io sono stata tagliata*”, “*sono stata rovinata nelle mani di altre persone*”, con ripercussioni molto negative sul senso di identità personale, che appare qui “*mutilata*” e “*impoverita*” a seguito degli avvenimenti.

*“È poi, quando è arrivato il ricovero, che io sono stata tagliata.
[...] Perché io sono stata rovinata nelle mani di altre persone.
Se fosse stato per me, anche quando ero arrivata, io la prima cosa
che ho detto è stata “**Non voglio sottostare a farmaci, non voglio
stare sotto medicine!**”, poi **io comunque son sempre stata
contraria ai medicinali.** [...] Io gli dicevo «Guarda che sono
contraria, cioè in caso **io devo solo parlare, non devo prendere
farmaci o robe così**», perché **io avevo solo bisogno di parlare di
quello che mi era successo, capito?** Guarda che tenerti dentro
una roba del genere, cioè, ti ammazza... ti ammazza”. (M.)*

La partecipante si posiziona nei confronti di coloro che vogliono somministrarle dei farmaci assumendo una posizione di netta contrarietà (“*non voglio sottostare a farmaci!*”). Riportando all’interno della narrazione parti del discorso avvenuto con i medici, M. si posiziona ad un primo livello della storia opponendosi alla “voce” dell’istituzione psichiatrica che le prescrive il ricovero e la somministrazione di farmaci. La partecipante si posiziona poi anche ad un secondo livello, interagendo con l’intervistatrice, alla quale si rivolge direttamente attraverso la domanda “hai capito?”.

La volontà di M. di non sottostare al regime farmacologico viene violata: sottoposta ad un TSO e alla somministrazione di psicofarmaci contro la sua volontà, M. avverte sentimenti di perdita e di rovina. Le ripercussioni di questi avvenimenti sul senso di sé appaiono dunque essere estremamente negativi, al punto che anche in questo caso si può parlare di “sé peggiorato”.

2. “All’inizio ho detto di no, poi ho visto mia mamma piangere...”

In diversi casi, ad una prima fase di netta opposizione al ricovero segue un riposizionamento da parte della persona, sulla base di “negoziazioni” avvenute con i familiari.

In questo stralcio di narrazione questo slittamento di prospettiva appare in modo chiaro: se inizialmente il partecipante si oppone nettamente al trattamento psichiatrico, rifiutando la proposta di ricovero (“No”), a seguito di un dialogo con la madre, e dopo averla vista piangere, accetta tale proposta (“Va bene, rimango”). Alla prima richiesta di riposizionamento forzato da parte dell’istituzione psichiatrica il partecipante resiste opponendosi fermamente; tuttavia, tale posizionamento “di secondo ordine” avviene in un secondo momento sulla base di una richiesta “forzata” da parte della madre. Questo è un esempio di come il posizionamento risenta dei processi interattivi e delle pratiche discorsive a cui la persona prende parte.

*“Sono entrato in questo edificio e...e dopo mi hanno detto «Guarda devi rimanere qua due-tre giorni per dei controlli», robe così, e all’inizio ho detto «No», perché l’avevo capito in quell’istante che era una psichiatria perché vedevo gente un po’ strana che gironzolava. E da lì mi è partito proprio il nervoso, ero arrabbiatissimo e **all’inizio gli ho detto di no, poi ho parlato un po’ con mia mamma e l’ho vista piangere, allora gli ho detto «Va bene, rimango»**. E...son rimasto lì ed è successo di tutto e di più, gente che faceva cose strane.” (A.)*

All’interno della narrazione, oltre alla “voce” della “psichiatria” e a quella della madre, compare una terza “voce” rappresentata dall’insieme di “gente un po’ strana che gironzolava”. Qualificando queste persone con l’aggettivo “strane” e opponendosi al ricovero, il partecipante sembra reclamare la propria “normalità”.

4.2.2.2 Posizionamenti identitari nei confronti della “diagnosi”

A tale dimensione fanno riferimento i posizionamenti che i partecipanti assumono nei confronti della diagnosi psichiatrica. Poiché il senso di sé emerge all'interno della dimensione del discorso, è utile indagare ai fini della ricerca come le persone che ricevono una diagnosi di “malattia mentale” si posizionino rispetto a tale ruolo e ai relativi discorsi messi a disposizione dal contesto. Ciò consente di comprendere il grado di identificazione dei partecipanti con la diagnosi: questo dato può essere utile a comprendere se tale identificazione sia un elemento che incida sulla percezione di efficacia della terapia farmacologica e dunque sull'adesione al trattamento.

Harré e Langenhove (1991), analizzando le varie tipologie di posizionamento che occorrono all'interno del discorso di uno specifico contesto di ordine morale, hanno messo in luce come il posizionamento di sé possa essere forzato dall'esterno nel momento in cui ciò avviene all'interno di un contesto istituzionale investito del potere di emettere un giudizio di ordine morale sulla persona. La diagnosi, nel momento in cui viene emessa, richiede un ri-posizionamento forzato dell'individuo nei confronti del quale viene formulata, a cui esso può decidere di aderire o meno.

A. Posizioni nei confronti della “diagnosi”: tra disidentificazione e teorie alternative

Lungo questa dimensione si collocano diversi posizionamenti che ricorrono all'interno delle interviste. Alcune persone, infatti, si collocano lungo il *continuum* caratterizzato dalle due polarità semantiche della “disidentificazione” e delle “teorie alternative”. Della prima polarità fanno parte i posizionamenti attraverso i quali le persone cercano di rigettare la diagnosi e di “normalizzare” la loro “condizione”. Per quanto riguarda la seconda polarità, invece, vi fanno riferimento quei posizionamenti attraverso i quali le persone contrappongono alla diagnosi le teorie personali relative alle cause dell'insorgenza del malessere. Nella maggior parte dei casi, infatti, le persone credono che il malessere sia insorto a seguito del consumo di sostanze stupefacenti.

1. “Io non mi identifico in niente”

Con questo posizionamento emergono i tentativi di “disidentificazione” e normalizzazione che la persona compie nei confronti della diagnosi in generale, e del “disturbo bipolare” in particolare. Come si può notare nello stralcio che segue, nella prima parte sembra esserci una identificazione con la “malattia” (“*io le ho avute tutte: depresso, bipolare...*”), dopodiché il partecipante prende le distanze da queste diagnosi definendole “*aggettivi che non ti identificano*”, e subito dopo emerge la netta contrapposizione e la non accettazione di tali categorie diagnostiche, attraverso la dichiarazione “*io non mi identifico in niente*”. Segue un tentativo di “normalizzare” il disturbo bipolare attraverso l’affermazione “*lo chiamerei più una cosa che hanno tutti, è essere lunatici*”, espressione con cui la persona riqualifica il “disturbo bipolare” come “essere lunatici”. Poiché, a differenza del “disturbo bipolare”, “essere lunatici” non è una “malattia mentale” ma una caratteristica che secondo il partecipante tutti possiedono in proporzioni variabili (“*è cosa che hanno tutti*”), D. assume una posizione meno stigmatizzante, includendosi all’interno della “totalità della società”.

“[...] Io sono partito da essere ipocondriaco, cioè avere paura delle malattie, a poi avere problemi di derealizzazione, essere bipo...cioè io le ho avute tutte: depresso, bipolare...poi sono tutti nomi, cioè nomi...aggettivi che non ti identificano, cioè io non mi identifico in niente. Forse quello che mi azzecca di più è il disturbo bipolare perché comunque ho sbalzi di umore abbastanza frequenti...magari c’ho il periodo che son giù, ma quello però lo chiamerei più una cosa che hanno tutti, è essere lunatici. Dopo chiaramente ci sono gradi e gradi... uno può essere lunatico fino a un certo punto mentre un altro può essere molto lunatico e quindi viene detto bipolare” (D.)

Se le diagnosi di “depresso” o “bipolare” sono nomi, aggettivi che non identificano la persona che le riceve, ne consegue un immediato ridimensionamento della loro incisività nella ri-definizione di sé. Riconoscendo il loro carattere concettuale e dunque convenzionale, e rifiutando la loro reificazione, la diagnosi appare depotenziata nella sua capacità di incidere negativamente sull’identità di chi la riceve.

2. “Stavo impazzendo perché continuavo a fumare”

Questo tipo di posizionamento è frequente all'interno delle narrazioni del gruppo di persone con storia di consumo di sostanze, le quali in molti casi ritengono che il “malessere” sia comparso in concomitanza al consumo di sostanze stupefacenti. La teoria di questi partecipanti è quella per cui il malessere che hanno manifestato non consisterebbe in una “malattia” ma in un’alterazione causata dal consumo di tali sostanze. La disidentificazione con la “malattia mentale” appare qui totale. È interessante notare come la descrizione di A. risuoni con i discorsi medici e pubblici che mettono in evidenza il ruolo delle sostanze nello sviluppo della “psicosi”. Infatti, A. utilizza la metafora della follia, nello specifico usa l’espressione “impazzire”. Tuttavia, nonostante utilizzi l’espressione “impazzire”, il partecipante sembra comprendere che la sua esperienza non è dovuta ad una “psicopatologia” interna, ma ad una temporanea alterazione del suo stato di coscienza.

“Praticamente mi ci hanno portato mia mamma e mio fratello, perché hanno visto che stavo impazzendo perché continuavo a fumare, a ricevere minacce online, robe così” (A.)

Nello stralcio che segue un altro partecipante si oppone alla diagnosi di “malattia” formulata dallo psichiatra, rigettandola attivamente e decidendo di ad auto-gestire la terapia farmacologica sulla base delle teorie personali.

“Ho interrotto (la terapia), sia perché volevo farcela da solo ma anche perché ero convinto appunto che non fosse una malattia ma una conseguenza dell’assunzione di quelle sostanze, e quindi monitorando la cosa dici «Ok, sto bene» oppure «Voglio stare bene e voglio che sia io a controllare il mio cervello e non un farmaco»” (D.)

Anche in questo esempio, come già evidenziato in precedenza, sembra di fondamentale importanza per il partecipante non “dipendere” da un farmaco per trovare il benessere personale, ma al contrario far fronte in modo autonomo al malessere, preservando il proprio senso di auto-efficacia e di controllo.

4.2.2.3 Posizionamenti identitari nei confronti della “medicalizzazione”

Questa dimensione include i posizionamenti che i partecipanti hanno assunto in riferimento alla terapia farmacologica. Come si è visto anche in precedenza, il momento in cui la persona inizia ad assumere psicofarmaci rappresenta una cesura, un momento di passaggio tra un “sé non medicalizzato” e un “sé medicalizzato” (Davies-Berman e Pestello, 2005): assumere psicofarmaci ha dunque un impatto estremamente significativo sul senso di identità personale.

A questa dimensione fanno riferimento i posizionamenti relativi all’esperienza di assunzione degli psicofarmaci e all’effetto di questi sul senso di identità personale.

A. Posizioni nei confronti della “medicalizzazione”: tra la contrarietà allo psicofarmaco e il ricorso ad alternative

In questa prima dimensione dell’essere medicalizzato possono essere individuati numerosi posizionamenti lungo il *continuum* “contrarietà allo psicofarmaco-ricorso ad alternative”. Lungo la prima polarità semantica si collocano i posizionamenti dei partecipanti che si dichiarano nettamente contrari all’assunzione di psicofarmaci, mentre al polo opposto compaiono i posizionamenti di coloro che fanno o vorrebbero fare ricorso ad alternative non farmacologiche.

Un dato importante è che la maggior parte dei partecipanti alla ricerca si dichiara apertamente contraria all’assunzione di psicofarmaci. Come emerso dai risultati dell’analisi del contenuto, i motivi di tale contrarietà sono vari, tra cui la volontà di “farcela da soli”, la credenza di non essere “malati”, la percezione di inefficacia del farmaco, la paura della dipendenza e gli effetti collaterali. Si è voluto qui indagare il rapporto dei partecipanti con lo psicofarmaco per mettere in luce ulteriori aspetti della questione.

Rispetto alle “alternative farmacologiche”, diversi partecipanti alla ricerca esprimono il loro bisogno di “parlare con qualcuno”, di intraprendere un percorso psicologico come alternativa alla terapia farmacologica e solo un partecipante dichiara di fare attualmente uso di marijuana a “scopo terapeutico”.

1. “Sono contrario agli psicofarmaci”

Questo è il posizionamento che ricorre più frequentemente all'interno delle interviste. Attraverso la retorica “*sono contrario agli psicofarmaci*”, quasi la totalità dei partecipanti di questo gruppo si dichiara apertamente contraria al trattamento farmacologico.

*“Io a dirti sinceramente la verità **son sempre stato contrario agli psicofarmaci**” (P.)*

In alcuni casi vengono avanzate delle proposte alternative alla terapia farmacologica e diverse sono le persone che affermano di avvertire il bisogno di parlare con qualcuno, dato che il Servizio Psichiatrico dal quale sono prese in carico non prevede alcun tipo di percorso psicologico e il trattamento si riduce spesso alla sola somministrazione di psicofarmaci.

*“E poi **io sono abbastanza contro i farmaci**, mi dà fastidio prenderli. Perché c'è questa convinzione che solo il farmaco aiuti...e anche il parlare, però **il parlare viene un po' sottovalutato**” (D.)*

2. “Mi curo con la marijuana”

Strettamente connesso al primo posizionamento, e dunque alle retoriche relative alla contrarietà agli psicofarmaci, in questo posizionamento R. racconta di aver fatto ricorso a delle modalità alternative di “cura” per la “depressione” e di “*curarsi con la marijuana*”, oltre ad assumere gli psicofarmaci.

*“Sono contrario a tutti i tipi di farmaci perché io per curare la mia depressione [...] me la curavo con la marijuana. Quindi, la sera, quando era ora di andare a dormire...io la sera lavoravo, facevo un lavoro part-time, vivevo a dieci chilometri da qua, da mia mamma...andavo su, portavo il cane un'ora o due, andavo al lavoro, **tornavo a casa in depressione, mi fumavo una cannetta e andavo a dormire. E repeat. Per tutto il periodo, finché la depressione è andata via, perché comunque la depressione è uno stato d'animo che passa... Prima o poi**” (R.)*

È interessante notare come anche in questo caso vi sia un tentativo di normalizzare la condizione di “depresso”. Se in prima battuta R. adotta un lessico medicalizzante (“curare”, “depressione”), riferendosi alla “depressione” addirittura con il pronome possessivo “mia”, in seguito essa viene definita “*uno stato d’animo che passa*”, e la sua gravità sembra venire ridimensionata.

B. Posizioni nei confronti della “medicalizzazione”: tra il senso di dipendenza e il desiderio di autonomia

In questa dimensione dell’“essere medicalizzato”, i partecipanti si collocano lungo un continuum le cui polarità possono essere rappresentate dal “senso di dipendenza” da una parte e dal “desiderio di autonomia” dall’altra.

Il senso di dipendenza dal farmaco è una sensazione che ricorre spesso nei racconti dei partecipanti ed è strettamente connesso alla percezione di perdita di controllo su di sé. Questo aspetto incide in modo significativo sul senso di auto-efficacia delle persone, in quanto la loro indipendenza viene profondamente minata. Il desiderio di recuperare la propria “autonomia”, facendo fronte in modo autonomo al malessere senza dover “dipendere” dagli psicofarmaci, ricorre spesso all’interno delle narrazioni.

1. “Non sono me stesso totalmente”

Questo è un posizionamento che ricorre in diverse interviste ed esprime la percezione di perdita di controllo di sé: il farmaco viene percepito come qualcosa di “esterno”, una “*cosa inserita*” nel corpo che ha il potere di modificare il modo in cui la persona si percepisce. Il timore di subire “*cambiamenti innaturali*” esprime il timore dell’inautenticità (“*non sono me stesso totalmente*”), di cambiamenti che distanziano la persona dal proprio sé, facendole perdere pezzi di identità.

*“Inizialmente avevo sì...paura, forse un po' ancora, sì un po', di qualche cambiamento innaturale, che non è parte del...automatica, ma è una cosa inserita, un minimo c'è quella cosa di dire **non sono comunque me stesso totalmente, ma c'è una parte di aiuto**”*

Strettamente connesso a questo posizionamento è lo stralcio che segue. Con questo posizionamento il partecipante esprime il senso di dipendenza che la somministrazione della terapia in Depot gli provoca. La retorica “*io non sono pulito*” è un’espressione che tipicamente viene utilizzata nel contesto del consumo di sostanze stupefacenti, e che viene qui utilizzato in riferimento allo psicofarmaco in accezione negativa, riferendosi ad esso come ad una “droga” che intossica il corpo.

*“Io già adesso ho cominciato la Depot. Ho già fatto la prima e la seconda dose. E già il fatto che per un tot di anni tu devi farti una puntura nel culo di terapia, **io non sono pulito**. Anche se la mattina io non ho più la mia boccetta, comunque, devo venire qua una volta al mese e farmi sparare una dose di farmaci” (R.)*

2. “Ce la devo fare senza”

Questo è un posizionamento ricorrente all’interno delle interviste ed esprime il desiderio delle persone di “*farcela da soli*”, ossia di interrompere il consumo di psicofarmaci e di far fronte alla situazione in modo “autonomo”, riacquisendo il senso di auto-efficacia spesso perduto.

*“Io vorrei che in un futuro si abbassassero piano piano e si finisse e che...cioè io sono uno che pensa tanto e quindi vorrei trovare un modo di dire “**Ce la devo fare senza**”, cioè lo penso spesso io questa cosa qua e mi viene in mente, “**Cavolo, devo trovare un modo, o che sia lo sport, o che sia qualcosa, per non essere solo sotto i farmaci**”, cioè **senza dover continuare ad assumere farmaci per star bene**”. (D.)*

C. Posizioni nei confronti della “medicalizzazione”: tra sentimenti di perdita e speranze di recupero

In questa seconda dimensione della categoria della “medicalizzazione” diversi partecipanti si collocano lungo il *continuum* costituito da due polarità che possono essere definite come “sentimenti di perdita” e “speranze di recupero”. Della prima polarità fanno

parte i posizionamenti di coloro che, a seguito del processo di medicalizzazione, hanno esperito una sensazione di impoverimento e di perdita nel senso di sé. I cambiamenti causati dal farmaco, percepiti a livello emotivo e cognitivo, hanno per alcuni individui un impatto molto significativo ed invalidante. Al secondo polo fanno riferimento i discorsi e i posizionamenti che riguardano le speranze di poter recuperare in futuro ciò che si ha perso.

1. “Io mi guardo allo specchio e non so chi sono...”

Con questo posizionamento relativo alla polarità semantica dei “sentimenti di perdita”, emergono in modo evidente le ricadute negative che la somministrazione dello psicofarmaco contro la volontà della partecipante ha comportato sul suo senso di identità personale. In particolare, emerge il senso di “perdita” di importanti parti di sé: in primo luogo cambia il modo di pensarsi e di percepirsi. La personalità viene avvertita come “diversa”, “soppressa”, “annullata”: il senso di soppressione e di annullamento appaiono comprensibili se si considera che M. è stata sottoposta a un TSO e alla somministrazione coatta di psicofarmaci, nonostante si sia sempre dichiarata contraria al ricovero e all’assunzione di farmaci.

*“È cambiata la mia visione, perché io, **la prima cosa che a me non è piaciuta è come ho iniziato a pensare, perché mi sentivo doppia, capito? Mi sentivo doppia, e soprattutto anche ehm...poi, capito che assumere delle cose contro voglia...tu sei contro una cosa e te la fanno fare, cioè internamente cambi, ti stringe, cambi perché tu stai facendo una cosa contro la tua volontà. Ho iniziato...ehm...mi son sentita una personalità...diversa...una personalità soppressa, una personalità annullata, una personalità non...non quella che ero prima. È difficile, è difficile convivere con una persona... Tu ti vedi allo specchio e ti riconosci come persona, no? Tu sai chi sei...Io ero così, mi conoscevo in tutti i dettagli. Adesso io mi guardo allo specchio e non so chi sono. Cioè capisci che cos’è...cioè, è come morire ogni giorno”** (M.)*

Il processo di “medicalizzazione del sé” e le conseguenze che questo comporta esercitano un peso molto grave sul senso di identità personale, a maggior ragione se questo avviene contro la volontà personale. Come scrivono Davis-Berman e Pestello (2005):

“Riflettiamo su noi stessi e abbiamo valori che sono centrali nella nostra concezione di noi stessi. Se il proprio impegno centrale verso sé stessi viene violato, si può arrivare a sentirsi non autentici. In questa circostanza, la persona può sentirsi lontana dal sé desiderato, creando un "sé innaturale"”.¹³

In linea con ciò che affermano gli autori, a seguito al ricovero in regime di TSO e alla somministrazione forzata dei farmaci, muta la percezione che M. ha di sé: poiché l’impegno centrale di M. verso sé stessa viene violato, emergono sentimenti di estraneità (“*cambi perché tu stai facendo una cosa contro la tua volontà*”). Lo sconvolgimento è così forte che emerge uno sconfinato senso di alienazione: M. dichiara di sentirsi “doppia”, di avere la sensazione di convivere “con un’altra persona”, di guardarsi allo specchio senza potersi riconoscere. Il dolore per la perdita di sé è così grande che la sensazione di morte, ovvero l’annullamento di sé per eccellenza, è costante (“*è come morire ogni giorno*”) e la disperazione totale.

2. “Spero di tornare come ero prima”

In continuità con il posizionamento precedente, seppur con diverse tonalità emotive, in questa narrazione emerge il senso di perdita di importanti parti di sé che il partecipante avverte a seguito del ricovero (“*ci sono delle cose che penso di aver perso*”). Tuttavia, permane la speranza di poter recuperare ciò che è stato “perso” e di “*ritornare come prima*”.

“Ma io ovviamente spero di...di ritornare come prima del ricovero, insomma prima di tutte queste dinamiche. E...ci sono comunque delle cose che penso di aver tra virgolette perso...e forse anche senza virgolette, e quindi non sono in grado ad oggi di poterti dire se effettivamente posso tornare al 100% come prima che mi succedessero queste varie cose” (D.)

¹³ Traduzione mia

4.2.2.4 Discussione dei risultati

Le dimensioni rilevanti individuate a partire dalle narrazioni e dai dialoghi con le persone del gruppo di consumatori di sostanze sono rappresentate da: “Il ricovero”; “La diagnosi” e “La medicalizzazione”. Per ciascuna di queste dimensioni sono stati messi in luce i continuum discorsivi e le polarità semantiche all’interno dei quali sono stati rintracciati i vari posizionamenti identitari, cercando di approfondire gli aspetti di comunanza e quelli di divergenza. In questo paragrafo verranno discussi i risultati emersi da tale analisi.

La prima dimensione considerata è stata quella de “Il ricovero”. La dimensione semantica rintracciata all’interno di questa categoria è “tra opposizione e negoziazione” che comprende i posizionamenti rappresentati dalle espressioni “*non voglio sottostare al farmaco...ho solo bisogno di parlare*” e “*all’inizio ho detto di no, poi ho visto mia mamma piangere*”. In diversi casi i partecipanti si sono opposti fermamente al ricovero o l’hanno accettato solo a seguito delle “negoziazioni” avvenute con la famiglia”. **La difficoltà ad accettare il ricovero con tutte le implicazioni che ne conseguono potrebbe essere motivato dal fatto che la maggior parte delle persone di questo gruppo ritengono che gli episodi di malessere fossero connessi al consumo di sostanze stupefacenti, piuttosto che ad un presunto disturbo psichiatrico.** Infatti, tutte le persone intervistate facevano uso di sostanze stupefacenti al momento del ricovero e sembrano giustificare l’alterazione del loro stato di coscienza come episodi transitori dovuti all’uso di sostanze, piuttosto che ad una psicopatologia come la “psicosi”.

La seconda dimensione rilevata è stata quella de “La diagnosi”. La dimensione semantica rintracciata è stata “tra disidentificazione e teorie alternative”, di cui fanno parte i posizionamenti rappresentati dalle espressioni “*io non mi identifico in niente*” e “*stavo impazzendo perché continuavo a fumare*”. In questa dimensione sono stati individuati i posizionamenti dei partecipanti nei confronti della diagnosi di “malattia mentale” e dunque il grado di identificazione con essa. **Sono stati rilevati dei tentativi di disidentificazione con la diagnosi e di “normalizzazione” della propria condizione, così come l’interpretazione delle “cause” del malessere attraverso teorie personali. In quest’ultimo caso, la teoria più comune è stata quella secondo la quale il malessere sia insorto come una conseguenza del consumo di sostanze.** In generale, si può affermare **che la quasi totalità delle persone di questo gruppo non si identifica con la diagnosi ricevuta, o si impegna a disidentificarsi attivamente da essa attraverso la**

costruzione di retoriche “normalizzanti” e non stigmatizzanti per parlare della propria condizione (es. “*essere bipolari è più una cosa che hanno tutti, è essere lunatici*”).

La terza e ultima dimensione rilevata è quella de “La medicalizzazione”. La prima dimensione semantica rintracciata è “tra la contrarietà allo psicofarmaco e il ricorso ad alternative”, di cui fanno parte i posizionamenti rappresentati dalle espressioni “*sono contrario agli psicofarmaci*” e “*mi curo con la marijuana*”. Uno dei dati più rilevanti emersi dalla ricerca è che **la quasi totalità delle persone che fanno parte del gruppo di consumatori di sostanze si dichiara contraria all’assunzione di psicofarmaci**. Questo risultato trova riscontro in alcune ricerche presenti in letteratura, le quali evidenziano l’alta percentuale di refrattarietà allo psicofarmaco da parte di persone che hanno ricevuto una diagnosi di “psicosi” e che fanno uso di sostanze (Asher et al., 2010; Bowers et al., 1990).

In alcuni casi, certe persone fanno o vorrebbero fare ricorso a modalità alternative di “cura”, come il consumo di marijuana a scopo terapeutico o la psicoterapia. Le ragioni della contrarietà agli psicofarmaci sono varie e riguardano, ad esempio, la percezione di inefficacia del farmaco, la credenza di non essere “malati”, gli effetti collaterali, la paura della dipendenza e la volontà di far fronte al malessere in modo autonomo. A conferma di ciò, queste motivazioni sono state evidenziate in letteratura come le ragioni principali per cui nella maggior parte dei casi le persone operano delle variazioni o sospensioni della terapia (Carrick et al., 2004; Davis-Bermann e Pestello, 2005; Gray et al., 2004; Hagen et al., 2010; Malpass et al., 2009; Rettenbacher et al., 2004; Usher, 2001).

La contrarietà ai farmaci trova una delle sue ragioni nella seconda dimensione semantica rilevata: “tra il senso di dipendenza e il desiderio di autonomia”, di cui fanno parte i posizionamenti rappresentati dalle espressioni “*non sono me stesso totalmente*” e “*ce la devo fare senza*”. **Per diverse persone, infatti, assumere lo psicofarmaco significa “dipendere” da un elemento “esterno” e dunque perdere il controllo di sé: per far fronte a questi sentimenti di perdita e riacquistare il senso della propria auto-efficacia, è importante per queste persone impegnarsi ad interrompere l’assunzione di psicofarmaci e far fronte al malessere in modo autonomo. Una retorica molto ricorrente è “ce la devo fare senza”**. Il senso di perdita di controllo e di autonomia sono tra le ragioni di disagio più diffuse in chi assume una terapia psicofarmacologica (Davies-Bermann e Pestello, 2005; Hagen et al., 2010; Malpass et al., 2009).

La terza dimensione semantica rilevata è “tra sentimenti di perdita e speranze di recupero”, la quale comprende i posizionamenti rappresentati dalle espressioni “*io mi guardo allo specchio e non so chi sono*” e “*spero di tornare come ero prima*”. **L’impatto del processo di medicalizzazione sul senso di identità personale è stato in alcuni casi molto pesante ed invalidante. Mentre diverse persone condividono la sensazione di “perdita” di importanti aspetti della propria personalità a seguito della psichiatrizzazione e dell’assunzione di farmaci, alcuni conservano la speranza di poter recuperare tali parti di sé, mentre altri si mostrano totalmente disperati.** Si è già messo in luce come il processo di “medicalizzazione” può avere delle ricadute importanti sul senso di identità personale, e causare una sensazione di “peggioramento” di sé (paragrafo 4.1.3.1).

4.3 DISCUSSIONE GENERALE DEI RISULTATI

Nel presente paragrafo si affronterà la discussione generale dei risultati sulla base degli obiettivi di ricerca, tenendo conto degli elementi di somiglianza e di divergenza emersi tra i due gruppi di partecipanti dall'analisi del contenuto e del posizionamento.

Riassumendo, il primo risultato rilevante è sorto dall'analisi delle narrazioni in merito al primo contatto con i Servizi per la Salute Mentale: analizzando le ragioni che, secondo i partecipanti, li hanno condotti al ricovero, è emerso dall'analisi del contenuto che il *focus* del “problema” è opposto tra i due gruppi. **Per il gruppo di non consumatori di sostanze, infatti, il *focus* sembra essere “interno”, in quanto la causa del ricovero viene ricondotta alla “malattia” o ad un malessere di natura “personale”, come la “depressione” e la “psicosi”; al contrario, nel gruppo di consumatori di sostanze, il *focus* del problema appare nella quasi totalità dei casi essere “esterno”, in quanto i partecipanti, anziché imputare l'insorgenza del malessere ad una presunta psicopatologia, evidenziano il ruolo svolto dal consumo di sostanze stupefacenti nella manifestazione di sintomi “psicotici” durante stati di alterazione di coscienza.**

Questo risultato ha trovato delle conferme attraverso l'analisi del posizionamento, in quanto è emerso che, **nella maggioranza dei casi, le persone del gruppo di consumatori di sostanze si sono opposte al ricovero o l'hanno accettato solo a seguito di negoziazioni con i familiari, o perché obbligati. Il motivo dell'opposizione al ricovero è motivato dalla convinzione che gli episodi di malessere per i quali sono giunti all'osservazione psichiatrica siano connessi al consumo di sostanze stupefacenti e non ad un disturbo psichiatrico quale la “psicosi”.** Questo risultato mostra come, sebbene alcune persone ricorrano ad espressioni quali “stavo impazzendo” per riferirsi a particolari stati di alterazione di coscienza dovuti al consumo di sostanze stupefacenti, **esse sono consapevoli che le “ideazioni paranoidi” o le “allucinazioni” sono dovute al consumo di sostanze, e non ad una psicopatologia “interna”.**

Coerentemente alle differenze osservate tra i due gruppi in riferimento al primo punto, è stata rilevata una divergenza importante rispetto ai significati attribuiti ai farmaci, in termini di utilità e benefici: **mentre la totalità dei partecipanti del gruppo di non consumatori aderisce al trattamento considerando il farmaco come una fonte di aiuto e di benessere per far fronte alla propria “malattia” (focus interno), la quasi totalità dei partecipanti del gruppo di consumatori di sostanze si dichiara contraria all'assunzione di psicofarmaci, in quanto, secondo loro, il problema non risiede in**

una “malattia” che deve essere curata, ma nel consumo di sostanze (*focus* esterno).

Questi risultati sono emersi sia attraverso l’analisi del contenuto, che ha consentito di mettere in luce i significati attribuiti al farmaco, sia attraverso l’analisi del posizionamento, che ha consentito di osservare come i partecipanti si posizionassero nei confronti della terapia farmacologica.

Dall’analisi del contenuto è infatti emerso che i significati attribuiti al farmaco da parte del gruppo di non consumatori sono generalmente positivi, e che nella maggior parte dei casi i benefici ricavati dai farmaci sembrano superare gli effetti negativi, come ad esempio gli effetti collaterali, il senso di dipendenza e il senso di “peggioramento” di sé, configurandosi quindi come l’“opzione meno peggiore” (Morant et al., 2017).

Al contrario, i significati attribuiti al farmaco da parte del gruppo di consumatori sono, nella maggior parte dei casi, essenzialmente negativi; inoltre, diversi partecipanti dichiarano addirittura di temere i farmaci. Le ragioni della contrarietà e del timore risiedono, ad esempio, nella credenza di non averne bisogno, nella mancanza di benefici percepiti, nella paura della dipendenza e della perdita di autonomia, negli effetti collaterali esercitati dal farmaco.

Ad un primo impatto questo risultato, se preso singolarmente, potrebbe sorprendere, in quanto ci si potrebbe chiedere perché mai delle persone che nella propria vita hanno fatto uso di sostanze stupefacenti dichiarino di essere contrarie ai farmaci e addirittura di temerli. Tuttavia, ad un’analisi più approfondita, tale risultato appare giustificabile per almeno due ordini di motivi: il primo, consiste nella mancanza di identificazione con la diagnosi, il secondo è insito al modo di intendere il consumo di sostanze secondo il costrutto di tossicofilia. In primo luogo, infatti, come messo in luce da Karp (1993), prima di accettare la possibilità di assumere psicofarmaci è necessario aderire ad una diagnosi. Riconoscere l’utilità del farmaco per far fronte al malessere personale presuppone l’identificazione con la diagnosi e la reinterpretazione del proprio malessere secondo la teoria psichiatrica dello squilibrio biochimico, e dunque la condivisione di una prospettiva comune con lo psichiatra. Da questo processo di “socializzazione” deriva l’adesione al ruolo di “malato mentale”, a cui segue l’avvio di una “carriera” come paziente psichiatrico (Goffman, 1961). Tuttavia, come si vedrà in seguito, questa identificazione non avviene per la maggioranza dei partecipanti di questo gruppo. In secondo luogo, il particolare rapporto che il consumatore costruisce intenzionalmente con una determinata sostanza stupefacente, e gli effetti di ordine simbolico, espressivo e identitario che ne derivano, sono insostituibili: non è ammissibile pensare che una sostanza possa essere

sostituita con un'altra, come ad esempio un farmaco, per lo più imposto dallo psichiatra senza la condivisione di un progetto comune.

Per comprendere le ragioni dei significati attribuiti ai farmaci è necessario analizzare il grado in cui la persona si identifica con la diagnosi: attraverso l'analisi del posizionamento si è allora cercato di comprendere come i partecipanti si posizionassero rispetto al ruolo di "malato mentale" e rispetto alla diagnosi.

A conferma di quanto è stato sopra esposto, **dai risultati di tale analisi è emerso che la totalità delle persone del gruppo di non consumatori di sostanze sembra identificarsi con la diagnosi, mentre i partecipanti del gruppo di consumatori di sostanze, nella maggioranza dei casi, non si identificano con la diagnosi. Le persone del secondo gruppo, infatti, o ritengono che l'insorgenza del proprio malessere sia legata al consumo di sostanze, oppure operano dei tentativi di disidentificazione e di "normalizzazione" della propria condizione.**

Questo risultato invita a riflettere su una questione centrale, la quale ha profonde implicazioni in termini di operatività dei Servizi, e che riguarda l'asimmetria tra la posizione di potere rivestita dello psichiatra e la subordinazione di quella dell'utente. Nel momento in cui le "autorità" del sistema psichiatrico emettono una diagnosi, e dunque decretano lo stato di "anormalità", la persona si ritrova di fronte ad una richiesta forzata di posizionamento, a cui può decidere di aderire o meno (Harré e Van Langenhove, 1991). Qualora la persona assuma su di sé la condizione di "psicotico" aderendo alla diagnosi, ne deriva che il sé "danneggiato" necessita di un intervento esterno per funzionare, quale lo psicofarmaco. È in questo contesto interattivo che prende avvio il processo di "medicalizzazione del sé" che segna una cesura tra un "sé non medicalizzato" e un "sé medicalizzato" e pone le basi per la costruzione di un "identità psicotica". Questo processo di "socializzazione" può avere buon esito solo nel momento in cui la diagnosi di "psicosi" emessa dallo psichiatra combaci con il *focus* interno del problema dell'utente: identificandosi con la diagnosi, il paziente legittima l'intervento attraverso gli psicofarmaci. **Questa identificazione con la diagnosi di "psicosi", e, di conseguenza, l'adesione alle prescrizioni psicofarmacologiche, non avviene nel momento in cui l'utente con storia di consumo di sostanze ritiene che il *focus* del problema non risieda "dentro di sé", come nel caso della psicosi, bensì in qualcosa di "esterno" a sé, ovvero il consumo di sostanze. Il problema che si pone riguarda quindi la mancanza di legittimazione del punto di vista dell'utente che giunge all'osservazione**

psichiatrica riconoscendo come prioritario per sé il problema del consumo di sostanze, in quanto lo psichiatra, ignorando la prospettiva dell'utente, reinterpreta tale malessere attraverso la propria lente diagnostica, stabilendo che esso non risiede nel consumo di "droga", ma nella "psicosi", senza considerare il ruolo rivestito dalle sostanze nel promuovere stati alterati di coscienza.

Questo "scollamento" tra i significati attribuiti al malessere, e l'individuazione della "causa" del problema, da parte dell'utente dello psichiatra, fa sì che i consumatori di sostanze non accolgano il farmaco antipsicotico come soluzione percorribile, ma al contrario, come un ostacolo ulteriore alla risoluzione del loro problema. **Infatti, la quasi totalità delle persone appartenenti a questo gruppo, in linea con la disidentificazione dalla diagnosi e i significati tendenzialmente negativi attribuiti allo psicofarmaco, dichiara di desiderare di interrompere presto l'assunzione e di ripristinare la propria "autonomia". Una retorica che ricorre spesso nelle narrazioni di questo gruppo di partecipanti, infatti, è "devo farcela da solo", dunque sia senza il consumo di sostanze stupefacenti, sia senza il ricorso agli psicofarmaci.** Il servizio psichiatrico, anziché fornire delle alternative al consumo di sostanze condividendo lo stesso sguardo dell'utente rispetto al problema, configura il suo malessere in modo completamente differente, fornendo come soluzione l'assunzione di un'altra sostanza, ossia il farmaco antipsicotico. Paradossalmente, anziché ampliare la gamma delle possibilità rispetto ai ruoli del consumatore di sostanze per generare cambiamento, ad esempio aiutandolo ad attuare il desiderio di "farcela da solo", il Servizio offre una "cura" basata sulla dipendenza da un altro tipo di sostanza, ossia il farmaco. Questa possibilità, anziché generare cambiamento, si dimostra problematica per almeno due ragioni: in primo luogo, perché mantiene una forma di "dipendenza" da una sostanza esterna per stare bene, e in secondo luogo perché non considera la prospettiva della persona che si rivolge ai servizi.

L'idea di dover assumere degli psicofarmaci per far fronte alla propria condizione di "malato", a maggior ragione se la diagnosi ricevuta è invalidante come quella di "psicosi" e la prospettiva di assunzione del farmaco è a lungo termine, comporta inevitabilmente dei cambiamenti nel modo in cui la persona pensa, conosce e parla di sé: un nuovo senso di sé emerge. **Infatti, un risultato che è affiorato dall'analisi delle narrazioni del gruppo di persone non consumatrici di sostanze è quello dell'ambivalenza nei confronti dello psicofarmaco:** nonostante dichiarino di ricavare effetti positivi dal farmaco, queste persone non sono esenti dallo sperimentare gli effetti negativi, e,

nonostante i benefici dichiarati, la maggior parte di esse ha almeno una volta apportato delle variazioni alla terapia senza consultare il parere del medico; inoltre, l'ambivalenza si manifesta in quanto essi dichiarano da una parte di desiderare di diminuire o sospendere in futuro l'assunzione, dall'altra di temere di "non riuscire a farcela da soli". Attribuendo al farmaco un grande potere di aiuto e una forza positiva che migliora le loro condizioni di benessere, diverse persone affermano di "avere bisogno" del farmaco per stare bene e di temere delle "ricadute" nel momento in cui dovessero sospenderlo. Questo timore nasce sia sulla base di esperienze passate, quando le persone hanno messo in atto delle brusche sospensioni e sono tornate a stare male, sia sulla base della perdita del senso di autonomia e di auto-efficacia. Ricevere una diagnosi grave come quella di "psicosi" e vedersi costretti al consumo di farmaci antipsicotici, spesso a lungo termine, per far fronte alla propria condizione, mina profondamente la fiducia delle persone di poter trovare delle valide alternative. **L'affidamento che queste persone fanno sullo psicofarmaco e la dipendenza psicologica da questo sono quindi molto forti, al punto che una retorica ricorrente all'interno delle narrazioni è "senza farmaci non so dove sarei adesso".**

Anche per il gruppo di consumatori di sostanze il processo di medicalizzazione ha avuto un impatto significativo sul senso di sé: dalle narrazioni di diversi partecipanti è emerso il senso di possedere un "sé peggiorato", di aver perso importanti aspetti della propria personalità e della propria autonomia. Tuttavia, in questo gruppo di partecipanti si manifesta un tipo di ambivalenza differente: **di fronte alla contrarietà dichiarata nei confronti degli psicofarmaci e al desiderio di far fronte al proprio malessere senza il ricorso a sostanze, siano esse sostanze stupefacenti o psicofarmaci, il sistema psichiatrico propone a queste persone una soluzione antitetica a quella desiderata, ossia la "terapia" con un farmaco.** L'ambivalenza che emerge dalle narrazioni di queste persone non è allora un'ambivalenza legata al farmaco, bensì al sistema identitario-discorsivo: la persona desidera far fronte al malessere in modo autonomo ma si vede costretta ad assumere psicofarmaci. L'ambivalenza non sta quindi nell'aver consumato sostanze stupefacenti e nell'opporsi all'assunzione di psicofarmaci, quanto nella contraddittorietà che nasce tra la retorica personale del "devo farcela da solo" e quella dello psichiatra del "hai bisogno di un farmaco per stare bene". La volontà dell'utente di "farcela da solo" e la prescrizione da parte dello psichiatra di uno psicofarmaco, oltretutto spesso *ad infinitum*, sono chiaramente prospettive antitetiche: se da una parte l'utente si oppone al farmaco, con lo scopo di esercitare un controllo sul

proprio malessere, dall'altra lo psichiatra gli impone di dipendere a lungo termine da un farmaco che non si inserisce all'interno di un progetto concordato, ma che assume i caratteri di un palliativo. Ciò invita a riflettere, ancora una volta, sulla legittimità di tale intervento da parte dello psichiatra.

Le persone del gruppo di consumatori di sostanze sembrano assumere, in linea generale, una posizione maggiormente “attiva”, attribuendo alla “volontà personale” e all'intenzionalità un ruolo preminente nel processo di miglioramento del proprio stato di benessere, laddove, al contrario, il gruppo di non consumatori di sostanze sembrano fare più affidamento al farmaco, da cui paiono dipendere per “stare bene”. La metà dei partecipanti del gruppo di consumatori di sostanze dichiara, infatti, di temere gli psicofarmaci per la “dipendenza” che causano e il “controllo” che esercitano. Lo psicofarmaco, come si è visto nel corso della trattazione, è intessuto di significati simbolici e sociali (Donovan e Blake, 1992; Morant et al., 2017) e i suoi effetti sono influenzati dalle aspettative culturali e dai sistemi condivisi di significato (Horwitz, 2002 citato in Davies-Bermann e Pestello, 2005). Va dunque considerato anche il potenziale stigmatizzante dello psicofarmaco e il suo carattere ingiuntivo: la prescrizione, come si è visto, segue ad una diagnosi che viene emanata in una relazione di potere nella quale lo psichiatra emette un giudizio di ordine morale nei confronti del “paziente”, che spesso non si riconosce in quella diagnosi. Assumere uno psicofarmaco, dunque, a differenza del gesto tossicofilico, non è frutto di una scelta intenzionale dalla quale la persona possa ricavare conferme identitarie positive.

Dai contenuti emersi dalle narrazioni di entrambi i gruppi di partecipanti si evince come, a causa degli effetti collaterali anche molto invalidanti, il corpo sembri perdere il suo “essere dato per scontato” (Usher, 2001) e il suo modo naturale di essere al mondo, venendo spesso oggettivato in quanto percepito come “estraneo”. Paradossalmente esso diviene il rappresentante fisico della “malattia mentale”, incarnandola. Questo risultato è stato evidenziato anche dalle ricerche di Flore et al. (2019), McCann et al. Nonostante gli effetti negativi percepiti, il gruppo di persone senza storia di consumo di sostanze accetta tali compromessi a fronte dei benefici e dell'aiuto che ricavano dall'assunzione dello psicofarmaco. Al contrario, le persone con storia di consumo di sostanze sembrano essere meno disposte ad accettare tali compromessi.

Il peso degli effetti collaterali, il senso di dipendenza e di “controllo” sono solo alcune delle ragioni che stanno alla base di scelte farmacologiche “fai da te” e di variazioni o

sospensioni della terapia apportate senza consultare il medico. **I tentativi di variare o sospendere la terapia sono emersi trasversalmente in entrambi i gruppi.** Questo dato trova conferma in un'ampia letteratura che mostra come, nel proprio percorso, la maggior parte delle persone in trattamento con farmaci antipsicotici operi delle variazioni (Adams e Howe, 1993), soprattutto se presenta una storia di consumo di sostanze stupefacenti (Bowes et al., 1990).

Si è visto nel corso della trattazione come le persone siano collocate in molteplici contesti e reti di relazione, come la famiglia, l'ambiente di lavoro e la società, all'interno delle quali l'identità viene costruita discorsivamente attraverso il posizionamento dell'individuo rispetto alle "voci" che emergono da questi contesti. I discorsivi pubblici sulla "malattia mentale" e sulla "tossicodipendenza" si servono di "etichette", stereotipi, attese normative che acquiscono lo stigma, contribuendo a generare e mantenere le disuguaglianze di potere e le norme sociali che creano divisioni tra la minoranza di coloro che soffrono di qualche forma di malessere, o che "minacciano" l'ordine sociale costituito, e la maggioranza della popolazione "normale". Di conseguenza, attraverso questi discorsi, si assegnano o si assumono delle posizioni che mantengono la separazione tra un ipotetico "noi" e un ipotetico "loro" (Byrne e Swords, 2015). Tutto ciò contribuisce alla creazione e al mantenimento dello stigma, tanto sulla "malattia mentale", quanto sulla "tossicodipendenza". In riferimento a ciò, **un risultato che è emerso in maniera trasversale tra i due gruppi è stato quello per cui le persone hanno condiviso in modo selettivo l'informazione riguardo alla propria storia "clinica" a fronte dei pregiudizi e dello stigma percepito a livello sociale, impegnandosi ad occultare l'informazione soprattutto sull'ambiente di lavoro e agli occhi della "società" in generale.**

Come messo in luce dalla discussione dei risultati, sono numerose le differenze emerse tra i due gruppi di partecipanti, sia in termini di adesione e identificazione con il ruolo di "malato mentale", sia in termini di significati attribuiti al farmaco.

CONCLUSIONI

Dalla presente ricerca sono emerse delle differenze sostanziali tra i due gruppi di partecipanti che hanno preso parte allo studio; infatti, in questo contesto, presentare una storia di consumo di sostanze stupefacenti sembra avere delle implicazioni importanti sull'adesione all'identità di "malato mentale" e, di conseguenza, sull'adesione alla terapia psicofarmacologica.

Si è infatti visto come la maggioranza dei partecipanti ricoverati in psichiatria in uno stato alterato di coscienza in "comorbilità" al consumo di sostanze stupefacenti imputino tali alterazioni, tra cui "paranoie" e "allucinazioni", al consumo di tali sostanze anziché ai sintomi di una psicopatologia emergente, quale, ad esempio, la "psicosi" diagnosticata dallo psichiatra. Tale gruppo di persone, infatti, si dichiara nella quasi totalità dei casi contrario ai farmaci e ha accettato di aderire alla "terapia" solo a seguito di numerose negoziazioni, o perché obbligati.

Come evidenziato da Karp, il processo di "medicalizzazione" è un processo di "socializzazione" costituito da varie tappe: prima di considerare l'assunzione dello psicofarmaco come utile soluzione per far fronte alla propria condizione di malessere, la persona deve aderire alla diagnosi. Imputando la "causa" del proprio malessere al consumo di sostanze stupefacenti, la maggior parte dei partecipanti di questo gruppo non sembra identificarsi con la "malattia". Da ciò consegue la dichiarata contrarietà ai farmaci e il desiderio di sospendere la terapia al più presto per ripristinare il senso di autonomia messo in scacco dalla prospettiva dell'assunzione di farmaci antipsicotici a lungo termine. Al contrario, nel gruppo di non consumatori di sostanze, la totalità dei partecipanti sembra identificarsi con la diagnosi e considerare la "terapia" farmacologica come una forza positiva e un aiuto efficace per far fronte alla propria "malattia", al punto di temere la sospensione del farmaco per la paura di non riuscire a far fronte in modo autonomo alla propria condizione.

Una delle questioni cardine che i Servizi devono affrontare nel momento in cui operano una valutazione del problema dell'utente è cercare di comprendere quale sia la priorità verso la quale indirizzare il proprio intervento: di fronte alla complessità del fenomeno di consumo di sostanze stupefacenti in "comorbilità" ai "sintomi psicotici", i Servizi sono dunque chiamati a identificare il *focus* del problema, a partire dal quale si indirizzerà l'utente ad un Servizio piuttosto che ad un altro, a seconda che l'esperto ritenga

maggiormente rilevante l'aspetto "psicotico" o l'aspetto "tossicologico". Ciò invita a riflettere sulla parcellizzazione con la quale sono organizzati i Servizi: in linea generale, esistono servizi psichiatrici dediti prettamente all'intervento sulla "malattia mentale", servizi che si occupano unicamente del trattamento delle tossicodipendenze (SerT) e, infine, servizi "ibridi" nei quali si ricorre al costrutto di "doppia diagnosi" per intervenire sul problema congiunto del consumo di sostanze stupefacenti e della "psicosi".

Il problema che si pone a questo punto è triplice: in primo luogo, demandando allo psichiatra il potere di valutare "dove" risieda il problema, spesso senza considerare le prospettive e le richieste dell'utente, viene mantenuto un sistema di "cura" basato su relazioni di potere di tipo asimmetrico; in secondo luogo, la settorializzazione con cui sono suddivisi i servizi, e di conseguenza gli interventi, spesso non favorisce la risoluzione del problema, ma lo delega ad un "luogo" piuttosto che ad un altro sulla base delle priorità stabilite dai Servizi; infine, il costrutto di "doppia diagnosi" si basa su assunti che, da un punto di vista epistemologico, non hanno alcun fondamento di verità: tentare di stabilire l'eziologia del "disturbo psicotico" e del consumo di sostanze, cercando di definire quale dei due abbia anticipato l'altro e ricorrendo a *spiegazioni* di tipo *causale*, non potrà mai dirimere la questione in senso risolutivo, offrendo validi strumenti di intervento.

Nel contesto all'interno del quale si è svolta la seguente ricerca si è spesso verificato uno scollamento tra ciò che l'utente rilevava come prioritario da gestire per sé, e dunque il consumo di sostanze (*focus* esterno), e il *focus* interno del problema individuato dal professionista, ossia la "malattia mentale". Lo psichiatra, infatti, sembra spesso trattare la complessità del fenomeno di consumo di sostanze in "comorbilità" ai "sintomi psicotici" riducendola al quadro unificante della "psicosi", senza considerare le narrazioni e le esigenze dichiarate dall'utente e il ruolo esercitato delle sostanze nell'insorgenza di particolari stati alterati di coscienza. Nel momento in cui il professionista non accoglie il punto di partenza dell'utente e stabilisce una causa al suo malessere senza considerare la sua prospettiva in merito, non è possibile pensare che il "paziente" aderisca alla terapia valutandola come utile per sé, in quanto non può partecipare in modo responsabilizzante e propositivo ad un progetto che non riconosce come proprio.

Nella mancanza di ascolto da parte dello psichiatra si perde una possibilità fondamentale, ovvero quella di utilizzare il problema, in questo caso il consumo di sostanze, alleandosi al "paziente" per promuovere un cambiamento.

Se il cambiamento risiede nella possibilità di accedere ai significati della persona, cercando di comprenderli, per porre delle alternative all'interno dell'interazione, il presupposto di non considerare come valide le narrazioni dell'utente ma, al contrario, di tradurre i "sintomi" che manifesta riconducendoli ad una "diagnosi" unificante, si pone in direzione contraria a quella del cambiamento. Un Servizio che non sia disposto a costruire il proprio ruolo sulla base delle richieste e dell'utilità che può avere per un particolare utente, sintonizzandosi sui suoi bisogni e sulle richieste reali, ma che al contrario si basi su modelli operativi spersonalizzati e su prassi consolidate, è un Servizio che non può generare cambiamento.

Quando giungono all'osservazione psichiatrica persone che manifestano stati alterati di coscienza in "comorbilità" al consumo di sostanze stupefacenti, si dimostra dunque necessario operare un'analisi della situazione a partire dalle narrazioni dell'utente e dalle sue considerazioni e richieste, approfondendo la storia di consumo della sostanze e tenendo conto dei fattori psico-sociali e culturali, delle sostanze consumate e delle loro proprietà tossicologiche, così come dei significati e delle aspettative che dirigono il consumo. Sarebbe altresì importante resistere all'urgenza di ricondurre i "sintomi psicotici" osservati entro un quadro diagnostico unificante, così come alla tentazione di stabilire nessi di tipo *causale* tra il consumo di sostanze e l'insorgenza di presunti "disturbi psicotici". Diagnosticare un "disturbo psicotico", sottovalutando il ruolo rivestito dal consumo di sostanze nell'insorgenza di particolari stati temporanei di alterazione di coscienza, può comportare il rischio di condannare la persona a trattamenti farmacologici inadeguati e, talvolta, debilitanti.

A differenza del costrutto di "tossicodipendenza", secondo il costrutto di "tossicofilia" la persona non è agita dalla necessità psicobiologica ed irrinunciabile di consumare la sostanza, ma, al contrario, è il suo desiderio il motore dell'azione e della condotta. L'azione sorge a partire da ragioni, significati legati all'uso ed obiettivi che possono essere molto vari, come ad esempio la ricerca di svago, di conferme identitarie, di automedicamento. Questo slittamento di prospettiva consente di riconoscere la competenza sociale e psicologica del consumatore, il quale viene considerato come un esperto in materia di consumo di sostanze: la scelta della sostanza è un atto deliberato e intenzionale, nel quale risiedono significati e obiettivi specifici e la gestione del consumo avviene sulla base di una crescente competenza di automonitoraggio.

Questa prospettiva si pone in antitesi rispetto al costrutto di “tossicodipendenza”, al quale ricorre il sistema psichiatrico, e non solo, per legittimare il proprio intervento, mantenendo una rappresentazione del “tossicodipendente” come di una persona incapace di autodeterminarsi in funzione del proprio benessere, priva di senso di controllo sul mondo e sui propri impulsi, immatura e irresponsabile.

Pensare di intervenire per “il bene” del paziente in assenza della condivisione di un progetto comune, cercando di “curare” una malattia non riconosciuta dall’utente attraverso uno psicofarmaco del quale esso non riconosce l’utilità, e che per di più viene imposto all’interno di una relazione asimmetrica, non può che condurre ad un fallimento. Per poter attuare degli interventi utili è necessario immergersi nelle narrazioni dell’utente, cercando di comprendere quali siano non solo gli obiettivi, i significati, le teorie e le ragioni dell’uso della sostanza, ma soprattutto il *processo* attraverso il quale si è creato quel particolare rapporto che ha reso possibili peculiari esperienze somatopsichiche di sé. È solo a partire da questa profonda comprensione e dalla valutazione delle priorità dell’utente che gli esperti possono pensare di creare i presupposti per la condivisione di un progetto di cambiamento, la cui desiderabilità ed efficacia sia riconosciuta dalla persona stessa. Ciò può avvenire solo sulla base della compartecipazione e della considerazione dell’individuo come padrone di questa nuova esperienza. In questo modo è possibile intervenire sul processo che ha consentito all’individuo di sviluppare il rapporto di filia con una particolare sostanza, non tanto allo scopo di sostituire una sostanza con un’altra, ma con l’intento di offrire nuove possibilità.

Al contrario dei partecipanti con storia di consumo di sostanze, nel caso del gruppo di non consumatori, tutti i partecipanti sembrano essersi identificati con la diagnosi ricevuta, considerando il *focus* del proprio problema come interno, individuandolo nella “malattia mentale”. Il “successo” dell’adesione alla terapia farmacologica, in questo caso, non è dovuto tanto dall’aver individuato, da parte dello psichiatra, il problema “reale”, quanto alla coincidenza della prospettiva del professionista e di quella dell’utente. In questo caso vi è stata una condivisione degli assunti di partenza che ha reso possibile la legittimazione dell’intervento attraverso i farmaci. Si è visto come il processo di “medicalizzazione” comporta dei profondi effetti sul piano della costruzione identitaria; infatti, da diverse interviste è spesso emersa la sensazione di possedere un “sé peggiorato”, in quanto diversi partecipanti dichiarano non solo di aver subito gli effetti collaterali degli psicofarmaci, ma di sentirsi impoveriti e privati di importanti aspetti della propria personalità e

autonomia. Infatti, diversi partecipanti appartenenti al gruppo di non consumatori di sostanze si sono dimostrati fortemente ambivalenti nei confronti del farmaco: se da una parte dichiarano di desiderare di sospendere la terapia in un futuro, dall'altra temono tale sospensione per la paura di “*non riuscire a farcela da soli*”, e ancora, se da una parte esse dichiarano che lo psicofarmaco è di grande aiuto, dall'altra avvertono il peso degli effetti collaterali e il gravoso senso di dipendenza.

Questi risultati invitano a riflettere sui problemi ontologici associati alla tipica maniera di intendere gli psicofarmaci, separando gli effetti terapeutici necessari a far fronte alla “patologia”, considerata come qualcosa da sopprimere, dagli effetti negativi, considerati come un peso da tollerare. Lo psicofarmaco non è un “oggetto” neutro, ma è investito di significati simbolici, di speranze, di timori, ed è indistricabilmente legato ai discorsi sociali e istituzionali sulla “malattia mentale”. Infatti, l'ambivalenza riscontrata nei suoi confronti, i differenti effetti esercitati da esso a seconda del consumatore, così come le sue variabili implicazioni fisiche, simboliche, sociali e identitarie, sono i risultati delle complesse “intra-azioni” (Barad, 2007) attraverso cui la soggettività, gli effetti del trattamento e l'esperienza incarnata sono costantemente co-costruiti in complesse reti relazionali, sociali, affettive e materiali.

Secondo Duff (citato da Flore et al., 2019):

“Intrecciati nei discorsi e nelle pratiche sociali, i farmaci sono forse meglio concepiti come assemblaggi di forze sociali, affettive e materiali che influenzano i corpi in modi complessi, così come influenzano le soggettività”.

Il farmaco è intrecciato con gli aspetti fisiologici, identitari e sociali del consumatore, mentre gli effetti esercitati sul sistema identitario si manifestano in una dinamicità attraverso la quale la soggettività, incompiuta e reticolata, è in continuo divenire: i complessi effetti degli psicofarmaci, il modo in cui vengono percepiti e narrati, rivelano il carattere simbolico, mutevole e processuale sia dei farmaci che della soggettività (Flore et al., 2019).

Ciò suggerisce la necessità di riconsiderare l'esperienza del trattamento e i significati attribuiti ai farmaci; infatti, non è possibile considerare separatamente effetti terapeutici, effetti collaterali e soggettività, in quanto tutto ciò è profondamente intrecciato.

Data la giovane età e le risorse dei partecipanti che hanno preso parte alla ricerca si pensa sia importante offrire delle alternative terapeutiche che minimizzino l'impiego di psicofarmaci, a fronte dei numerosi effetti collaterali riportati e delle profonde ricadute esercitate dal farmaco sul piano dell'autonomia e dell'identità personale. Una alternativa terapeutica per il trattamento delle "gravi crisi psichiatriche" consiste nella "Terapia del Dialogo Aperto": riconsiderare la natura essenzialmente dialogica dell'essere umano e il potere dell'interazione è importante per intraprendere dei percorsi di sostegno nei quali non venga sovra-impiegato il consumo di farmaci a fronte di possibilità di intervento più "democratiche", rispettose della soggettività e particolarità di ciascuno.

I principi di questo modello di intervento "democratico" potrebbero essere applicati anche al trattamento della "comorbilità" tra consumo di sostanze stupefacenti e "sintomi psicotici": la simmetria nel rapporto tra psichiatra e utente e la condivisione degli obiettivi del trattamento sono il presupposto di base a partire dal quale è possibile compartecipare ad un percorso che sia innanzitutto un incontro generativo di cambiamento.

LIMITI DELLA RICERCA

La ricerca presente non è esente da diversi limiti che si cercherà qui di mettere in luce. Innanzitutto, le persone che hanno preso parte alla ricerca provenivano da servizi differenti, ovvero il CSM di Arco, il CSM di Tione e la Comunità Terapeutica Riabilitativa “Villa Ischia” di Riva del Garda. Queste strutture, pur afferendo alla medesima Unità operativa, presentano caratteristiche e offrono servizi differenti. Ad esempio, Comunità Terapeutica è una comunità di tipo residenziale all’interno della quale la terapia farmacologica viene somministrata dagli operatori, e ciò implica una limitazione della libertà dell’utente di operare delle scelte autonome in termini di variazioni o interruzioni della terapia stessa. Queste divergenze tra i servizi di cui fanno parte le persone che hanno preso parte alla ricerca hanno influito in parte sulle risposte e sugli esiti delle analisi.

Inoltre, nell’analizzare il fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti, non è stato possibile considerare l’esperienza legata alle varie tipologie di sostanze consumate, e non è stato dunque possibile operare delle distinzioni approfondite.

Infine, le analisi sono state svolte sulla base delle trascrizioni delle interviste e per questo motivo non è stato possibile considerare gli aspetti non verbali e paraverbali della comunicazione, i quali veicolano ulteriori significati.

PROSPETTIVE FUTURE

Da quanto emerso dalla presente ricerca sarebbe utile indagare il processo attraverso il quale lo psichiatra giunge ad emettere una diagnosi e a stabilire quale sia il trattamento più adatto per le persone che presentano “sintomi psicotici” durante stati alterati di coscienza, in comorbilità al consumo di sostanze stupefacenti, esplorando ad esempio le valutazioni del professionista in merito a quale sia il problema prioritario sul quale intervenire, le sue conoscenze tossicologiche, così come la condivisione o meno del progetto con il “paziente”.

Sarebbe altresì interessante analizzare i discorsi medici sulla configurazione del “tossicodipendente” e dei rischi che il consumo di sostanze stupefacenti comporta per la

salute mentale, ponendo particolare attenzione al fenomeno delle “Psicosi indotte da sostanze” e della “Doppia diagnosi”, analizzando i rischi impliciti in tali costrutti.

Infine, sarebbe importante studiare l’applicabilità della “Terapia del Dialogo Aperto” con persone che presentano “sintomi psicotici” in “comorbilità” al consumo di sostanze stupefacenti.

RINGRAZIAMENTI

Desidero innanzitutto esprimere la mia gratitudine ai partecipanti che hanno aderito alla ricerca con apertura e fiducia, condividendo generosamente con me una parte della propria storia. Ringrazio inoltre tutti i professionisti dell'Unità Psichiatrica che hanno collaborato all'attuazione dello studio, accogliendo la mia proposta con disponibilità e partecipazione.

Alla Professoressa Elena Faccio che ha reso possibile lo svolgimento della ricerca e che mi ha guidata in questo percorso con i suoi fondamentali suggerimenti.

Ringrazio il Dott. Michele Rocelli per i preziosi contributi e per la condivisione di spunti di riflessione illuminanti e innovativi.

Infine, un ringraziamento speciale va a tutti gli amici che hanno arricchito il mio percorso e che continueranno a farlo; a mia madre e a mia nonna, grazie alle quali questo percorso e tanti altri sono resi possibili.

BIBLIOGRAFIA

Adams, S. G. & Howe, J. T. (1993). Predicting medication compliance in a psychotic population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1881 (9), 558–560.

Alvidrez J., Kaiser D., Havassy B.E. (2014). Severely Mentally Ill Consumers' Perspectives on Drug Use. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36, 347-355.

American Psychiatric Association (2014). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5. *Raffaello Cortina Editore*, Milano.

Andréasson, S., Allebeck, P., Engström, A., Rydberg, U. (1987). Cannabis and schizophrenia a Longitudinal Study of Swedish Conscripts. *The Lancet*, 330 (8574), 1483-1486.

APA (2006). American Psychiatric Association. *Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium*. Arlington (VA): American Psychiatric Pub.

Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A., & Moffitt, T.E. (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British Medical Journal*, 325 (7374), 1212-1213.

Asher C.J., Gask L. (2010). Reasons for illicit drug use in people with schizophrenia: qualitative study. *BMC Psychiatry*.

Austin J.L. (2019). *Come fare cose con le parole*. Marietti Editore, Torino.

Barad, K., 2007. *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Duke University Press, Durham.

Bentall R.P., Jackson H.F., Pilgrim D. (1988). Abandoning the concept of “schizophrenia”: some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303-324.

Berger P.L., Luckman T., (1969). *La realtà come costruzione sociale*. Mulino Biblioteca.

Bjornestad J, Davidson L, Joa I, et al. (2017). Antipsychotic treatment: Experiences of fully recovered service users. *International Journal of Mental Health*, 26, 264–70

Blasi S. (2010). La ricerca qualitativa in psicoterapia. Controversie, applicazioni e “criteri di qualità”. *Ricerca in Psicoterapia*, 1 (13), 26-60.

Blumer, H. (2006). *La metodologia dell'interazionismo simbolico*, a cura di Raffaele Rauty. Viterbo: Armando Editore.

Boutros N.N., Bowers M.B. (1996). Chronic Substance-Induced Psychotic Disorders: State of the Literature. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 8, 262-269.

Bowers M.B., Mazure C.M., Nelson J.C., Jatlow P.I. (1990). Psychotogenic Drug Use and Neuroleptic Response. *Schizophrenia Bulletin*, 16, (1), 81-85.

Brady KT, Lydiard RB, Malcolm R, Ballenger JC. (1991). Cocaine-induced psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*.

Buadze A., Stohler R., Schulze B., Schaub M., Liebreinz M. (2010). Do patients think cannabis causes schizophrenia? A qualitative study on the causal beliefs of cannabis using patients with schizophrenia. *Harm Reduction Journal*, 7 (22).

Buckley P.F., Miller B.J., Lehrer D.S., Castle D.J. (2009). Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (2), 383-402.

Bulow P., Andersson G., Denhov A., Topor A. (2016). Experience of Psychotropic Medication – An Interview Study of Persons with Psychosis. *Issues in Mental Health Nursing*.

Byrne A., Swords L. (2015). “Attention seeker”, “drama queen”: the power of talk in constructing identities for young people with mental health difficulties. *Mental Health Review Journal*, 20 (2), 66-78.

Castiglioni M., Faccio E. (2010), *Costruttivismi in psicologia clinica. Teorie metodi e ricerche*. Milano: UTET Università.

Caton L.M., Gralnick A., Bender S., Simon R. (1989). Young Chronic Patients and Substance Abuse. *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (10), 1037-1040.

Caton C.L.M., Drake R.E., Hasin D.S., Dominguez B., Shrout P., Samet S., Schanzer B. (2005). Differences Between Early-Phase Primary Psychotic Disorders With Concurrent Substance Use and Substance-Induced Psychoses. *American Medical Association*.

Caton C.L.M., Hasin D.S., Shrout P.E., Drake R.E., Dominguez B., First M.B., Samet S., Schanzer B. (2007). Stability of early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 105-111.

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, 409-417.

Castiglioni M., Faccio E. (2010), *Costruttivismi in psicologia clinica. Teorie metodi e ricerche*. Milano: UTET Università.

Charles V., Weaver T. (2010). A qualitative study of illicit and non-prescribed drug use amongst people with psychotic disorders. *Journal of Mental Health*, 19, 99-106.

Childs H.E., McCarthy-Jones S., Rowse G., Turpin G. (2011). The Journey Through Cannabis Use. A Qualitative Study of the Experiences of Young Adults With Psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199 (9), 703-708.

Cipriano, P. (2015). *Il manicomio chimico*. Milano: Elèuthera

Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S.L., Siegfried, N., & Walter, G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Systematic Reviews*.

Cooley C.H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. New York: C. Scribner's Sons.

Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathison, J., Goldstein, H. Bergman, M., & Gagnon, C. (2000). Stigmatizing Attributions About Mental Illness. *Journal of Community Psychology*. 28(1), 91-102.

Curran, C., Byrappa, N., & McBride, A. (2004). Stimulant psychosis: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 185, 196–204.

Davies, B., e Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the theory of social behaviour*, 20 (1), 43-63.

Davis-Berman J., Pestello F.G. (2005). The medicated self. *Studies in Symbolic Interaction* 28, 282- 308.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. Sage Publications Ltd.

Derrida J. (1993). *Retorica della droga*. Theoria, Roma.

Direzione Centrale Per I Servizi Antidroga, DCSA (2019). Le nuove sostanze psicoattive. Estratto da <https://antidroga.interno.gov.it/temi/informazioni-sulle-droghe/trends-e-fenomeni/le-nuove-sostanze-psicoattive/>.

Degenhardt, L. & Hall, W. (2006). Is Cannabis Use a Contributory Cause of Psychosis? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (9), 556-565.

Deppermann A. (2015). Positioning, in De Fina A., Georgakopoulou A. (2015). *The Handbook of Narrative Analysis*. John Wiley & Sons, Inc.

Donovan J.L., Blake D.R. (1992). Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making? *Social Science & Medicine*, 34, 507–13.

Drake, R. J., Dunn, G., Tarrrier, N., Drake, R. J., Dunn, G., Tarrrier, N., et al (2003) The evolution of symptoms in the early course of non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*, 63, 171-179.

Duff C. (2013). The social life of drugs. *International Journal of Drug Policy*, 24 (3), 167–172.

Dwyer, R., & Moore, D. (2013). Enacting multiple methamphetamines: The ontological politics of public discourse and consumer accounts of a drug and its effects. *International Journal of Drug Policy*, 24, 203-211.

Estroff S.E. (1989). Self, Identity, and Subjective Experiences of Schizophrenia: In Search of the Subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2), 189-196.

Faccio E., Salvini A. (2006). Le “metaforizzazioni” nelle pratiche discorsive della psicologia clinica. In Molinari, R. & Labella, A., *Psicologia clinica. Dialoghi e confronti*, Milano: Springer.

Faccio E., Centomo C. (2010). La semiotica in psicoterapia. *Scienze dell’Interazione*, 2 (3).

Faccio E., Veronese G., Castiglioni M. (2010). La dimensione relazionale: interazionismo simbolico, costruzionismo sociale, teorie sistemiche e narrativismo, in Castiglio E., Faccio E. (2010). *Costruttivismi in psicologia clinica. Teorie metodi e ricerche*. Milano: UTET Università, pp.27-55.

Fisher M. (2018). *Realismo capitalista*. Roma: Nero.

Fiorentini A., Volenter L.S., Dragogna F., Rovera C., Maffini M., Mauri M.C., Altamura C.A. (2011). Substance-induced psychoses: a critical review of the literature. *Current Drug Abuse Reviews*, 4, 228-240.

Flick U. (2014). *An introduction to qualitative research*. London: SAGE Publications Ltd.

Flore J., Kokanovic R., Callard F., Broom A., Duff C. (2019). Unravelling subjectivity, embodied experience and (taking) psychotropic medication. *Social Science & Medicine* 230, 66-73.

Foucault M. (1972). *Histoire de la folie à l’âge classique*. Éditions Gallimard, Paris.

Gage, S., Hickman, M., & Zammit, S. (2016). Association Between Cannabis and Psychosis: Epidemiologic Evidence. *Biological Psychiatry*, 79 (7), 549-556.

Gergen K.J., Josselson R., Freeman M. (2015). The Promises of Qualitative Inquiry. *American Psychologist*, 70 (1), 1-9.

Goffman, E. (1961). The moral career of the mental patient. In: *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, NY: Anchor Books.

Goffman E. (1969). *Strategic Interaction*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Gray, R., Rofail, D., Allen, J., & Newey, T. (2004). A survey of patient satisfaction with and subjective experiences of treatment with antipsychotic medication. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 31-37

Gray R., Drane K. (2016). What is it like to take antipsychotic medication? A qualitative study of patients with first-episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 108-115.

Green, J. H. (1988). Frequent rehospitalization and noncompliance with treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 963–966.

Gregg L., Barrowclough C., Haddock G. (2006). Reason for increased substance use in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27, 494-510.

Hajebi A., Amini H., Kashani L., Sharifi V. (2016). Twelve-month course and outcome of methamphetamine-induced psychosis compared with first episode primary psychotic disorders. *Early Intervention in Psychiatry*.

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 (1), 44-59.

Hall, W. (2006). Is cannabis use psychotogenic? *The Lancet*, 367 (9506), 193-195.

Hannerz U. (2001). *La diversità culturale*. Il mulino, Bologna.

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

Harrè R., Gillet G. (1996). *La mente discorsiva*. Cortina, Milano.

Healey C., Peters S., Kinderman P., McCracken C., Morriss R. (2009). Reasons for substance use in dual diagnosis bipolar disorder and substance use disorders: A qualitative study. *Journal of Affective Disorders*, 113, 118-126.

Hermans H.J.M., Kempen H.J.G., Van Loon R.J.P. (1992). The Dialogical Self: Beyond Individualism and Rationalism. *American Psychologist*, 47 (1), 23-33.

Hermans H.J.M. (1996). Voicing the Self: From Information Processing to Dialogical Interchange. *Psychological Bulletin*, 119 (1), 31-50.

Iudici A., de Aleo S. (2007). DSM: manuale dei disturbi mentali o riedizione del mito della malattia mentale, in Pagliaro G., Salvini A. (2007). *Mente e Psicoterapia*, UTET, Torino.

James W. (1890). *Principles of psychology*. Holt, New York.

Karp D.A. (1993). Taking Anti-Depressant Medications: Resistance, Trial Commitment, Conversion, Disenchantment. *Qualitative Sociology* 16 (4).

Khantzian E.J. (1985). The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142 (11), 1259-1264.

Kneale, J. and French, S. (2008) Mapping alcohol. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, 233–249

Konings, M., Henquet, C., Maharajh, H., Hutchinson, G., & Van Os, J. (2008). Early exposure to cannabis and risk for psychosis in young adolescents in Trinidad. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118 (3), 209-213.

Ksir, C. & Hart, C. (2016). Cannabis and Psychosis: A Critical Overview of the Relationship. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 1-11.

Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, M. D. et al. (2005). Effects of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1209– 1223.

Lobbana F., Barrowclough C., Jeffrey S., Bucci S., Taylor K., Mallinson S., Fitzsimmons M., Marshall M. (2010). Understanding factors influencing substance use in people with recent onset psychosis: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 70, 1141-1147.

Lysaker P.H., Lysaker J.T. (2002). Narrative Structure in Psychosis: Schizophrenia and Distruptions in the Dialogical Self. *Sage Publications*, 12 (2), 207-220.

Malpass, A., Shaw, A., Sharp, D., Walter, E, Eeder, G., Ridd, M., et al. (2009). "Medication career" or "moral career"? The two sides of managing antidepressants: A meta-ethnography of patients' experience of antidepressants. *Social Science and Medicine*, 68, 154-16.

Mauri M.C., Volonteri L.S., De Gaspari I.F., Colasanti A., Brambilla M.A., Cerruti L. (2006). Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*.

Mauri MC, Di Pace C, Reggiori A, Paletta S, Colasanti A. (2017). Primary psychosis with comorbid drug abuse and drug-induced psychosis: Diagnostic and clinical evolution at follow up. *Asian Journal of Psychiatry*.

Mazzi F., Di Marco V., Montecchi R., Caloro G., Starace F. (2018). Applicazione del “Dialogo Aperto” nel DSMDP di Modena: fattibilità e risultati preliminari. *SIEP. Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica*. Disponibile a: <https://siep.it/applicazione-del-dialogo-aperto-nel-dsmdp-di-modena-fattibilita-e-risultati-preliminari/> (ultima accesso: 22 dicembre, 2021).

McCann T.V., Clark E. (2004). Embodiment of severe and enduring mental illness: finding meaning in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 25, 783-798.

Mead, George (1934). *Mind, Self, and Society*. United States of America: The University of Chicago Press.

Mininni, G. (2003). *Il discorso come forma di vita*. Napoli: Guida.

Mitchell J., Vierkant A.D. (1991). Delusions and Hallucinations of Cocaine Abusers and Paranoid Schizophrenics: A Comparative Study. *The Journal of Psychology*, 125 (3), 301-310.

Mol, A. (1999). Ontological politics: A word and some questions. In J. Law, & J. Hassard (Eds.), *Actor network theory and after* (pp. 74–89). Oxford: Blackwell and the Sociological Review.

Moncrieff J., Cohen D., Mason J.P. (2009) The subjective experience of taking antipsychotic medication: a content analysis of Internet data. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 102-111.

Moncrieff, J., 2009. *The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. Palgrave Macmillan, New York.

Moore, T., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T., Jones, P., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 370 (9584), 319-328.

Morant N., Azam K., Johnson S., Moncrieff J. (2017). 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*.

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, 253- 261.

Mueser K.T., Drake R.E., Wallach M.A. (1998). Dual Diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 717-734.

Mulaik, J. S. (1992). Noncompliance with medication regimes in severely and persistently mentally ill schizophrenic patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 13, 219–237.

Myles, H., Myles, N., & Large, M. (2016). Cannabis use in first episode psychosis: Meta-analysis of prevalence, and the time course of initiation and continued use. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50 (3), 208-219.

National Collaborating Centre for Mental Health (2011). Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people. *The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*.

NICE. (2014). National Institute for Clinical Excellence. *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management [CG178]*. N. C. C. f. M. Health, 58.

O'Daly O.G., Joyce D., Tracy D.K., Azim A., Staphan K.E., Murray R.M., Shergill S.S. (2014). Amphetamine Sensitization Alters Reward Processing in the Human Striatum and Amygdala. *Plos One*, 9 (4).

Organizzazione mondiale della sanità (1992). *ICD-10. Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e disturbi psichici e comportamentali*. Masson, Milano.

Pettersen H., Ruud T., Ravndal E., Landheim A. (2013). Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8 (1).

Pihlgren E.M., Boutros N.N. (2007). Psychostimulant-Induced Chronic Schizophrenia-Like Disorder. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 54-63.

Potter J., Wetherell M. (1987) *Discourse and Social Psychology. Beyond Attitudes and Behaviour*. Sage, London.

Preciado P. (2015). *Testo Tossico. Sesso, Droghe e Biopolitiche nell'Era farmacopornografica*. Roma: Fandango Libri.

Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L., Goodwin F.K. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. *JAMA*, 264 (19), 2511-2518.

Rettenbacher M.A., Bums T., Kemmler G., Fleischhacker W.W.(2004), Schizophrenia: Attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry*, 37(3), 103-110

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 & Medicine*, 47 (9), 1313-1323.

Romaioli, D. (2010), Paradigmi interazionisti e ricerca psicosociale: premesse conoscitive e criteri metodologici. Ricerche e studi, *Scienze dell'Interazione*, 2(1).

Roncero, C., Collazos, F., Valero, S., & Casas, M. (2007). Cannabis consumption and development of psychosis: state of the art. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (3), 182-189.

Roncero C., Palma-Alvarez R.F., Barrau V., Urbano N., Martinez-Luna N., Ortiz-Medina M.B., Daigre C. (2017). Early cannabis use and its relation to the development of psychiatric disorders: a review. *Salud Mental*, 40 (6), 291-298.

Rosenberg, M., 1984. A symbolic interactionist view of psychosis. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 289-302.

Salvini A. (1997). *Argomenti di psicologia clinica*. Domeneghini Editore.

Salvini A. (1998). *Cocaina, una botta di vita a caro prezzo. Storia di un'illusione*, in Salvini A., Testoni I., Zamperini A., (2002), *Droghe: tossicofilie e tossicodipendenza*, UTET Torino.

Salvini A. (2002). Tossicofilia, in Salvini A., Testoni I., Zamperini A., (2002), *Droghe: tossicofilie e tossicodipendenza*, UTET, Torino, p. 15.

Salvini A., Faccio E. (2002). La cocaina e le amfetamine, in Salvini A., Testoni I., Zamperini A., (2002), *Droghe: tossicofilie e tossicodipendenza*, UTET, Torino, pp.105-138.

Salvini A., Testoni I., Zamperini A. (2002). *Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza*. Utet, Torino.

Salvini A., Bottini R. (2011). *Il nostro inquilino segreto. La coscienza. Psicologia e psicoterapia*. Ponte alle Grazie, Firenze.

Salvini A., Dondoni M. (2011). *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*. Giunti, Firenze.

Salvini A., Faccio E., Dondoni M. (2011). Ruoli e identità devianti, in Salvini A., Dondoni M. (2011), *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Giunti, Firenze, pp- 208-237.

Salvini A., Iudici A., Faccio E. (2011). Tossicodipendenza e tossicofilia: rilievi clinici e nuove prospettive, in Salvini A., Dondoni M. (2011), *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Giunti, Firenze, pp. 238-264.

Salvini A., Iudici A., Mazzini C. (2011). La psicoterapia interazionista: presupposti e prassi clinica, in Salvini A., Dondoni M. (2011), *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Giunti, Firenze, pp. 238-264.

Schofield D., Tennant C., Nash L., Degenhardt L., Cornish A., Hobbs C., Brennan G. (2006). Reasons for cannabis use in psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 570-574.

Schwartz, J. E., Fennig, S., Tanenberg-Karant, M., et al. (2000). Congruence of diagnoses 2 years after a first-admission diagnosis of psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 57, 593-600.

- Seikkula J., Aaltonen J., Alakare B., Haarakangas K., Keränen J., Lehtinen K. (2006). Five-year experience of first-episode non affective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2): 214-228
- Seikkula J. (2011). Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? *The Australian and New Zeland Journal of Family Therapy*, 32 (3), 179-193.
- Seikkula J. (2014). *Il dialogo aperto: l'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Sibitz I, Katschnig H, Goessler R, Unger A, Amering M. (2005). Pharmacophilia and pharmacophobia: determinants of patients' attitudes towards antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry*, 3, 107-112.
- Smith J.A., Harré R., Van Langenhove L. (1995). *Rethinking methods in psychology*. Sage Publications.
- Spencer C., Castle D., Michie P.T. (2002). Motivations That Mainstain Substance Use Among Individuals With Psychotic Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 233-247.
- Testoni I. (1997). *Psicologia del nichilismo. La tossicodipendenza come rimedio*. Franco Angeli, Milano.
- Thompson J., Stansfeld J.L., Cooper R.E., Morant N., Crellin N.E., Moncrieff J. (2019). Experiences of taking neuroleptic medication and impacts on symptoms, sense of self and agency: a systematic review and thematic synthesis of qualitative data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

Tibaldi G., Govers L. (2012). Evidence-based hope for recovery from “schizophrenia”: A common objective for all stakeholders in the mental health field. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 4 (2), 105-114.

Tibaldi, G. (2020). *La pratica quotidiana della speranza. Storie di guarigione*. Milano: Mimesis.

Tuzzi A. (2003). *L'analisi del contenuto. Introduzione ai metodi e alle tecniche di ricerca*. Roma: Carocci.

Usher K. (2001). Taking neuroleptic medications as the treatment for schizophrenia: A phenomenological study. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 10, 145- 155.

Veen, N., Selten, J., van der Tweel, I., Feller, W., Hoek, H., & Kahn, R. (2004). Cannabis Use and Age at Onset of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161 (3), 501-506.

Wade, D., Harrigan, S., Edwards, J., Burgess, P., Whelan, G., & McGorry, P. (2006). Substance misuse in first-episode psychosis: 15-month prospective follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 189(3), 229–234.

Walker, M.T. (2006). The social construction of mental illness and its implications for the recovery model. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10 (1), pp. 71-87.

Weinstein A.M., Gorelick D.A. (2011). Pharmacological Treatment of Cannabis Dependence. *Current Pharmaceutical Design*, 17 (14), 1351-1358.

Wetherell, M. (1998), "Positioning and interpretative repertoires: conversation analysis and post-structuralism in dialogue". *Discourse and Society*, Vol. 9 No. 3, pp. 387-412.

Whitty P., Clarke M., McTigue O., Browne S., Kamali M., Larkin C., O'Callaghan E. (2005). Diagnostic stability four years after a first episode of psychosis. *Psychiatric Services*, 56 (9), 1084- 1088.

Whitaker R. (2013). *Indagine su un'epidemia*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.

Wilton R., Moreno C.M. (2012). Critical geographies of drugs and alcohol. *Social and Cultural Geography*, 13 (2).

Wittgenstein L. (1953). *Ricerche filosofiche*. Torino: Einaudi, 1967.

Zammit, S., Owen, M., Evans, J., Heron, J., & Lewis, G. (2011). Cannabis, COMT and psychotic experiences. *The British Journal of Psychiatry*, 199 (5), 380-385.