

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

(FISPPA)

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di laurea Magistrale

Come conciliare le pluralità del sé:

analisi delle narrazioni di recovery da parte di uditori di voci non psicotici

How to reconcile the pluralities of the self:

analysis of recovery narratives by non-psychotic voice hearers

Relatrice

Prof.ssa Elena Faccio

Laureanda: Elisa Gamba

Matricola: 1227898

Anno Accademico: 2021/2022

Ai miei nonni, per tutto l'amore

INDICE

INTRODUZIONE	7
CAPITOLO 1 – LO STATO DELL’ARTE SULL’UDIRE VOCI	9
1.1 L’Udire voci dalla prospettiva della psichiatria.....	9
1.2 Ipotesi sull’udire voci.....	12
1.3 Gli psicofarmaci silenziano le voci?.....	15
CAPITOLO 2 – LA RICERCA INTERAZIONISTA SULL’UDIRE VOCI	23
2.1 La nascita di un nuovo sguardo: il <i>Movimento Hearing Voices</i>	23
2.2 Ricerche sull’udire voci.....	25
2.3 L’udire voci secondo l’Interazionismo Simbolico.....	29
2.4 Il costrutto di <i>recovery</i>	33
CAPITOLO 3 – L’AUTOBIOGRAFIA COME NARRAZIONE IDENTITARIA E SOCIALE	41
3.1 Raccontare la propria storia.....	41
3.2 Quali narrazioni usano per raccontarsi coloro che soffrono?.....	44
CAPITOLO 4 – INTRODUZIONE ALLA RICERCA: LE PREMESSE	49
4.1 La cornice epistemologica.....	49
4.2 Metodologia di ricerca: la ricerca qualitativa.....	50
4.3 Strumenti di raccolta dei dati: l’autobiografia.....	52
4.4 Metodi di analisi dei dati.....	53
4.4.1 L’analisi tematica.....	53
4.4.2 L’analisi del posizionamento.....	56

CAPITOLO 5 - LA RICERCA: OBIETTIVI, RACCOLTA E ANALISI DEI DATI.....	61
5.1 Contesto di ricerca.....	61
5.2 Obiettivi di ricerca.....	62
5.3 Raccolta dati.....	63
5.4 Analisi dei dati testuali: l'esperienza dell'udire voci attraverso l'analisi tematica.....	65
5.4.1 Analisi dei dati testuali: l'esperienza dell'udire voci prima del percorso di <i>recovery</i>	66
5.4.2 Analisi dei dati testuali: l'esperienza dell'udire voci dopo il percorso di <i>recovery</i>	73
5.5 Discussione dei risultati.....	85
5.6 Analisi dei dati testuali: l'identità degli uditori di voci attraverso l'analisi dei posizionamenti	88
5.7 Discussione dei risultati.....	104
5.8 Discussione finale.....	107
CONCLUSIONI.....	111
BIBLIOGRAFIA.....	117
SITOGRAFIA.....	125

INTRODUZIONE

Sul finire del Novecento, il fenomeno del sentire le voci ha assunto particolare rilievo entro i discorsi della comunità, sia a livello di senso scientifico sia a livello di senso comune. A partire da quel periodo, la letteratura si è arricchita di nuovi studi sul fenomeno e gli ambienti della psichiatria, in seno alle trame sociali delle comunità occidentali, hanno visto l'emergere dei primi gruppi di uditori di voci.

Come possono giungere a raccontare storie di salute coloro che sentono le voci, in cui queste vengono considerate come risorse?

Il presente progetto di ricerca è dedicato a questa particolare esperienza umana, con il duplice obiettivo di esplorare il modo in cui le persone configurano il fenomeno entro scritti autobiografici e di esplorare le implicazioni identitarie che ne derivano e come esse possano modificarsi laddove la persona intraprenda un percorso di *recovery*, inteso come un processo di cambiamento che consenta alla persona di gestire la propria esperienza con le voci e, quindi, di vivere la propria esistenza in modo autonomo nella sua totalità.

Partendo quindi da questi presupposti, nel primo capitolo si andrà ad esplorare il fenomeno dell'udire voci per come tradizionalmente viene inteso entro l'ambito psichiatrico, ponendo il focus sia sulle teorie disponibili sia sulle possibilità terapeutiche. Nel secondo capitolo invece verrà approfondito quanto viene offerto e proposto dall'Interazionismo Simbolico per leggere l'esperienza degli uditori di voci e come il costrutto di *recovery* possa essere considerato utile entro un percorso che porti la persona verso lo sviluppo di strategie e competenze che, se impiegate, possono consentire alla stessa di gestire il fenomeno. Nel terzo capitolo troverà spazio invece l'esplorazione dell'autobiografia come strumento di costruzione di storie biografiche e, al contempo, di

configurazioni identitarie grazie alle narrazioni disponibili a livello sociale e utilizzate dagli uditori di voci per raccontarsi. A seguito di un inquadramento essenzialmente teorico dell'esperienza oggetto di indagine, si proseguirà con una parte dedicata alla presentazione del progetto di ricerca vero e proprio. Nel quarto capitolo, verranno esposti sia i presupposti epistemologici che fungono da fondamento alla ricerca condotta sia i dettagli relativi alle metodologie di analisi scelte per osservare i testi autobiografici a disposizione. Nel quinto capitolo, invece, si andranno a mettere in luce gli obiettivi che hanno fatto da faro per la ricerca, nello specifico così formulati: “esplorare la configurazione offerta dalle persone in merito alla propria esperienza di uditori di voci non psicotici entro scritti autobiografici” e “esplorare se e come cambia la configurazione identitaria offerta dagli uditori di voci in storie autobiografiche di «*recovery*»”. Successivamente, entreremo poi nel merito dei risultati emersi dai testi analizzati, con lo scopo di valorizzare le storie su cui si fonda l'intero progetto di ricerca qui presentato, in quanto fonti conoscitive preziose in grado di contribuire al processo di aggiornamento dei saperi relativi alla possibilità di emancipazione dalla sofferenza mentale.

Infine, nelle conclusioni, si ripercorrerà tutto il percorso di ricerca condotto ponendo cura nella rielaborazione dei risultati e nella condivisione di considerazioni e riflessioni in merito ai limiti del progetto e alle prospettive future a cui esso apre.

CAPITOLO 1

LO STATO DELL'ARTE SULL'UDIRE VOCI

*È il modo iniziale di vedere una cosa che determina
tutte le nostre azioni successive nei suoi confronti*

Ronald Laing

1.1 L'Udire voci dalla prospettiva della psichiatria

Le allucinazioni uditive sono tra i fenomeni maggiormente osservati dagli studiosi sia da un punto di vista scientifico sia clinico. La letteratura ad oggi disponibile in merito a tale fenomeno fa riferimento a molteplici ambiti di conoscenza: dalla neurologia alla chimica, dalla psichiatria alla psicologia, dalle neuroscienze alla biologia.

Sebbene queste discipline, e la conoscenza prodotta in seno ad esse, abbiano contribuito a mettere in luce alcuni aspetti utili per comprendere la complessità delle allucinazioni uditive, la comunità scientifica non dispone tutt'oggi di una definizione condivisa e comune di tale fenomeno (Larøi et al., 2012).

L'*American Psychiatric Association* (1975) definisce le allucinazioni uditive come delle percezioni sensoriali false che si verificano in assenza di reali stimoli sensoriali esterni. Inoltre, come specificato da David (2004), si tratta di manifestazioni sensoriali sulle quali la persona che ne fa esperienza non sente di avere diretto e volontario controllo, nonostante avvengano in stati di veglia. Quindi, nel loro manifestarsi, assumono un senso di realtà tale da assomigliare a percezioni del tutto effettive, al pari di tutte quelle sensazioni di cui quotidianamente e continuamente facciamo esperienza.

Entro la prospettiva psichiatrica, le allucinazioni uditive sono considerate come uno dei sintomi elettivi della schizofrenia. All'interno della quarta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (*DSM*), vengono annoverate tra quei sintomi che possono condurre ad una diagnosi di schizofrenia, laddove vi sia una presenza associata di almeno due di essi per un periodo significativo di tempo nell'arco di un mese (APA, 2000). Tuttavia, viene specificato in una nota quanto la sola presenza di allucinazioni uditive possa essere considerata come un criterio diagnostico sufficiente per poter fare una diagnosi di schizofrenia laddove esse si manifestassero sottoforma o di una voce che continuamente commenta le azioni e i pensieri che la persona fa oppure di due o più voci che dialogano tra loro. Questa specificazione non è presente invece nel *DSM-5* (2013): in quest'ultima versione vengono infatti considerate come una condizione necessaria, ma non più sufficiente, per far sì che si possa fare una diagnosi di schizofrenia. Quindi un professionista della salute mentale operante entro l'ambito psichiatrico potrebbe avanzare una diagnosi di schizofrenia qualora la persona, tra i vari sintomi che potrebbero essere associati al disturbo, presenti necessariamente allucinazioni oppure deliri.

Nonostante sia possibile notare come nella quinta ed ultima edizione del *DSM* le allucinazioni uditive incidano in grado minore nel processo diagnostico legato al disturbo schizofrenico (Longden, 2017), tuttavia gli studiosi per anni si sono comunque occupati di indagare e osservare le caratteristiche fenomenologiche che queste presentano entro tale patologia psichiatrica, offrendone una chiara descrizione.

Larøi e altri studiosi (2012) hanno asserito che le allucinazioni uditive possono essere descritte e distinte sulla base di proprietà linguistiche: le voci possono esprimersi secondo diversi gradi di complessità linguistica. La persona potrebbe quindi sentire delle voci che si esprimono attraverso delle parole (bassa complessità), oppure attraverso delle frasi

(media complessità) o addirittura potrebbero fare esperienza di voci che intrattengono vere e proprie conversazioni (alta complessità). Si possono poi considerare le proprietà acustiche: le allucinazioni uditive possono essere percepite da chi ne fa esperienza come se fossero voci simili a quelle che si sentono ascoltando altre persone parlare; oppure potrebbero manifestarsi secondo quelle modalità che Bleuler (1950) definisce “*soundless voices*”, ossia messaggi o significati che sono comunicati alla persona senza però che siano effettivamente uditi (citato in Larøi et al., 2012). Un'altra caratteristica che si può utilizzare per descrivere questo fenomeno è la frequenza, ossia quanto queste allucinazioni uditive siano presenti nella quotidianità della persona. In alcuni casi le voci sono presenti in momenti specifici della giornata (come la mattina, la notte, eccetera) oppure si manifestano in situazioni specifiche (come, per esempio, quando una persona esce di casa, oppure mentre studia o in pausa pranzo sul posto di lavoro), mentre in altri casi esse sono presenti per gran parte della giornata. Anche la localizzazione delle voci è una caratteristica importante per descriverle: le persone potrebbero sentirle provenire dall'interno della propria testa o dal di fuori, come se provenissero da qualcuno che parla nella stanza a fianco o da qualcuno di diverso da sé). A queste ultimi due aspetti potrebbe legarsi anche il grado di controllo che la persona percepisce di avere su tale esperienza. Le allucinazioni uditive poi possono essere distinte tra loro anche per le modalità con le quali esse si esprimono e per i contenuti che veicolano. Come riportato da Beck e Rector (2003), le voci possono esprimersi con un'ampia varietà di commenti, critiche, comandi, elucubrazioni, preoccupazioni e domande. I contenuti che tali modalità veicolano potrebbero fare riferimento a esperienze traumatiche biografiche della persona. Che ciò avvenga però è solo una delle possibilità: non tutti coloro che sentono voci, infatti, necessariamente hanno vissuto momenti che possono essere considerati traumatici e che poi si ripresentano sotto forma di contenuti veicolati dalle voci stesse. Il trauma, quindi,

non può essere considerato come una “causa” delle allucinazioni uditive. Infine, un’ultima caratteristica utile per descrivere il fenomeno fa riferimento al fatto che coloro che fanno esperienza di allucinazioni uditive tendono a personificare tali voci. Le associano a persone che realmente conoscono, a persone magari decedute oppure a entità soprannaturali, come angeli, Dio, il diavolo o spiriti (Larøi et al., 2012).

1.2 Ipotesi sull’udire voci

Come accennato all’inizio del paragrafo precedente, diverse discipline entro il panorama scientifico si sono occupate di indagare il fenomeno dell’udire voci, con l’obiettivo di conoscere quelle che potrebbero essere le “cause” sottostanti il fenomeno stesso e quindi offrirne una spiegazione.

In seno alla genetica, l’attenzione è stata posta sul possibile ruolo giocato da alcuni polimorfismi genici entro la manifestazione di un disturbo schizofrenico caratterizzato dalla presenza di allucinazioni uditive. Uno dei geni su cui è stata posta attenzione da parte degli studiosi è il gene CCK-AR (Toirac et al., 2007). Tra i polimorfismi a singolo nucleotide situati principalmente nella regione regolatoria, quello per sono state trovate differenze significative tra persone con diagnosi di schizofrenia e allucinazioni uditive e persone sane è il +121C/G SNP, localizzato nella regione regolatoria 5’; tali differenze significative sono state osservate sia in termini di frequenze genotipiche sia alleliche. Anche il gene FOXP2 è stato oggetto di studio di alcuni studiosi per valutarne la vulnerabilità per lo sviluppo della schizofrenia con allucinazioni uditive (Sanjuán et al., 2006). Nel confronto tra persone sane e persone diagnosticate, sono state osservate differenze genotipiche e alleliche significative nel polimorfismo a singolo nucleotide rs2396753, localizzato nella regione regolatoria 5’ del gene FOXP2. Risultati come quelli

appena citati, ci consentono di ipotizzare che alcuni polimorfismi genici a singolo nucleotide in specifici geni possano essere un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo della patologia schizofrenica con allucinazioni uditive per le persone che presentano tali modificazioni (Sanjuán et al., 2006; Toirac et al., 2007).

Un ulteriore sguardo sull'udire voci è offerto dalla neurochimica, che si occupa dello studio delle sostanze chimiche che influenzano e controllano la fisiologia del sistema nervoso, come i neurotrasmettitori e altre molecole. Una delle ipotesi neurochimiche a lungo egemone è quella dopaminergica, che, in termini generali, specula un legame tra lo sviluppo della schizofrenia e l'attività neuronale dopamina-dipendente (McCutcheon, Abi-Dargham, & Howes, 2019). Quest'ultima sarebbe organizzata secondo diverse vie neuronali, ciascuna delle quali mette in connessione specifiche regioni cerebrali, contribuendo così in modo diversificato allo sviluppo della patologia schizofrenica. In particolare, la manifestazione di allucinazioni uditive in persone con diagnosi di schizofrenia sarebbe associata al malfunzionamento della via mesolimbica, dove proiezioni dopaminergiche del mesencefalo congiungono tale area con le regioni limbiche (Meltzer, & Stahl, 1976). Tuttavia, negli ultimi decenni, la conoscenza prodotta entro la comunità scientifica circa l'anatomia e il rispettivo funzionamento di molteplici aree cerebrali ci consente di dire che l'udire voci potrebbe essere associato anche a delle disfunzioni relative alle vie dopaminergiche striatali, nello specifico quelle che coinvolgono lo striato dorsale. Il malfunzionamento ad esso associato, attraverso alcuni meccanismi scoperti di recente, potrebbe contribuire alle manifestazioni cliniche del disturbo schizofrenico (McCutcheon, Abi-Dargham, & Howes, 2019). La letteratura più recente mostra come la comunità scientifica ponga l'attenzione anche sull'attività legata ad altri neurotrasmettitori o altre molecole che influenzano e controllano il sistema nervoso, osservando in particolare se e come essi possano essere dei fattori coinvolti nello

sviluppo della schizofrenia e dei sintomi ad essa associati. In particolare, lo squilibrio tra effetto eccitatorio ed effetto inibitorio, dati rispettivamente dalla concentrazione dell'aminoacido Glutammato e dal neurotrasmettitore GABA, avrebbe un ruolo nella modulazione di quella che è la connettività funzionale interemisferica riguardante il giro temporale superiore; questo avrebbe poi come ricaduta la manifestazione clinica di allucinazioni uditive in persone con diagnosi di schizofrenia (Weber et al., 2021). Inoltre, il medesimo squilibrio potrebbe generare come effetto a valle la precedentemente discussa disfunzione dopaminergica, la quale, come indicato da alcuni studi citati, sembrerebbe essere un fattore causale sottostante il fenomeno dell'udire voci (Stahl, 2018).

La letteratura scientifica disponibile afferente al campo della neuropsicologia fa riferimento a riduzioni in termini di materia di alcune strutture cerebrali come spiegazione eziopatologica delle allucinazioni uditive. Mentre alcuni studi di neuroimaging strutturale mettono in luce come la manifestazione delle voci possa venir associata a una riduzione di materia grigia di alcune strutture cerebrali che, ad oggi, vengono considerate coinvolte nel processamento del linguaggio, come per esempio i giri temporali superiori e la corteccia uditiva primaria (Allen, Larøi, McGuire, & Aleman, 2008 *citato in* Allen et al., 2012) altri studi invece la associano a riduzioni di materia grigia in aree cerebrali non preposte al processamento del linguaggio, come il giro paraippocampale (Martí-Bonmatí et al., 2007 *citato in* Allen et al., 2012) e l'amigdala (García-Martí et al., 2008 *menzionato in* Allen et al., 2012). Iudici, Turchi e Faccio (2020) hanno presentato alcune teorie neuropsicologiche relative le allucinazioni uditive e tra queste troviamo quella di Seok e altri ricercatori (2007), la quale associa le allucinazioni uditive con deficit di materia bianca nelle zone frontali e temporali, speculando così che la disconnessione fronto-temporale sinistra possa agire sulla patofisiologia delle voci stesse. Vi sono poi delle

ricerche, sempre in ambito neuropsicologico, che, facendo uso di tecniche di neuroimaging funzionale, hanno osservato quali network cerebrali, se malfunzionanti, potrebbero stare alla base della manifestazione delle allucinazioni uditive (Allen et al., 2012). In particolare, una di queste farebbe riferimento ad un malfunzionamento di un *network* fronto-temporale distribuito bilateralmente, che nelle persone che sentono le voci si attiverebbe in modo eccessivo mentre hanno le allucinazioni (Shergill, Bullmore, Simmons, Murray, & McGuire, 2000 *citato in* Allen et al., 2012). Un'altra indagine invece viene riconosciuto come fattore causale dell'udire voci una disfunzione dei sistemi di memoria verbale, che coinvolgono l'area paraippocampale (Jardri, Pouchet, Pins, & Thomas, 2011 *menzionato in* Allen et al., 2012).

Nel paragrafo successivo vedremo quali terapie e trattamenti i professionisti della salute mentale che operano secondo la prospettiva psichiatrica potrebbero proporre alle persone che sentono voci e che a loro si rivolgono.

1.3 Gli psicofarmaci silenziano le voci?

Come descritto nel primo paragrafo del presente capitolo, le allucinazioni uditive, entro la cornice di riferimento psichiatrica, vengono definite come un elemento distintivo proprio della sintomatologia associata alla schizofrenia o, più in generale, ai disturbi psicotici.

La psichiatria è una disciplina che tende a posizionarsi all'interno di un modello operativo medico, che propone precisi strumenti, terapie e prassi operative conformi al proprio statuto epistemologico. Alla stregua dell'ambito medico, quindi la psichiatria in ambito clinico propone strategie di trattamento farmacologico.

Gli antipsicotici, detti anche neurolettici, sono considerati come il trattamento primario per persone che presentino una diagnosi di schizofrenia o di disturbi psicotici (Thompson, Stansfeld, Cooper, Morant, Crellin, & Moncrieff, 2020). Essi possono essere suddivisi in due macrocategorie sulla base del meccanismo d'azione che li caratterizza: gli antipsicotici tipici (oppure detti “di prima generazione”) e gli antipsicotici atipici (detti anche di seconda generazione). Quest’ultimi presenterebbero un’azione più specifica, mirata e selettiva sul sistema dopaminergico e, inoltre, sarebbero ritenuti spesso come meno impattanti in termini di effetti collaterali rispetto ai neurolettici tipici. In tabella i principali neurolettici tipici e atipici in commercio:

Macro-categoria	Classe	Molecola (<i>Nome commerciale</i>)
Neurolettici tipici (di prima generazione)	Fenotiazine	Clorpromazina (<i>Prozin, Largactil</i>)
		Dixirazina (<i>Esucos</i>)
		Flufenazina (<i>Anatensol</i>)
		Levomepromazina (<i>Nozinan</i>)
		Perfenazina (<i>Trilafon</i>)
		Promazina (<i>Talofen</i>)
		Propericiazina (<i>Neuleptil</i>)
		Tioridazina (<i>Melleril</i>)
		Trifluoperazina (<i>Modalina</i>)
	Butirrofenoni	Aloperidolo (<i>Haldol, Serenase</i>)
		Bromperidolo (<i>Impromen</i>)
		Dipiperone (<i>Piperonil</i>)
		Droperidolo (<i>Sintodian</i>)
	Benzamidi	Amisulpride (<i>Deniban, Solian, Sulamid</i>)
		Levosulpride (<i>Levobren, Levopraid</i>)
Sulpiride (<i>Equilid, Dobren, Championil</i>)		
Sultopride (<i>Barnotil</i>)		
Tiapride (<i>Italpride, Sereprile</i>)		
Neurolettici atipici (di seconda generazione)	–	Clozapina (<i>Leponex</i>)
	–	Olanzapina (<i>Zyprexa</i>)
	–	Quetiapina (<i>Seroquel</i>)
	–	Risperidone (<i>Risperdal, Belivon</i>)

Dal momento che le conoscenze ad oggi disponibili circa le allucinazioni uditive e gli eventuali meccanismi neurali coinvolte non sono ampie, anche le conoscenze in merito a come dei farmaci che agiscono a livello del sistema nervoso centrale possano influire sull'esperienza soggettiva della persona e sulla neurofisiologia delle allucinazioni uditive sono inadeguate (Pandarakalam, 2016). Infatti, non si è ancora arrivati a disporre di una conoscenza unica e condivisa entro la comunità scientifica in merito a come i meccanismi d'azione dei farmaci appartenenti alla classe dei neurolettici influisca sui sintomi della schizofrenia o di quadri patologici di natura psicotica (Thompson, Stansfeld, Cooper, Morant, Crellin, & Moncrieff, 2020).

Per contribuire allo sviluppo di tale conoscenza, Thompson e altri ricercatori (2020) si sono occupati di descrivere l'impatto che i neurolettici hanno sui sintomi psicotici, facendo una review di molteplici studi qualitativi atti a riportare l'esperienza di persone che seguono una terapia con farmaci antipsicotici. Quello che è emerso è che l'assunzione di neurolettici non comporta la scomparsa dei sintomi allucinatori, ma solo una loro riduzione. Quindi i resoconti di queste persone coinvolte nei diversi studi pongono l'attenzione sul ruolo d'aiuto che i neurolettici hanno giocato nel ridurre la sintomatologia allucinatoria o comunque la presenza delle voci. Questi dati, in accordo anche con altri studi aventi il medesimo scopo, potrebbero consentirci di dire che gli psicofarmaci appartenenti alla classe dei neurolettici non possiedono specificatamente proprietà anti-allucinatorie ma piuttosto consentono una riduzione relativa la manifestazione di tali fenomeni.

Un dato che potrebbe confermare ciò è quello ottenuto da uno studio citato da Butenaerts, Romme e Escher (1999) dove una stima prudente delle persone con diagnosi di schizofrenia che continuano ad avere esperienze psicotiche nonostante usino neurolettici vadano da una percentuale che oscilla tra il 25% e il 50%.

A fronte quindi di dati che testimoniano una efficacia modesta degli antipsicotici sulle voci, o nulla nel caso in cui si tratti di allucinazioni farmaco-resistenti, appare necessario che i professionisti della salute mentale possano valutare attentamente i benefici e i rischi associati al trattamento psicofarmacologico che intendono proporre (Pandarakalam, 2016). Se i benefici possono essere riscontrati entro una riduzione della sintomatologia, i rischi fanno invece riferimento a quelli che vengono definiti come effetti collaterali. Per effetti collaterali possiamo considerare tutte quelle ricadute a livello comportamentale, emotivo o esperienziale che l'assunzione di psicofarmaci, in questo caso più precisamente di antipsicotici, può generare nella persona. I numerosi studi presi in considerazione da Thompson e gli altri ricercatori (2020) mettono in luce gli effetti collaterali riportati dalle persone coinvolte. Gli elementi a livello fisico che vanno a caratterizzare lo stato distintivo prodotto dall'uso di neurolettici sono la letargia associata a debolezza, rigidità e tremore. Inoltre, in taluni casi è possibile anche riscontrare un incremento ponderale significativo e situazioni di disfunzioni legate alla sfera sessuale. A livello emotivo e sentimentale, le persone testimoniano una esperienza "smorzata". Le emozioni non vengono più vissute a pieno nella loro intensità, ma quello che rimane è un ottundimento emotivo. Quello che invece è possibile che si verifichi a livello cognitivo è un rallentamento tale da comprometterne il funzionamento. Spesso all'interno degli studi analizzati, le persone per descrivere quello che sentivano a fronte della manifestazione degli effetti collaterali dicevano che li facevano sentire come *zombie*.

La questione dell'efficacia degli psicofarmaci appartenenti alla classe degli antipsicotici pare imporsi a fronte degli elementi sin ora considerati. Whitaker, nel sesto capitolo del suo libro "*Indagine di un'epidemia*" (2013), offre un quadro d'analisi completo circa quella che è l'influenza che gli psicofarmaci hanno sul decorso a lungo termine di un disturbo mentale, occupandosi in primo luogo della schizofrenia.

I primi studi condotti negli Stati Uniti circa l'efficacia dei neurolettici si occupavano di valutare l'entità della riduzione della sintomatologia associata a tale disturbo a seguito di trattamento antipsicotico. Quindi le analisi d'efficacia che venivano condotte erano di carattere quantitativo, dove il criterio principale utilizzato era il numero di sintomi che la persona manifestava durante il trattamento. Queste indagini, perciò, non si occupavano di andare a cogliere tutti quegli aspetti che comunque vanno a comporre il quadro relativo la salute della persona. Inoltre, tali analisi quantitative venivano condotte nel breve periodo, in genere nelle prime sei settimane di trattamento. Questo ha portato in particolare qualche studioso dell'epoca a dire come non si potesse effettivamente parlare di efficacia se non si fossero fatti altrettanti studi che però andassero a valutare gli effetti sul lungo periodo, quindi dopo due o cinque anni dall'inizio del trattamento.

Uno degli studi che è entrato nel merito della valutazione dell'efficacia a lungo termine dell'assunzione di neurolettici è quello di Carpenter, McGlashan e Strauss (1977), con l'obiettivo di esaminare se persone con diagnosi di schizofrenia al primo episodio acuto potessero essere curate con successo senza che assumessero neurolettici. È emerso che coloro che non avevano ricevuto un trattamento antipsicotico durante il periodo di ospedalizzazione venivano dimessi prima rispetto a persone che invece lo avevano ricevuto. Ad un anno dall'ospedalizzazione, le persone non trattate farmacologicamente che avevano avuto almeno una ricaduta erano il 35%, a fronte del 45% di quelli che assumevano neurolettici. Questi ultimi avevano inoltre maggiori manifestazioni di crisi depressive, di rallentamento motorio e di appiattimento emotivo.

Rappaport (1978) si è occupato di mostrare gli esiti della schizofrenia a tre anni e, di conseguenza, anche l'efficacia del trattamento farmacologico. Lo studio condotto ha messo in luce come persone che non erano mai state trattate con neurolettici, e che quindi sia durante sia post-degenza avevano assunto placebo, erano anche quelle che avevano

gli esiti migliori a tre anni, in termini sia di gravità della malattia e sia di percentuale associata alle ri-ospedalizzazioni. Contrariamente, l'esito peggiore riguardava coloro che erano stati trattati con antipsicotici, sia durante la degenza in ospedale sia dopo le dimissioni. Sulla base di questi risultati, Rappaport ha asserito che gli antipsicotici potrebbero non essere il trattamento d'elezione per tutti i pazienti, se l'obiettivo che ci si pone fosse quello di un miglioramento clinico a lungo termine.

In relazione alla questione dell'efficacia del trattamento continuativo e a lungo termine con neurolettici, Harrow (2007) si è occupato di condurre uno studio della durata di quindici anni che prevedesse un follow-up ogni anno con l'intento di delineare quelle tipologie di pazienti che fossero in grado di funzionare nonostante avessero interrotto l'uso di antipsicotici per un lungo periodo di tempo. Quindi quello che Harrow ha voluto osservare con questo studio è se, innanzitutto, sia possibile che alcune persone che hanno avuto diagnosi di schizofrenia possano tornare ad avere un funzionamento adeguato nonostante non assumano più psicofarmaci; inoltre, se ciò fosse possibile, lo scopo sarebbe quello di identificare quelle caratteristiche o aspetti che, se presenti in una persona, possano essere indice di buone probabilità di ripristino di un funzionamento adeguato anche senza l'utilizzo di psicofarmaci. Alla fine dei primi due anni dall'inizio dello studio, quello che è stato possibile osservare è che coloro che assumono psicofarmaci presentano un funzionamento leggermente peggiore rispetto a chi non ne fa uso. Da quel momento in poi, fino alla fine, gli andamenti dei due gruppi hanno cominciato a divergere in modo significativo, tant'è che lo studioso ha concluso che le persone con diagnosi di schizofrenia che riescono a non assumere farmaci per un lungo periodo di tempo hanno un grado di funzionamento globale significativamente migliore se confrontati con coloro che invece assumono con regolarità antipsicotici. Inoltre, Harrow ha messo in luce come la possibilità di disporre di risorse interne e l'aver una

buona immagine di sé e un certo sentimento di autostima siano fattori protettivi e predittivi che, se una persona ne dispone, si associano a maggiori probabilità di successo della riconquista di un adeguato funzionamento globale senza l'ausilio di farmaci.

Collegata all'assunzione continuativa e per lunghi periodi di psicofarmaci antipsicotici, vi sono evidenze di come questa possa essere considerata un fattore causativo di modificazioni cerebrali. In particolare, Ho e altri ricercatori (2011) hanno dimostrato come il trattamento con antipsicotici ha un'influenza significativa sulla modificazione dei volumi cerebrali, anche dopo aver tenuto conto delle possibili confusioni dovute alle altre tre variabili prese in considerazione (ossia la durata della malattia, la gravità della malattia, e l'abuso di sostanze). I cambiamenti strutturali osservati e che sono stati associati ad un maggior trattamento con neurolettici riguardano una riduzione dei volumi della materia grigia e della materia bianca (coinvolgendo molteplici sotto-regioni cerebrali), espansioni del volume del liquido cerebrospinale solcale e un allargamento del volume dei gangli basali.

Anche i risultati di altri studi riportati da Breggin in *“La sospensione degli psicofarmaci”* (2013) mettono in luce come l'esposizione a lungo termine di antipsicotici possa portare a un'atrofia cerebrale irreversibile, così come a sintomi extrapiramidali persistenti sottoforma di discinesia tardiva. Quest'ultima è una patologia che, se facciamo riferimento alle stime presenti nel *DSM-IV TR* (APA, 2000), un giovane adulto ha un rischio del 9-15% di sviluppare dopo tre anni di esposizione, mentre per una persona anziana il rischio aumenta e si attesta sulla soglia del 75-90%. Inoltre, è emerso che antipsicotici classici e antipsicotici di nuova generazione non si distinguono in termini significativi circa la non insorgenza di tale condizione così altamente invalidante (Nasrallah, 2007 *citato in* Breggin, 2013).

Tutti gli studi finora riportati risultano essere importanti anche per le loro implicazioni cliniche: infatti questi possono essere strumenti utili ai professionisti della salute mentale nel coadiuvare le scelte terapeutiche per ciascuna persona con diagnosi di schizofrenia e che presenti allucinazioni uditive. Consentono infatti di avere maggiormente presenti quelli che potrebbero essere non solo i benefici che i farmaci possono dare nel breve periodo d'assunzione ma anche tutti quegli effetti collaterali che si potrebbero manifestare qualora il trattamento si prolungasse nel tempo.

Nel prossimo capitolo potremo osservare quello che è lo sguardo dell'Interazionismo Simbolico sul fenomeno dell'udire voci e quali strategie propone per farvi fronte.

CAPITOLO 2

LA RICERCA INTERAZIONISTA SULL'UDIRE VOCI

*In realtà nessun io, nemmeno il più ingenuo è
un'unità, bensì un mondo molto vario, un piccolo
cielo stellato, un caos di forme, di gradi e
situazioni, di eredità e possibilità*

Herman Hesse

2.1 La nascita di un nuovo sguardo: il Movimento *Hearing Voices*

Il Movimento *Hearing Voices* (in inglese *Hearing Voices Movement*, HVM) viene riconosciuto come un importante movimento di utenti dei servizi dedicati alla Salute Mentale che si occupa di promuovere le esigenze e le prospettive di coloro che vengono definiti “*esperti per esperienza*” del fenomeno udire voci (Corstens, Longden, McCarthy-Jones, Waddingham, & Thomas, 2014). Le origini di tale Movimento vengono rintracciate nell'incontro tra lo psichiatra sociale Marius Romme, la ricercatrice Sandra Escher e l'uditrice di voci Patsy Hage, avvenuto alla fine degli anni Ottanta del secolo scorso. L'esigenza di poter comprendere e condividere le idee e le esperienze delle persone che sentono le voci ha dato vita ad un filone di ricerca guidato dai due studiosi, che ha consentito di rimodellare le conoscenze biomediche tradizionali relative il fenomeno e le strategie proposte per affrontarlo (Corstens, Longden, McCarthy-Jones, Waddingham, & Thomas, 2014).

Proprio grazie alla collaborazione tra esperti per esperienza e esperti per professione è stata resa possibile sia la pubblicazione da parte di Romme e Escher del primo articolo scientifico dedicato al fenomeno (1989), sia l'organizzazione nel 1987 del primo Congresso di uditori di voci. Quest'ultimo viene rappresentato come la prima grande opportunità per gli uditori di voci di incontrare altre persone con una storia simile alla loro e quindi di poter vivere uno spazio in cui fosse possibile condividere non solo le proprie esperienze legate al sentire le voci, ma anche le strategie che essi stessi hanno messo in campo per gestire la presenza di tale fenomeno nella loro vita (Romme, & Escher, 1989).

A partire da questo primo evento internazionale europeo, hanno cominciato ad emergere i primi gruppi di sostegno tra pari per uditori di voci, conosciuti come Gruppi per Uditori di Voci (in inglese *Hearing Voices Groups*, HVGs), mantenendo vivi quegli scopi che lo stesso Congresso si era posto, promuovendone il perseguimento (Corstens, Longden, McCarthy-Jones, Waddingham, & Thomas, 2014).

Ciò che dunque ha reso peculiare il Movimento *Hearing Voices* è la messa al centro dell'esperienza vissuta dalle persone che sentono le voci. Partendo dai loro racconti e dalle loro storie di vita, gli studi scientifici e i modelli teorici proposti hanno preso forma, così come le modalità di intervento. Quello che quindi il Movimento ha messo in luce è l'importanza di cogliere nel detto degli uditori di voci quello che effettivamente può essere d'aiuto per gestire la loro stessa esperienza, il quale non sempre coincide con il giudicare il fenomeno come una manifestazione psicopatologica (Romme, & Escher, 1989; Corstens, Longden, McCarthy-Jones, Waddingham, & Thomas, 2014, Bien, & Reis, 2017).

Sul finire del Novecento, i valori del Movimento e le conoscenze prodotte in seno ad esso hanno valicato i confini della culla europea. In quegli anni, Gail Hornstein, ricercatrice e studiosa sociale statunitense, ha pubblicato le sue prime ricerche relative l'udire voci. Come Romme e Escher facevano in Europa, anche Hornstein ha dato rilievo e messo in luce le storie di vita raccontate in prima persona da coloro che sentono le voci, sia entro le sue ricerche sia entro gruppi a loro dedicati a cui ella stessa ha dato vita (<https://www.gailhornstein.com>).

Negli stessi anni, anche in Italia alcuni studiosi si sono interessati al fenomeno del sentire voci, riconoscendosi nei valori e nei principi propri del Movimento. A partire dalle ricerche iniziali condotte in quegli anni dal Professor Alessandro Salvini secondo i presupposti dell'Interazionismo Simbolico, ad oggi la psicoterapeuta e ricercatrice Maria Quarato ha sviluppato un protocollo di ricerca ed un modello di psicoterapia proprio per l'udire voci.

Ora vedremo maggiormente nello specifico teorie e proposte di intervento per persone che sentono le voci e che fanno riferimento a quanto condiviso dal Movimento *Hearing Voices*.

2.2 Ricerche sull'udire voci

Come descritto nel capitolo precedente, la presenza di allucinazioni uditive è considerata come un criterio elettivo per indirizzare il processo di *assessment* verso la diagnosi di schizofrenia. Tuttavia, diversi clinici e ricercatori si sono occupati di indagare tale specificità patognomica, mettendone in luce la criticità. Studi come quelli condotti dai gruppi di ricerca di Goodwin (1971) e Larøi (2012) hanno osservato come l'esperienza dell'udire voci fosse possibile non solo in persone che avevano ricevuto una diagnosi di

disturbo psicotico, ma anche in persone che presentavano altre condizioni cliniche, come, per esempio, disturbi dell'umore, disturbo borderline di personalità, disturbi dissociativi, alcoolismo, uso di sostanze, eccetera. Inoltre, le caratteristiche fenomenologiche delle allucinazioni uditive sarebbero simili in tutti i disturbi: perciò le allucinazioni uditive entro un disturbo schizofrenico non si distinguerebbero in modo significativo rispetto a quelle che potrebbero essere presenti in altri disturbi come quelli sopracitati.

Se questi studi hanno consentito alla comunità scientifica di rivalutare la specificità patognomica associata all'udire voci, altre ricerche hanno consentito anche di riconsiderare la portata patologica di tale esperienza. Le allucinazioni uditive sono state rintracciate non solo in gruppi clinici altri rispetto a quelli caratterizzati da una diagnosi di schizofrenia ma anche entro la popolazione generale, in una piccola percentuale di persone che potrebbero essere considerate "normali" (Tien, 1991). Queste, quindi, non presenterebbero alcun altro sintomo o segno indicativo di un manifestarsi di un disturbo, allontanando qualsiasi sospetto psicopatologico e qualsiasi genere di credenza di "malattia" (Romme, Escher, Dillon, Corstens, & Morris, 2009).

A fronte di questi dati, il sentire le voci è stato considerato dai ricercatori come un fenomeno a sé stante e non più come un elemento che, se fosse presente, potrebbe esser associato istantaneamente ad una manifestazione psicopatologica (Ferryhough, 2004).

Quanto riportato sinora si inserisce entro un filone di ricerca che si propone di offrire uno sguardo altro al fenomeno dell'udire voci, che si distingue rispetto a quello tradizionalmente proposto e usato in ambito psichiatrico. Una prospettiva non patologizzante che si discosti dal riconoscere nel sentire le voci un disturbo mentale, ponendolo anzi su di un *continuum* con il funzionamento normale (van Os et al., 2000). Difatti, coloro che hanno esperienza di allucinazioni uditive entro la popolazione generale

hanno la tendenza a non rivolgersi a servizi o professionisti che si occupano di salute mentale: non solo in ragione del fatto che essi non si considerino dei “malati”, ma anche per il timore di venir giudicati “matti” (Andrew, Gray, & Snowden, 2008 *menzionato in* Iudici, Faccio, Quarato, Neri, & Castelnuovo, 2017). Ed è in virtù di quest’ultimo che non proferiscono parola circa la loro esperienza, fatto che ha come ricaduta diretta il rischio che l’udire voci venga considerato come patologico proprio per mancanza di conoscenza del fenomeno stesso (Iudici, Faccio, Quarato, Neri, & Castelnuovo, 2017).

Le ipotesi e le teorie che sono state prodotte in seno a questa nuova prospettiva con l’obiettivo di gettar luce sul fenomeno dell’udire voci sono molteplici.

Alcune tra esse hanno posto in stretto collegamento il sentire voci con il contesto socio-culturale e simbolico in cui il fenomeno si verifica, ponendo particolare attenzione sia sulle credenze diffuse in merito allo stesso, sia sui termini e sulle parole utilizzate per descriverlo (Iudici, Quarato, & Neri, 2019). In Occidente solitamente il sentire le voci viene configurato negativamente e difficilmente viene accettato, tranne che per alcune circostanze: entro alcune comunità con forte fede cattolica, l’udire voci a contenuto religioso non viene considerato in modo inequivocabile come un sintomo patologico, anzi, vi vengono attribuiti significati molto distanti da ciò (Jenkins, & Barrett, 2004 *citato in* Iudici, Quarato, & Neri, 2019). Quindi entro un contesto in cui credenze di carattere religioso sono diffuse e ampiamente condivise, un fenomeno di questo tipo non viene riconosciuto come deviante, ma, anzi, come un’esperienza possibile. Difatti, in culture non occidentali, dove non vi è una distinzione così netta tra realtà e fantasia, le allucinazioni uditive sono spesso ritenute un dono divino oppure una possessione e, appunto per questo, le persone sono maggiormente incoraggiate a scoprire e fare esperienza di questi fenomeni (Al-Issa, I., 1977).

Prendendo invece in considerazione il contesto interattivo che le persone intrattengono con le proprie cerchie relazionali, alcuni ricercatori hanno proposto di configurare le allucinazioni uditive come un elemento che assolva una funzione relazionale, laddove ve ne sia la mancanza (Hayward, Berry, & Ashton, 2011). Le voci, quindi, avrebbero il ruolo di andare a colmare quel vuoto interattivo che una persona potrebbe esperire nella propria famiglia o nelle relazioni amicali.

Un altro elemento a cui hanno prestato attenzione i ricercatori che accolgono e condividono questo sguardo altro sull'udire voci è il linguaggio, il cui uso è stato dimostrato essere in relazione con le allucinazioni uditive (Iudici, Quarato, & Neri, 2019). Esse, in particolare, potrebbero essere collegate ad un errore di monitoraggio del dialogo interno, intendendo con quest'ultimo quel dialogo fluente che ciascuno intrattiene costantemente dentro di sé con sé stesso (Brébion, David, Bressan, Ohlsen, & Pilowsky, 2009). La persona, perciò, a fronte di un errore di monitoraggio della fonte (in inglese *error source monitoring*), potrebbe considerare come esterno a sé il proprio dialogo interno, conferendogli dunque l'entità di voce esterna e indipendente da sé, riducendo così sia la comprensione sia la gestione di tale fenomeno (Brébion, David, Bressan, Ohlsen, & Pilowsky, 2009). Altri ricercatori invece hanno ipotizzato un'altra ragione per la quale il dialogo interno, detto anche subvocale, potrebbe essere coinvolto nella generazione di allucinazioni uditive che poi la persona attribuisce a qualcuno di esterno e distinto da sé. Il dialogo interno subvocale si rifletterebbe nell'attivazione di specifici muscoli, gli stessi utilizzati per l'articolazione delle parole e anche durante il pensiero orale. Le allucinazioni uditive, quindi, potrebbero essere il risultato dell'accentuazione e del potenziamento della subvocalizzazione stessa (Seal, Aleman, & McGuire, 2004). Un'ulteriore ipotesi che ha posto attenzione sul ruolo che il linguaggio potrebbe avere nel fare esperienza delle voci è quella avanzata da Fernyhough (2004). Considerando il

dialogo interno come il risultato di uno sviluppo ontogenetico e come un processo di interiorizzazione di discorsi socialmente mediati, l'udire voci rappresenterebbe un'interruzione del processo stesso. Quindi i discorsi esterni e propri della società non verrebbero più interiorizzati dall'individuo, non verrebbero più "fatti propri", accentuando così la percezione che essi siano quindi frutto di altri effettivamente distinti da sé (Ferryhough, 2004).

Nel paragrafo successivo vedremo come l'udire voci sia rappresentato entro la cornice teorica dell'interazionismo simbolico e come essa offra uno sguardo non patologizzante al fenomeno.

2.3 L'udire voci secondo l'Interazionismo Simbolico

I ricercatori che si riconoscono entro la cornice teorica dell'Interazionismo Simbolico sono quelli che maggiormente si sono dedicati alla conoscenza del fenomeno dell'udire voci (Salvini, & Bottini, 2011).

Quanto prodotto conoscitivamente entro questo approccio teorico è fondato su di un'epistemologia che si discosta da quella utilizzata, per esempio, in ambito psichiatrico, offrendo uno sguardo diverso al fenomeno, uno sguardo non patologizzante. L'utilizzo di termini come "allucinazione" o "sintomo allucinatorio" per dirsi dell'udire voci viene considerato dai ricercatori di matrice interazionista come inadeguato (Salvini, & Bottini, 2011). Essi non solo non sarebbero in grado di poter descrivere e rendere conto della varietà dell'esperienza vissuta dalle persone che sentono le voci, ma anche non consentirebbero uno studio multidisciplinare del fenomeno stesso. Quest'ultimo permetterebbe di indagare quindi non solo quegli aspetti tenuti in considerazione dalla psichiatria ma anche tutti quei processi biografici, cognitivi, relazionali e culturali sottesi

all'esperienza stessa che solo un'epistemologia altra consente di osservare (Salvini, & Bottini, 2011).

A fronte di ciò, l'Interazionismo Simbolico ha proposto di guardare al fenomeno dell'udire voci come ad una delle molteplici possibilità di manifestazione della coscienza della persona che lo esperisce (Salvini, & Bottini, 2011). Cambiamenti di contesto, di ruolo o di situazioni implicano un processo dissociativo che genera forme di coscienza di sé separate, ciascuna peculiare per rappresentazioni e pensieri. Tale scissione impedirebbe a molte persone di riconoscere i propri pensieri entro le voci che ascoltano e faciliterebbe l'attribuzione di tali artefatti a qualcuno di esterno a sé.

I pensieri latenti della persona veicolati dalle voci, per quanto individuali, propri e non riconosciuti, comunque prenderebbero forma a partire dalla cultura che la persona stessa condivide. Il panorama culturale funge da sostrato semantico della coscienza individuale. Il copione allucinatoria, ossia il contenuto narrativo delle voci, si costruisce sulla base del retroterra semiotico e culturale di chi ne fa esperienza (Salvini, & Bottini, 2011).

Quest'ultimo, oltre che modellarne i contenuti, risulterebbe essere un elemento importante anche all'interno del processo interpretativo del fenomeno che la persona opera. Identificare le voci come delle allucinazioni uditive e quindi come un artefatto non proprio implicherebbe condividere delle matrici narrative e interpretative del proprio gruppo di appartenenza storica, sociale e culturale che propone quel determinato sguardo al fenomeno (Salvini, & Stecca, 2013). Le credenze a livello culturale quindi condivise con il resto della propria comunità di appartenenza svolgerebbero una funzione performativa rispetto al fenomeno, rendendo maggiormente accessibile alla persona una certa interpretazione anziché un'altra (Salvini, & Bottini, 2011).

Tale processo interpretativo consentirebbe alla persona che sente le voci di attribuire un senso ed un significato a quella che è la sua esperienza. Perciò gli uditori di voci ricoprirebbero inconsapevolmente un ruolo attivo nel processo di attribuzione di senso all'esperienza che essi stessi vivono, costruendola nella sua totalità. Le credenze influirebbero in questo modo non solo sulla percezione e interpretazione del fenomeno stesso, ma anche sulla configurazione da parte dell'individuo dell'evento attivante e delle reazioni a tale fenomeno (Salvini, & Bottini, 2011; Salvini, & Stecca, 2013). Sarebbe a fronte delle conoscenze e delle matrici interpretative mutate a livello societario che la persona configura negativamente il sentire delle voci, reagendovi con emozioni altrettanto negative, come paura, ansia o sconforto (Salvini, & Bottini, 2011).

Quindi, se il sentire delle voci secondo i ricercatori è reso possibile dalla sovrapposizione di situazioni particolari (come, per esempio, sovraccarico emotivo, forte stress, perdite affettive o peculiarità biografiche) e una certa disposizione individuale (arcaica e latente), la configurazione del fenomeno e le reazioni allo stesso sarebbero invece costruite attivamente e inconsapevolmente dal percepiente, attingendo a credenze disponibili a livello culturale (Salvini, & Bottini, 2011; Salvini, & Stecca, 2013).

L'individuo non solo ricoprirebbe un ruolo attivo, sebbene inconsapevole, nell'uso delle categorie interpretative che ha a disposizione nel processo di attribuzione di senso all'esperienza dell'udire voci ma anche nel processo generativo della stessa (Salvini, & Bottini, 2011). Sulla base degli studi teorici fondati sulla pratica clinica, i ricercatori e i clinici di matrice interazionista hanno potuto asserire che l'udire voci potrebbe essere configurato come una "tentata soluzione" generata dalle persone che ne fanno esperienza per porre rimedio ad alcune questioni personali (Quarato, 2019). Per tentata soluzione si intende una soluzione soggettiva, un tentativo adattivo atto a preservare un equilibrio personale con lo scopo di fronteggiare situazioni relazionali difficili, come particolari

stress emotivi e sociali. (Salvini, & Stecca, 2013). Le voci, quindi, verrebbero a configurarsi come un tentativo di riorganizzazione che la persona attivamente genera, anche se con modalità non consapevoli, per non subire passivamente eventi di diversa natura che potrebbero impattare sulla storia della persona, come per esempio incidenti psicobiografici e diversità culturali o neuropsicologiche (Salvini, & Bottini, 2011).

Le voci consentirebbero alla persona di mantenere un equilibrio psicologico che eventi come quelli sopraindicati potrebbero perturbare. A fronte di quanto appena detto, diventerebbe perciò fondamentale conoscere la funzione psicologica assolta dalle voci entro il sistema identitario della persona che ne fa esperienza (Salvini, & Bottini, 2011). Ciò che viene ipotizzato dagli studiosi che condividono la cornice teorica dell'Interazionismo Simbolico è che quelle che comunemente vengono chiamate "allucinazioni uditive" svolgerebbero una funzione di difesa del sé, di una vulnerabilità personale in genere collegata a sentimenti di autoefficacia e di autostima (Salvini, & Bottini, 2011). Difatti, lo stesso copione allucinatorio, ossia i contenuti veicolati dalle voci, sarebbe inerente e collegato a fatti psicobiografici significativi per il singolo o a fragilità tematiche personali che lo stesso presenta.

Sebbene le voci, non essendo riconosciute come "pensieri propri che parlano" ed essendo attribuiti ad un "altro da sé", presentino il vantaggio secondario di proteggere l'autostima dell'uditore e di conferire quindi una continuità al senso di identità personale che la persona prova, esse rappresenterebbero comunque una tentata soluzione disfunzionale (Salvini, & Bottini, 2011). La ragione della disfunzionalità risiede negli effetti collaterali che lo stesso fenomeno genera nella biografia dell'individuo a livello interattivo, relazionale o di adattamento sociale.

Ora che è stato messo in luce quello che è lo sguardo che l'Interazionismo Simbolico ha offerto circa il sentire le voci, e quindi la speculazione teorica ad esso relativa, nel prossimo paragrafo andremo ad osservare quello che propongono i professionisti che agiscono secondo la prospettiva interazionista per gestire il fenomeno.

2.4 Il costrutto di recovery

A partire dagli anni Sessanta del secolo scorso il costrutto di *recovery*, che in italiano potrebbe essere tradotto con il termine “*guarigione*”, ha cominciato ad apparire ed essere utilizzato anche entro l'ambito della Salute Mentale (La Carta della *Recovery*, Trieste, 2014). A rendere possibile l'introduzione di tale costrutto la peculiare congiunzione storica: anni di fermento, dove ha trovato luogo una profonda e radicale trasformazione dei servizi dedicati alla Salute Mentale. Due le spinte propulsive generatrici del cambiamento appena menzionato: una è quella relativa ai Movimenti di pazienti psichiatrici, promotori dello sviluppo e della rivendicazione di Diritti Umani e del diritto all'autodeterminazione; l'altra quella relativa ad un costante indebolimento, su base di studi epidemiologici (McGlashan, & Carpenter, 1988), delle conoscenze fino a quel momento diffuse e disponibili in merito alla cronicità del disturbo mentale severo (tra cui, la schizofrenia).

L'impiego del costrutto di *recovery* ha trovato spazio anche entro la ricerca dedicata al fenomeno del sentire le voci, in particolare entro quegli studi che fanno riferimento a cornici teoriche fondate su di una prospettiva che si discosta da quella tradizionalmente adottata nell'ambito della psichiatria (di cui si è detto nel primo paragrafo del presente capitolo), tra cui anche quella dell'Interazionismo Simbolico. Esso rappresenta uno strumento utile per i professionisti che offrono uno sguardo all'udire voci a partire da

questa prospettiva, in quanto esso viene configurato come una “direzione di movimento”. Con ciò si intende dire che questo costrutto viene tenuto in considerazione dagli stessi per orientare quelle azioni che essi possono mettere in campo per gestire insieme alla persona che sente voci la sofferenza che potrebbe essersi generata da tale esperienza.

Ad oggi, tuttavia, non è disponibile in letteratura una definizione del costrutto di *recovery* che sia condivisa dall'intera Comunità scientifica. Questo, sebbene possa essere considerato come un aspetto critico, comunque è possibile anche considerarlo indice di come esso non sia ancora andato incontro ad un processo di reificazione, mantenendo quindi la sua astrattezza.

Nel 2011 la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), l'agenzia che entro il Dipartimento di Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti si occupa di ridurre l'impatto dell'uso di sostanze e dei disturbi mentali sulle Comunità americane, ha proposto una definizione operativa di *recovery*, che consentisse ai professionisti di progettare e offrire servizi e supporti olistici e integrati, che fossero in grado di incontrare effettivamente i bisogni e le esigenze degli utenti.

Il *recovery* viene descritto come un processo di cambiamento attraverso il quale le persone migliorano la loro salute e il loro benessere, vivono vite gestite autonomamente e si sforzano di raggiungere il loro pieno potenziale (SAMHSA, 2011). Le dimensioni principali che supporterebbero tale costrutto sarebbero:

1. Salute: superare o gestire la propria malattia o i propri sintomi e fare scelte informate e salutari che supportino il benessere fisico ed emotivo;
2. Casa: avere un luogo stabile e sicuro in cui vivere;
3. Scopo: condurre attività quotidiane significative e avere l'indipendenza, il reddito e le risorse per partecipare alla società;

4. Comunità: avere relazioni e reti sociali che forniscono supporto, amicizia, amore e speranza.

Inoltre, sono stati individuati anche dei principi guida per il costrutto di *recovery*:

1. Il *recovery* emerge dalla speranza: questo sentimento viene rappresentato come il catalizzatore del processo di *guarigione*. Credere che la guarigione sia possibile e realizzabile trasmette un messaggio essenziale e motivante di un futuro migliore, raggiungibile grazie al superamento di ostacoli e sfide da parte della persona;
2. Il *recovery* è guidato dalla persona: il processo di *recovery* viene inteso come un percorso unico e personalizzato, progettato a partire dagli obiettivi che la persona intende raggiungere, responsabilizzandola nel compiere quindi le scelte e nel saper usufruire dei suoi punti di forza;
3. Il *recovery* avviene attraverso molti percorsi: la guarigione viene quindi intesa come un processo che si articola a partire dalle peculiarità della biografia dell'individuo, come per esempio *background* socio-culturale, obiettivi, esigenze, punti di forza, qualità e capacità di coping. Elementi come quelli indicati sono quindi considerati criteri utili per orientare le scelte relative il processo che porta la persona alla guarigione;
4. Il *recovery* è olistico: questo principio fa riferimento al fatto che il processo di guarigione è pensato come un processo che coinvolge, coordina e integra diverse sfere della vita della persona, quindi non solo quella sanitaria ma anche, ad esempio, quella relazionale, occupazionale, formativa, sociale e spirituale;

5. Il *recovery* è sostenuto da colleghi, coetanei e alleati e attraverso la relazione e i *social network*: la cerchia familiare e le reti amicali e sociali svolgerebbero un importante ruolo di sostegno alla persona durante il percorso di guarigione. Esse risulterebbero una preziosa fonte e occasione di apprendimento sociale, di condivisione e di esperire sentimenti di appartenenza.
6. Il *recovery* è culturalmente basato e influenzato: le credenze e i valori fanno da sostrato semantico e performano il percorso di *recovery* che la persona ha intrapreso;
7. Il *recovery* è supportato affrontando il trauma: i servizi che si occupano di offrire un supporto nel percorso di *recovery* dovrebbero essere adeguatamente formate in merito al trauma. Qualora una persona presentasse un evento traumatico entro la propria biografia, i servizi dovrebbero creare un clima di fiducia e comprensione che agevoli sia la narrazione sia la ripresa della persona;
8. Il *recovery* coinvolge i punti di forza e le responsabilità dell'individuo, della famiglia e della Comunità: ciascuna persona è portatrice di risorse e di punti di forza, che la famiglia e la comunità hanno la responsabilità di sostenere durante il percorso di *recovery*. Inoltre, la Comunità di appartenenza della persona dovrebbe essere in grado di offrire servizi e occasioni che siano generatrici di coesione sociale, riducendo la discriminazione verso persone che soffrono;
9. Il *recovery* si basa sul rispetto: quest'ultimo principio ribadirebbe quanto espresso in parte sopra, ossia che la Comunità si impegni per favorire la tutela dei diritti e l'integrazione di persone con disturbi mentali.

Alcuni degli elementi riconosciuti dal SAMHSA come fondamentali per dirsi di quel processo di cambiamento inteso come *recovery* sono emersi anche dagli studi condotti dalla psicologa Hornstein (2011).

A partire dalle testimonianze raccolte durante la pratica clinica da persone che effettivamente hanno intrapreso un percorso di *recovery*, ella ha individuato quattro fattori di cui le persone ritengono cruciale la presenza:

1. Essere ascoltati: per le persone che fanno esperienza di stati mentali estremi ed intensi, come l'udire voci, è importante avere qualcuno che le ascolti senza giudizio, quindi in modo acritico. Questo consentirebbe alla persona di poter conferire un senso alla propria esperienza, gettando così le fondamenta per un racconto coerente della propria vita;
2. Essere creduti: avere davanti a sé qualcuno che crede a quelle esperienze, magari anche angoscianti, che si racconta viene considerato fondamentale non solo per articolare o ricordare alcuni aspetti della propria esperienza del fenomeno, ma anche per provare a capire quali tra i propri sentimenti e azioni siano una risposta normale a circostanze estreme;
3. Avere un testimone empatico della propria sofferenza: questo elemento sarebbe d'aiuto per affrontare anche gli aspetti maggiormente angosciosi della propria esperienza;
4. Essere visti da almeno una persona importante come capaci di guarire completamente: è centrale per far sì che una persona possa intraprendere un processo di cambiamento verso la guarigione. In situazioni in cui la persona soffre per l'esperienza che fa con le voci, la possibilità di avere qualcuno per lei importante a fianco che la sostiene e che crede fermamente in un futuro diverso

in cui la sofferenza ha meno spazio e in cui gli obiettivi vengono raggiunti è cruciale per sostenere la persona nelle proprie azioni verso la guarigione.

Anche Romme e Escher con il loro gruppo di ricerca (2009), tra i maggiori esperti internazionali di voci, si sono dedicati profusamente ad individuare entro le storie di coloro che fanno esperienza del fenomeno quegli elementi significativi da tenere in considerazione durante il percorso di *recovery* (e che quindi possono risultare utili per definirne il costrutto). Sono stati messi in luce:

1. Incontrare qualcuno che dimostri interesse nei confronti dell'uditore di voce come persona: la possibilità di essere visti come una persona e non come un malato psichiatrico consentirebbe alla persona stessa di parlare della propria esperienza liberamente in un clima positivo e non giudicante;
2. Dare speranza, indicando una via di uscita e una normalizzazione dell'esperienza: citato anche dal SAMHSA e dalla Hornstein, questo elemento sarebbe fondamentale per vedere l'udire voci non come una condizione patologica irreversibile ma come ad una delle esperienze possibili che una persona può vivere;
3. Incontrare delle persone che accettano le voci come reali ed essere accettati come uditori di voci dagli altri ma anche da sé stessi, diventando così padroni delle proprie voci: questo secondo Romme e Escher sembra essere un passaggio imprescindibile. In un clima in cui si è visti come persone con una storia significativa, la "normalizzazione" dell'udire voci può consentire anche un'accettazione di sé da parte della persona che ne fa esperienza;

4. Assumere un interesse attivo verso le proprie voci: se non si considera il sentire le voci come un sintomo psicotico, risulta utile conoscere e comprendere i legami che uniscono tale fenomeno alla storia dell'individuo e i significati ad esso associati;
5. Riconoscere le voci come personali: riconoscere quindi che le voci sono “pensieri che parlano” e che quindi i contenuti che veicolano sono contenuti propri a cui prestare attenzione;
6. Cambiare la struttura di potere tra la persona e le sue voci: si tratta quasi di un processo a sé stante ma comunque fondamentale e necessario per il *recovery*. Si tratta di un processo in cui la persona riorganizza attivamente il proprio rapporto con le voci, liberandosi così del ruolo di vittima;
7. Operare delle scelte: prendere tutta una serie di scelte che consentano alla persona di perseguire prima e raggiungere poi l'obiettivo di guarigione. Esempi che ci potrebbero dire di questa riapertura al mondo sono trovare un lavoro, delle passioni, prendersi cura di sé e della famiglia, avere degli amici e tornare a vivere gli spazi comunitari;
8. Cambiare la relazione con le voci: il processo di *recovery* implica anche una modificazione degli equilibri di potere fino a quel momento presenti nella relazione tra la persona e le voci e ciò è possibile solo nel momento in cui la persona stessa riconosce che il potere delle voci è tale solo nella misura in cui si è disposti a conferirgliene;
9. Riconoscere le proprie emozioni personali e accettarle: attribuire quelle emozioni e quei sentimenti veicolati dalle voci non più a qualcuno di esterno a sé ma a sé stessi.

La messa in luce degli elementi finora descritti utili per comprendere meglio il costrutto di *recovery* è stata resa possibile solo partendo dai racconti stessi che le persone che sentono le voci hanno fatto della propria esperienza. Il “cosa è d’aiuto” nell’udire voci non può quindi essere frutto di pregiudizi sulla salute o malattia mentale ma della comprensione della complessità delle intense storie di coloro che hanno esperienza dell’udire voci.

Per tali ragioni, nel prossimo capitolo ci avvicineremo ad una delle modalità con cui una persona può raccontare di sé e narrare la propria storia: l’autobiografia.

CAPITOLO 3

L'AUTOBIOGRAFIA COME NARRAZIONE IDENTITARIA E SOCIALE

La complessità di una vita umana è costituita dalle sue zone d'ombra, dagli enigmi irrisolti grandi o effimeri, dalle rarefazioni e dalle evanescenze dei sentimenti, dei vizi, delle debolezze quotidiane.

La geometria di una vita è informe, eccentrica, quasi sempre con ben poche linee rette.

Duccio Demetrio

3.1 Raccontare la propria storia

La nascita dell'autobiografia come genere letterario viene fatta risalire all'epoca della tradizione letteraria latina e cristiana, in particolare con la scrittura e diffusione dell'opera *Confessiones* di Sant'Agostino (398), la quale rappresenta il primo grande modello di scrittura autobiografica. Tale genere ha inoltre trovato ulteriori sviluppi durante lo scorso millennio, nello specifico nel Cinquecento con il filosofo Michel De Montaigne e nel Settecento con il filosofo Jean Jacques Rousseau, i quali ancora oggi vengono riconosciuti tra i fondatori dell'autobiografia (Demetrio, 1996).

In psicologia, soprattutto a partire dalla seconda metà del secolo scorso con l'emergere e l'affermarsi di quella che viene definita come la seconda rivoluzione cognitiva, gli scritti autobiografici hanno assunto notevole rilevanza. Entro questa nuova prospettiva, le narrazioni sono considerate essere il fondamento delle esperienze psicologiche che esse stesse intendono descrivere. A fronte di ciò, quindi, l'autobiografia risulta essere una

fonte preziosa per osservare come le persone costruiscono la propria esperienza e il senso che vi attribuiscono (Flanagan, 1994 cit. in Tekin, 2011).

Il poter raccontare la propria storia a qualcuno, ossia parlare quindi anche del proprio sé, coinvolgerebbe tre diversi processi mentali: la retrospezione, l'interpretazione e la costruzione (Demetrio, 1996).

Per scrivere un'autobiografia, è necessario che la persona possa avere accesso ai propri ricordi, quindi a ciò che ha caratterizzato la propria vita fino a quel momento. L'immagine poetica che Demetrio (1996) riporta nella sua opera risulta essere evocativa e chiarificatrice di questo processo:

“L'accesso al pensiero autobiografico ci trasforma in artefici e artigiani, in pazienti ricercatori di ogni indizio e traccia [...], in meticolosi merlettai e ricucitori dei frammenti, delle tessere disordinate e obliate o, più spesso, rimosse” (Demetrio, 1996, p. 12).

Nel momento in cui ritrova e accoglie quegli istanti impressi nella sua memoria, la persona ha la possibilità di osservare e contemplare ciò che ha contribuito a formare ciò che è diventata. È proprio in questo frangente che il pensiero autobiografico potrebbe dar luce e liberare *“la magia sconcertante della molteplicità”* (Demetrio, 1996). L'individuo, osservando ciò che è stato in passato, può scoprirsi cambiato, modificato. La persona può accorgersi che il suo sé è frutto di molti altri sé passati, che nel corso della sua vita, quindi, è stata anche *altri io*. È però proprio grazie all'opera certosina e attenta di quello che viene definito come *io tessitore* che la persona riesce a ricostruire la propria storia (Demetrio, 1996). Il pensiero autobiografico consente al singolo di assumersi la responsabilità di tutto ciò che è stato e di accettarsi in quanto tale, anche laddove alcune parti di sé possano essere configurate come critiche, e, tramite l'io tessitore, attribuire loro un senso.

Per poter parlare di sé agli altri, e quindi anche per scrivere un'autobiografia, è necessario che la storia che si offre sia coerente, che renda conto di come la propria identità sia stata mantenuta nel corso del tempo (Smorti, 2011). Perciò, nel momento in cui il passato viene ricomposto, le connessioni che intercorrono e che vengono tessute tra i vari ricordi devono consentire di dare forma ad una rappresentazione significativa (Demetrio, 1996). Infatti, l'intreccio che la persona costruisce in merito alla propria vita è il frutto di un processo interpretativo: l'autobiografia non viene infatti considerata come un resoconto pedissequo della registrazione fedele del susseguirsi degli eventi che hanno scandito la biografia di quella persona, quanto piuttosto come un ricucire significativo degli stessi, secondo un laborioso processo di interpretazione e reinterpretazione delle proprie esperienze (Bruner, 1987). Questo processo interpretativo consentirà perciò all'individuo di costruirsi e quindi di presentarsi agli altri come desidera.

Il modo in cui però sceglie di narrarsi implica anche che la persona scelga le "parole per gli altri" attraverso le quali raccontarsi (Vygotskij, 1965 *citato in* Smorti, 2011). Questo processo di esternalizzazione non avviene però avulsamente rispetto a criteri inconsapevolmente condivisi a livello culturale. Quindi, l'autobiografia, nel momento in cui passa dall'essere un racconto per sé all'essere un racconto per gli altri, viene socializzata e diventa proprio per questa ragione un artefatto culturale (Smorti, 2011). Il racconto di sé, per far sì che sia condivisibile e che venga apprezzato dagli altri, deve narrare qualcosa che viene considerato "interessante" dentro il proprio panorama culturale di riferimento. Un racconto, dunque, che possa mettere in luce quello che può venir giudicato come "eccezionale" entro quel percorso di vita che ha condotto il protagonista da quello che era al narratore che ora è diventato (Bruner, 1991). In particolare, in Occidente poi si tende a mettere in luce quei passaggi che si potrebbero identificare come dei punti di svolta, dei *turning point*: con questo si intende quegli

episodi in cui il narratore sottolinea un cambiamento nella presa di posizione del protagonista, mettendone in risalto il potere agentivo. Anch'essi, per quanto tendano ad essere usati come un espediente utile a discernere ciò che potrebbe essere ordinario e convenzionale da ciò che è particolarmente simbolo di *agency*, sono comunque posti nelle storie in passaggi che rispettano quelle che sono le aspettative culturali in merito (Bruner, 1991).

Le stesse narrazioni scelte e usate dalle persone per dire di sé stesse vengono scelte entro una rosa narrativa disponibile a livello culturale e sociale. A questo proposito, nel prossimo paragrafo vedremo un po' più da vicino come le persone che soffrono narrano sé stesse e le loro esperienze vissute, ponendo attenzione anche su alcune delle narrazioni disponibili a livello sociale.

3.2 Quali narrazioni usano per raccontarsi coloro che soffrono?

Come accennato nel paragrafo precedente, il retroterra culturale condiviso da un determinato gruppo di persone si pone come sostrato narrativo delle autobiografie delle stesse. Quanto un individuo racconta di sé, per quanto offra una rappresentazione identitaria utile a presentarsi agli altri, è riflesso di quelle teorie egemoni in merito alle "vite possibili" entro il contesto culturale di riferimento (Bruner, 1987). Quindi, nel momento in cui il singolo descrive la propria storia di vita, inconsapevolmente, farebbe appello ad una rosa di modelli narrativi disponibili all'interno della propria cultura. Tali narrazioni culturalmente condivise rappresentano un atto performativo: esse, infatti, oltre che strutturare l'autobiografia stessa, avrebbero il potere di strutturare l'esperienza stessa nelle sue molteplici dimensioni, dando loro quindi una forma specifica (Bruner, 1987).

Tra queste dimensioni dell'esistenza, anche la sofferenza psicologica può essere narrata. Una delle fonti narrative maggiormente diffuse a livello sociale per dire della sofferenza generata da fenomeni psicologici è quella offerta dai manuali diagnostici (Tekin, 2011).

Quando una persona riceve una diagnosi psichiatrica, quest'ultima potrebbe influenzare e interferire con il modo con cui la persona stessa si rappresenta, divenendo parte importante entro la sua configurazione identitaria e orientando quindi anche le narrazioni che potrebbe fare di sé stessa (Hacking, 1986).

In letteratura è presente e disponibile una riflessione di Tekin (2011) che consente di entrare maggiormente nel merito della tematica dell'influenza che la diagnosi può esercitare nel processo di costruzione dell'identità e dell'autobiografia. Approfondire questa riflessione, seguendo quindi il ragionamento offerto, potrebbe essere un'occasione per ottenere un'ulteriore lente attraverso la quale osservare le narrazioni portate relativamente la questione della diagnosi da coloro coinvolti nel progetto di ricerca. Perciò, il dedicare dello spazio all'esposizione di questa riflessione, che sotto indagheremo, si configura non tanto come una presa di posizione da parte di noi ricercatrici o come un atto di adesione alla stessa ma, anzi, come un ulteriore strumento che potrebbe risultare significativo per comprendere meglio le storie oggetto di studio.

Come trattato nel primo capitolo del presente elaborato, la psichiatria si poggia su di un fondamento epistemologico proprio della disciplina medica, al che consegue una lettura fisiologica e organica dei cosiddetti disturbi mentali e della sofferenza ad essi associata. Entro tale panorama conoscitivo quindi gli esperti psichiatri dispongono di narrazioni di carattere biologico, le quali poi, come sottolinea Tekin (2011), vengono offerte come cornice interpretativa delle esperienze di coloro che ad essi si rivolgono.

Quanto viene loro proposto potrebbe dar adito ad un restringimento delle azioni e delle risposte disponibili: se quelli che vengono definiti come disturbi mentali vengono letti come malattie biologiche irreversibili e incurabili, ciò potrebbe costituire un ostacolo rispetto al futuro e alle possibilità prossime dell'individuo. La diagnosi non risulterebbe però essere solo un ostacolo per le speranze di guarigione, l'*agency* e le scelte di vita operabili in un futuro più o meno ravvicinato, ma orienterebbe, secondo Tekin (2011), anche l'interpretazione di qualsiasi esperienza passata. Ogni comportamento o azione personale diverrebbe dunque comprensibile alla luce della diagnosi ricevuta, e quest'ultima assumerebbe il medesimo valore di chiave interpretativa anche per coloro che circondano la persona diagnosticata.

La diagnosi psichiatrica, usata secondo la modalità appena descritta, viene considerata da Tekin (2011) come foriera di narrazioni che potrebbero essere dette "dannose" per lo sviluppo del sé della persona coinvolta, impoverendone l'identità. Quello che quindi viene proposto è l'utilizzo di narrazioni altre da parte di tutti coloro che operano entro l'ambito della salute mentale.

Narrazioni che possano portare ad un'interpretazione del fenomeno fonte di sofferenza che lo possa abbracciare in tutte le sue dimensioni, dando importanza e rilevanza a ciascuna di esse. Quindi tali narrazioni non dovrebbero essere guidate da alcuni pregiudizi teorici di sorta, qualora essi non consentissero una comprensione a tutto tondo dell'esperienza psicologica dell'individuo, con fedeltà (Tekin, 2011). Inoltre, i professionisti che operano nel campo della salute mentale dovrebbero offrire a coloro che a loro si rivolgono narrazioni che consentano al singolo di riconoscere il proprio grado di responsabilità entro l'esperienza stessa, generando così la possibilità di raccontare una storia biografica in cui egli assume un ruolo attivo nella gestione della propria condizione (Tekin, 2011). Se si disponesse di questo genere di narrazioni, le persone potrebbero

parlare di sé non come malati senza speranze di guarigione, ma come persone attive in quello stesso percorso che le aiuterà a levigare la propria sofferenza, riuscendo a gestire, comprendendole nella loro significatività, quelle esperienze che le hanno spinte a chiedere aiuto e, poi, vivendo un'esistenza autonoma e soddisfacente (Tekin, 2011).

I prossimi capitoli saranno dedicati alla ricerca, nei quali ne verranno esposte le premesse teoriche e metodologiche e ne saranno discussi i risultati emersi dall'analisi dei testi presi in considerazione, nello specifico narrazioni di recovery di uditori di voci non psicotici

CAPITOLO 4

INTRODUZIONE ALLA RICERCA: LE PREMESSE

*La scienza non è un modo per rivelare una
realtà indipendente, ma un modo per
costruire una realtà particolare vincolata
dalle stesse condizioni che costituiscono
l'osservatore come essere umano*

Humberto Maturana

4.1 La cornice epistemologica

Per questo progetto di ricerca, dedicato allo studio delle narrazioni autobiografiche degli uditori di voci in merito alla propria esperienza e al loro percorso di *recovery*, si è scelto di adottare la cornice teorica ed epistemologica dell'Interazionismo Simbolico (Salvini, & Bottini, 2011; Quarato, 2019).

Le ragioni che mi hanno mossa nella direzione di scegliere tale *frame* teorico-epistemologico sono legate alle possibilità a cui ci apre l'utilizzo dello stesso, ovvero a quello che lo sguardo interazionista ci consente di osservare e conoscere.

Ho valutato che esso fosse congeniale per avvicinarmi, accogliere e comprendere la complessità umana. Lo sguardo conoscitivo offerto dall'Interazionismo Simbolico mi consentirebbe di incontrare storie di vita che parlano della scoperta della molteplicità che abita ciascuna persona e di conferir loro valore, chiedendomi di prestare grande cura nel limitare il rischio di esser mossa da pregiudizi teorici che potrebbero irrigidirle entro schemi precostituiti.

L'esperienza dell'udire voci, infatti, non verrà osservata come se fosse un ente fattuale, ma come di una realtà a cui gli stessi uditori di voci conferiscono una forma attraverso il modo in cui *“se la raccontano”*. Incontrare le storie di vita altrui in questi termini vuol dire posare il proprio sguardo sulle modalità con cui il linguaggio, considerato come strumento di costruzione della realtà, viene usato e sui significati, generati e negoziati entro le interazioni sociali con la comunità dei parlanti, che il linguaggio stesso veicola. L'attenzione sarà quindi posta non tanto sui sintomi, quanto sul modo in cui i protagonisti delle storie raccolte, significano, attribuiscono un senso alle *“parti di sé”* che tramite le voci si mettono in comunicazione con loro stessi. Come è possibile leggere ed interpretare un'esperienza così forte come una possibilità di rinnovamento ed emancipazione della propria identità? La scelta teorica ci permetterà di mantenere questo profilo, ed è particolarmente adatta all'analisi delle storie poiché salvaguarda la regia della persona e delle proprie intenzioni nell'attribuzione del senso. Ci offre la possibilità di considerare le voci – in modo molto simile a quanto offerto dalle storie analizzate – come *“un'astuta dissociazione della coscienza d'identità”* (Barthes, 1980).

Sarebbe proprio grazie alla possibilità di mettere in luce i significati usati dall'uditore di voci stesso e dagli altri che lo circondano per interpretare e dare senso all'esperienza del sentire le voci che diverrebbero comprensibili anche i movimenti e le azioni messe in atto sia dal protagonista che dai vari attori sociali coinvolti.

4.2 Metodologia di ricerca: la ricerca qualitativa

Coerentemente con i presupposti epistemologici descritti, la metodologia di ricerca che si è scelta di usare è quella qualitativa, permettendoci di osservare e comprendere il mondo con quegli stessi occhi con cui lo guardano i nostri interlocutori.

Impiegando una metodologia di ricerca qualitativa, il ricercatore adotta un approccio quanto più naturalistico possibile nell'avvicinarsi ai fenomeni d'interesse, osservando con fedeltà e accuratezza il contesto in cui essi si manifestano (Blumer, 2006). Il ricercatore, in questo modo, può conoscere il “*mondo sociale empirico*”, ossia il mondo dell'esperienza quotidiana, comprendendo i significati secondo i quali le persone si muovono nel mondo (Blumer, 2006, p.89). Tali significati, negoziati e trasformati nell'interazione sociale con altri, emergono nei discorsi che gli attori stessi intrattengono in merito al fenomeno stesso e nelle loro narrazioni, le quali sono testimoni di come il fenomeno viene costruito e configurato dagli stessi (Berger, & Luckmann, 1969; Flick, 2013).

Scegliere di seguire una metodologia qualitativa significa scegliere di descrivere, comprendere e valorizzare realtà complesse, scoprendole nella loro globalità e nella loro multidimensionalità (Semeraro, 2011). L'intento di colui che adotta una metodologia di ricerca di carattere qualitativo sta nel prendere in considerazione pochi attori e ottenere una conoscenza che possa dirsi orientativa, in quanto situata e non generalizzabile (Blasi, 2010), intima ed esauriente di una peculiare sfera di vita (Blumer, 2006). Le tecniche utilizzate dal ricercatore sono tecniche che sfuggono alla standardizzazione e che permettono alla persona di collocarsi entro un ampio spazio discorsivo, non limitato da categorie conoscitive derivate da teorie preconfezionate (Blasi, 2010). Quanto emerge è una conoscenza co-costruita dall'attore e dal ricercatore, in quanto nell'incontro che avviene tra i due entrambi contribuiscono nel costruire, interagendo, quella realtà oggetto di interesse. Inoltre, entro una metodologia di ricerca qualitativa viene tenuto in considerazione il punto di osservazione da cui il ricercatore offre uno sguardo sul mondo viene tenuto in considerazione, ossia le categorie conoscitive mutate a loro volta da precedenti studi empirici, senza pretese di neutralizzazione (Blumer, 2006).

4.3 Strumenti di raccolta dei dati: l'autobiografia

La scelta, operata entro questo progetto di ricerca, di dare valore all'osservazione di storie autobiografiche risulta essere coerente con i presupposti teorico-epistemologici sopra descritti, così come le ragioni che la fondano.

L'autobiografia è una fonte preziosa per cogliere il modo in cui la persona rappresenta sé stessa e la propria storia di vita. Condividendo una prospettiva interazionista, l'atto di raccontarsi non assume il valore di "verità storica": infatti esso non implica che venga narrata una registrazione meccanica dei diversi eventi ed esperienze che hanno scandito il procedere biografico dell'individuo.

L'autobiografia viene piuttosto configurata e valorizzata come "verità narrativa". Raccontare di sé e della propria biografia implica un atto di costruzione: il singolo è chiamato ad una continua interpretazione degli eventi della sua vita, mettendo in luce quegli aspetti che gli consentano di offrire una storia coerente a coloro che lo ascoltano o che leggono i suoi scritti (Bruner, 1987).

Passare dal considerare i testi autobiografici come "verità storiche" a "verità narrative", ci consente di passare da un realismo ingenuo ad una concezione in cui la realtà viene continuamente costruita a fronte delle interpretazioni e dei significati che negozia in interazione con gli altri a sé simili.

L'autobiografia, perciò, rappresenta un'occasione per cogliere e osservare come coloro che sono coinvolti nel progetto di ricerca descrivono e costruiscono la propria storia e la propria identità, a fronte delle narrazioni messe in campo. Senza alcuna domanda o indicazione guida che possa orientare il racconto, l'individuo può narrarsi liberamente e scegliere quali aspetti mettere in luce e quali invece lasciare all'oscuro, in nome di quella rappresentazione vogliono trasmettere agli altri (Bruner, 1987).

4.4 Metodi di analisi dei dati

La scelta che si è operata in merito alla metodologia di analisi dei dati risulta essere in linea con la cornice epistemologica e la metodologia di ricerca prese a riferimento.

La ragione che sorregge tale scelta è quella di poter valorizzare, nella loro complessità, le storie di vita degli attori di questa ricerca. Si è pensato e valutato perciò di impiegare metodologie di analisi che consentissero di rispettare le modalità con cui le persone hanno scelto di raccontarsi; tali metodi consentono di restare fedeli a quella naturalità con cui il testo autobiografico si è manifestato. Inoltre, si è pensato di poter mettere in luce quei passaggi discorsivi che potremmo definire come dei “*punti di svolta*” entro ciascuna storia biografica presa in considerazione, per porre attenzione su cosa è cambiato nel modo con cui la persona parla di sé e della sua esperienza personale relativa il fenomeno.

Messo in luce ciò, in rispetto dei miei intenti, per l’analisi dei dati testuali si sono adottati i due seguenti metodi: l’analisi tematica e l’analisi del posizionamento.

4.4.1 L’analisi tematica

L’analisi tematica si configura come un metodo che consente al ricercatore che lo adotta di delineare, descrivere e analizzare alcuni *pattern* tematici presenti entro uno specifico insieme di dati testuali (Braun, & Clark, 2006). Un tema viene definito sulla base di quello che ci può dire della domanda di ricerca, ossia se rappresenta dei dati che possono essere importanti e pertinenti da analizzare a fronte della domanda che il ricercatore pone per condurre i propri studi.

Tale metodo risulta essere peculiare per la propria flessibilità, in quanto il ricercatore, sulla base degli obiettivi che si pone con il proprio studio, sarà chiamato a prendere delle scelte relativamente alle modalità con cui declinare l'analisi (Braun, & Clark, 2006).

Il ricercatore, adottando questa metodologia, può valutare di offrire una ricca descrizione tematica che faccia riferimento all'intero insieme dei dati testuali presi in considerazione, oppure di offrire un'analisi maggiormente specifica relativamente ad una nicchia particolare tra i dati raccolti, sviscerandone la complessità e la profondità (Braun, & Clark, 2006).

Un'altra decisione ruota attorno alla tipologia di analisi tematica di cui il ricercatore sceglie di servirsi (Braun, & Clark, 2006). È possibile adottare un'analisi tematica induttiva, il che vuol dire che il processo di codifica è strettamente legato ai dati stessi di cui il ricercatore dispone, senza che quindi tale codifica corrisponda necessariamente a categorie decise a priori a livello teorico. Altrimenti il ricercatore può optare per un'analisi tematica definita "teorica", per dire che il processo di analisi è guidato da precetti derivati dalla teoria che il ricercatore ha come riferimento.

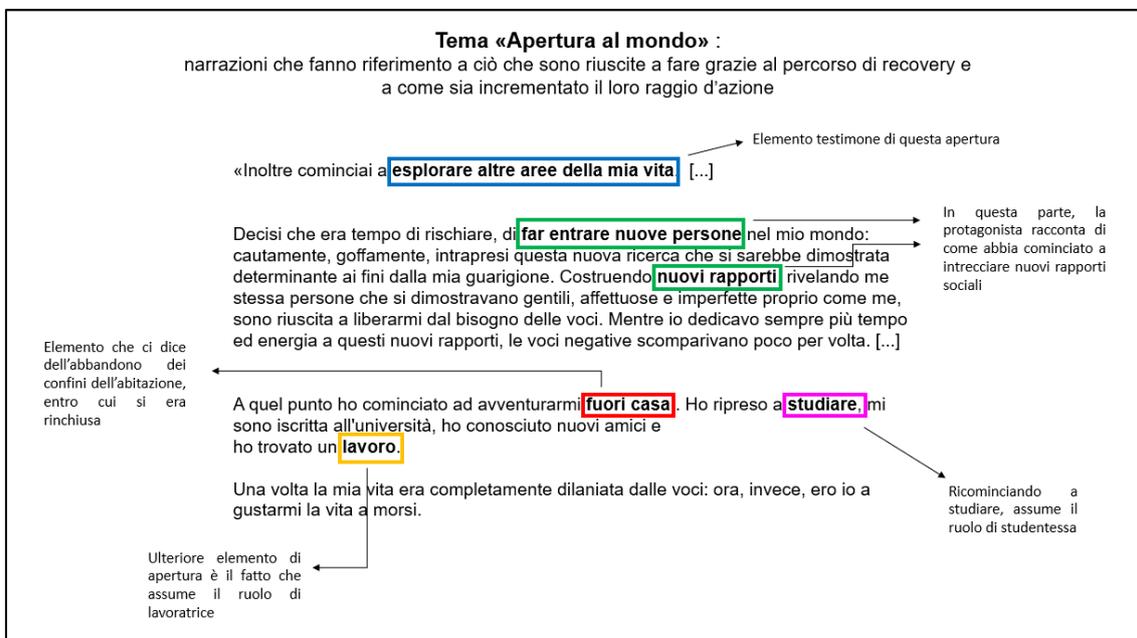
La flessibilità del metodo si coglie anche nella scelta che il ricercatore è chiamato a prendere in merito al livello di temi da prendere in considerazione (Braun, & Clark, 2006). Egli può analizzare temi semantici, i quali vengono identificati dal ricercatore entro i significati espliciti presenti nei dati, oppure temi latenti, i quali contrariamente vanno oltre i dati stessi, andando ad esaminare le idee e le concettualizzazioni sottostanti e modellanti i dati stessi.

La procedura con cui è stata declinata tale metodologia di analisi entro il presente progetto di ricerca si ispira alle linee guida offerte da Braun e Clark (2006), che descrivono il processo di analisi secondo sei diverse fasi:

1. Familiarizzare con i propri dati: ciò che si propone è di leggere e rileggere numerose volte il materiale testuale a disposizione, così da rendere propria l'ampiezza e la profondità del contenuto stesso. In questa fase, durante le letture, potrebbe essere utile cominciare a prendere i primi appunti su elementi specifici, che potrebbero poi essere utili per delineare la codifica da utilizzare poi.
2. Generazione dei codici iniziali: il ricercatore è chiamato a costruire i primi codici di codifica, i quali sono volti a identificare alcuni aspetti interessanti nei dati testuali a disposizione che possono costituire la base di tematiche rappresentative del set di dati.
3. Ricerca dei temi: una volta che si dispone di molteplici codici in grado di offrire un'immagine piuttosto dettagliata del contenuto dei testi, è possibile cominciare a riflettere su come poter unire più codici in modo tale da strutturarli in temi. Si tratta di rimaneggiare e levigare più e più volte i legami tra i codici, in modo da costruire tematiche significative e rispettose dei dati a cui si riferiscono. Difatti, nel tentativo di conferire un senso più generale ai dati, il dettaglio degli stessi viene preservato.
4. Revisione dei temi: è necessario osservare se i temi delineati nella fase precedenti sono sufficientemente accurati in modo da offrire un'immagine fedele dei testi analizzati o se invece potrebbe essere necessario apportare delle modifiche.
5. Definizione e denominazione dei temi: a questo punto del processo di analisi, il ricercatore si occupa di delineare un nome da attribuire a ciascun tema e di descriverlo, mettendo in luce così le ragioni per cui esso si contraddistingue, non solo in termini di contenuto ma anche in termini di interesse conoscitivo.

6. Produzione della relazione: questa consentirebbe la condivisione di ciò che è emerso grazie alle analisi, offrendo un resoconto che in modo conciso, logico, preciso e avvincente possa rendere conto di quanto i testi portano e di rendere loro valore.

Di seguito si propone uno stralcio di testo da una delle autobiografie prese in considerazione per questo progetto di ricerca e di cui si mette in luce, con alcuni commenti, la procedura d'analisi.



4.4.2 L'analisi del posizionamento

Il costrutto di posizionamento e le teorie ad esso relative consentono di cogliere come le identità si costruiscono nel e dal discorso (Deppermann, 2015). Osservando le pratiche discorsive, ossia i modi con cui le persone costruiscono realtà sociali o psicologiche (Davies, & Harré, 1990), il ricercatore può cogliere quelle che sono le molteplici

sfaccettature che costituiscono l'identità del proprio interlocutore e come queste possano essere negoziate e dispiegate nelle narrazioni che si intrattengono. Le teorie del posizionamento, quindi, non fanno riferimento ad una concezione di identità descritta come un'entità globale, astratta e stabile che si pone "dietro" le pratiche discorsive che le persone tessono interagendo con altri; anzi, le posizioni che un attore può occupare rendono conto di una configurazione dell'identità come realtà complessa in divenire, costituita da molteplici sfaccettature situate, talvolta addirittura tra loro contraddittorie e che potrebbero essere effimere (Deppermann, 2015).

Davies e Harré (1990) sono stati i primi studiosi a declinare il costrutto di posizionamento entro le narrazioni e gli scambi interattivi (Deppermann, 2015). Essi hanno definito il posizionamento come *"un processo discorsivo per cui i sé si trovano nelle conversazioni come partecipanti osservabili e soggettivamente coerenti in trame prodotte congiuntamente"* (Davies, & Harré, 1990). Ciascun posizionamento viene inteso dagli autori come il risultato dell'interazioni di alcuni elementi, descritti e rappresentati entro la concezione teorica dal nome "triangolo del posizionamento":

1. Le trame costituiscono la struttura organizzativa fondamentale di ciascun discorso disponibile socialmente e utilizzato dalle persone per dare senso alla propria esperienza e alla propria storia di vita;
2. Gli atti sociali diventano atti linguistici socialmente determinati, acquisendo quindi forza illocutoria, in quanto sono inseriti entro trame prodotte congiuntamente. Gran parte della forza illocutoria di ciascuna azione linguistica risiede nei posizionamenti che essa stessa determina;
3. Le posizioni sono gli elementi costitutivi delle trame e ciascuna di esse è definita da diritti e doveri associati agli attori che le ricoprono.

Le posizioni ricoperte da ogni singolo attore sociale andrebbero a concorrere al processo di costruzione del sé degli stessi: l'identità viene infatti intesa come una realtà complessa, dalle plurime sfaccettature, anche in contrapposizione tra loro, e dalla natura dinamica, aperta alla possibilità di trasformazione (Davies, & Harré, 1990; Harré, et al., 2009). Il posizionamento quindi si distinguerebbe dal costrutto di ruolo, il quale tenderebbe invece ad implicare sia una maggiore staticità e un certo determinismo socio-strutturale modellante l'azione individuale (Davies, & Harré, 1990).

Per cogliere la configurazione identitaria di una persona e le posizioni che essa ricopre, siano esse auto-attribuite o etero-attribuite, rispettivamente indicate da Harré e Langenhove (1991) come “posizionamento di primo ordine” e “posizionamento di secondo ordine”, è utile guardare alle narrazioni e alle storie che la persona stessa costruisce. Infatti, nel raccontare un proprio frammento autobiografico, il parlante assegnerebbe delle parti, sia a sé stesso che agli altri coinvolti, sia all'interlocutore con cui sta interagendo in quel frangente (Davies, & Harré, 1990).

Lucius-Hoene e Deppermann (2004b) hanno elaborato e proposto un modello che consente di cogliere il costrutto del posizionamento entro testi di interviste autobiografiche. Seguendo la loro teoria, il posizionamento potrebbe emergere a due diversi livelli comunicativi, che rendono conto dell'identità narrativa dell'attore: uno relativo al Sé narrato, che fa riferimento al posizionamento di sé e degli altri nel racconto, e uno relativo al Sé Narrante, ossia il posizionamento di sé e degli altri che avviene attraverso l'atto del raccontare interagendo con il proprio interlocutore. Se il primo livello comunicativo in cui è possibile rintracciare dei posizionamenti è di ordine puramente descrittivo e si riferisce alla storia raccontata dall'individuo, il secondo è di ordine performativo e fa riferimento all'atto del raccontare, inteso come un evento interattivo che si realizza attraverso pratiche istituzionali e conversazionali.

Per la declinazione di tale metodologia d'analisi entro il presente progetto di ricerca ho scelto di affiancarmi alla proposta teorica di Davies e Harré (1990).

Per cogliere quei passaggi narrativi in cui emerge un posizionamento identitario di coloro che raccontano la propria storia di vita in quanto uditori di voci, innanzitutto come ricercatrice mi sono dedicata alla familiarizzazione con il materiale testuale a disposizione. Leggere e rileggere le autobiografie mi ha consentito di accogliere la complessità con cui le persone hanno scelto di raccontarsi, curando ciascuna sfumatura che una visione veloce e unica del testo non mi avrebbe permesso di notare.

A seguito di ciò, è stato importante poter mettere in luce quei termini e quelle espressioni che il narratore o la narratrice ha usato per riferirsi a sé. In particolare, gli aspetti linguistici che sono stati presi in considerazione sono gli elementi grammaticali, come verbi, sostantivi, aggettivi e pronomi, e poi termini che fanno riferimento all'attribuzione (sia auto- sia etero-) e all'esercizio di ruoli sociali.

Successivamente, rileggere di nuovo l'autobiografia analizzata mi ha permesso di osservare quei passaggi discorsivi che potrebbero essere configurati come un "*turning point*", una svolta nel racconto caratterizzato anche da un cambiamento a livello identitario. Questo, quindi, è stato utile per poi osservare l'evoluzione della stessa configurazione identitaria nel corso dell'intera autobiografia.

Detto ciò, si propone sotto uno stralcio di testo in cui viene osservato un posizionamento, mettendone in risalto alcuni aspetti utili per farlo.

Posizionamento attribuito a Olga da parte degli esperti

In questo viaggio verso l'intero ho attraversato un territorio ben noto (la psichiatria), ma trovandomi sull'altro versante quel territorio mi è diventato estraneo. La lingua che un tempo vi parlavo non esisteva più; io capivo le **loro** parole, benché **vuote**, ma **loro** vedevano nelle **mie** parole il **segno della pazzia**. **Ero schizofrenica**, dicevano: "... E a proposito, già che siamo in argomento, **si metta bene in testa** che **non c'è nessuna cura**, **lei è** una **malata cronica**, una **schizofrenica cronica**, **un'anomalia biologica** segnata da un **male incurabile**".

- Sostantivi utilizzati dagli esperti per definire il posizionamento della protagonista
- Aggettivi
- Espressioni che si accompagnano al posizionamento attribuito dagli esperti alla protagonista
- Verbi che indicano uno stato e che lo sanciscono
- Pronomi che sottolineano una contrapposizione

Nuovo posizionamento di Debra

Ero **piena** di **risorse**, **competente** e perfettamente in grado di condurre personalmente il mio percorso di guarigione: avevo **coraggio**, avevo le **doti necessarie** e una **buona capacità di recupero** dunque **potevo guarirmi da sola**. [...]
A questo punto **decisi** di fare una prova. Prima di tutto **modificare il mio atteggiamento** nei confronti delle voci: invece di **temerle** e di **inchinarmi** al loro volere, **cominciai a trattarle** da amiche e mostrai di gradire la loro intrusione, accogliendole gentilmente e rispettosamente. [...]
Decisi di affidare dei compiti ai demoni. [...] **Capii** che il potere delle voci era unicamente il potere che ero disposta a dargli. **Avevano bisogno** di me per fare certe cose, per parlare a certe persone: **senza di me** erano impotenti. **Il potere era in mano mia**. [...]
Non ho mai voluto sbarazzarmi delle voci. [...] **Decisi** che potevano restare, tuttavia quelle tra loro che **mi avevano inflitto** le più gravi sofferenze **avrebbero dovuto imparare** a comportarsi un po' meglio, altrimenti la coesistenza sarebbe stata impossibile.

- Verbi che esprimono un ruolo attivo nel gestire la propria esperienza con le voci
- Espressioni che esprimono un ruolo attivo nel gestire la propria esperienza
- Verbi che esprimono un ruolo passivo nel gestire la propria esperienza con le voci
- Aggettivi usati dalla narratrice per descrivere il posizionamento
- Sostantivi usati dalla narratrice per descrivere il posizionamento

Nel prossimo capitolo ci avvicineremo al cuore della ricerca, descrivendone gli obiettivi e mettendone in luce i risultati.

CAPITOLO 5

LA RICERCA: OBIETTIVI, RACCOLTA E ANALISI DEI DATI

Gli esseri umani agiscono verso le cose sulla base del significato che queste hanno per loro

Erving Goffman

5.1 Contesto di ricerca

Il desiderio di dedicarmi a questo progetto di ricerca nasce sia da un'esperienza personale sia dagli interessi che nutro come studiosa.

Durante il mio percorso di studi triennale, ho avuto l'occasione e l'opportunità di svolgere tirocinio per circa otto mesi in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC l'acronimo corrispondente) presente nel territorio della città che mi ospitava come studentessa universitaria. In quel tempo ho avuto la possibilità di muovermi per la prima volta in vita mia in quegli spazi e di intrecciare la mia storia con quella di coloro che quegli spazi invece, per vari e diversificati periodi di tempo, li abitavano.

È stata un'esperienza che mi ha toccata particolarmente, che ho vissuto con grande intensità e coinvolgimento e che mi ha spinto a pormi molte domande, la cui maggior parte scomode. Ho incontrato persone le cui vite erano scandite dal passaggio da una struttura psichiatrica all'altra e che non riuscivano ad immaginarsi un futuro diverso da quel presente che già stavano vivendo. È stato proprio questo a farmi chiedere con insistenza e in modo sentito se davvero non fosse possibile potersi dire altro, poter far in modo che queste persone potessero quantomeno ricominciare a sperare in altri futuri, che non si esauriscano entro quella sofferenza che li aveva portati tra quelle mura. Altri

possibili scenari in cui poter convivere e gestire la propria sofferenza in modo tale da poter condurre una vita in cui ci si possa riscoprire come risorse in grado di offrire un contributo alla comunità di cui si fa parte.

Circa un anno dopo, nei miei primi passi del percorso magistrale che proprio ora sto per concludere, ho potuto incontrare e ascoltare l'operato della Dottoressa Quarato, professionista interazionista esperta dell'udire voci e promotrice di un innovativo modello psicoterapeutico ad esso dedicato. Questa occasione preziosa ha dato concretezza ad alcuni aspetti che avevo avvicinato nei miei studi iniziali dell'Interazionismo Simbolico con la mia Relatrice e ha cominciato ad abbozzare una risposta a quelle domande che il tirocinio in SPDC aveva generato in me. La proposta teorica ivi offertaci rappresenta la possibilità di considerare l'aspetto dissociativo identitario come una risorsa, che possa accompagnare la persona che sente le voci a riscoprire la propria complessità ed a ricoprire un ruolo attivo nella gestione della propria sofferenza e della propria vita (Quarato, 2019).

Ecco ciò che mi ha donato la voglia di dedicarmi a questo progetto di ricerca, sognando che questo possa essere solo il primo di altri innumerevoli passi che mi consentiranno di formarmi come una professionista che, insieme a coloro che incontrerò e che a lei si rivolgeranno in momenti di sofferenza, sia in grado di immaginare e raggiungere futuri diversi, sorprendenti, inaspettati.

5.2 Obiettivi di ricerca

Gli obiettivi del presente progetto di ricerca riguardano due principali aspetti che ci consentono di incontrare, con un atteggiamento comprensivo, le storie di vita di alcune persone in quanto uditori di voci non psicotici.

Essi possono essere brevemente descritti come:

1. *Esplorare la configurazione offerta dalle persone in merito alla propria esperienza di uditori di voci non psicotici entro scritti autobiografici*

il quale è stato specificato in due sotto-obiettivi:

- *Osservare le narrazioni attraverso cui le persone descrivono il proprio rapporto con le voci prima di intraprendere un percorso di “recovery”*
 - *Osservare le narrazioni attraverso cui le persone descrivono il proprio rapporto con le voci dopo aver intrapreso un percorso di “recovery”*
2. *Esplorare se e come cambia la configurazione identitaria offerta dagli uditori di voci in storie autobiografiche di “recovery”*

5.3 Raccolta dati

I testi autobiografici per questo progetto di ricerca non sono stati raccolti attraverso un coinvolgimento diretto da parte della Ricercatrice di persone con esperienza di uditori di voci non psicotici che potessero offrire storie di *recovery*.

La modalità con cui ho scelto di muovermi per raccogliere testi autobiografici è stata quella di attingere ad una raccolta di autobiografie già disponibile in letteratura. Nello specifico, l'opera a cui ho fatto riferimento per l'individuazione dei testi si intitola *“Living with Voices: 50 Stories of Recovery”* (Romme, Escher, Dillon, Corstens & Morris, 2009), dedicato all'esposizione di quanto emerso dagli studi condotti dagli autori sul *recovery* dell'udire voci.

Il criterio di raccolta principe utilizzato per la scelta delle storie da osservare e analizzare è stato quello di prendere in considerazione solo quelle autobiografie che sono state scritte senza alcun aiuto da parte degli autori dell'opera presa come riferimento e che non abbiano subito alcun processo di modificazione a fronte della pubblicazione. Quindi, gli scritti autobiografici che ho scelto sono frutto unicamente del narratore della storia di cui egli stesso è protagonista, non essendo stato influenzato in alcun modo da suggerimenti o indicazioni guida per la stesura da parte degli studiosi sopracitati. Le autobiografie inoltre non sono state modificate in vista della pubblicazione, e quindi non hanno subito alcuna variazione in termini di stile o di riformulazione, ma sono state lasciate nella loro versione originale.

In veste di Ricercatrice, l'adozione di questo criterio mi consente un incontro coi testi che sia fedele e aderente alle narrazioni usate effettivamente dalle persone uditrici di voci per raccontare di sé e della propria esperienza, toccando con mano quindi la loro *verità narrativa*.

Di seguito si propone una breve rappresentazione schematica dei protagonisti delle autobiografie scelte per questo progetto di ricerca, con l'intento di offrire una breve descrizione degli stessi:

Protagonisti	Descrizione
<i>Debra</i>	Il suo primo ricordo delle voci risale all'infanzia. Le voci sono presenti tuttora. È stata seguita da servizi psichiatrici per diverso tempo. Gli psicofarmaci non hanno avuto effetto sulle voci. Ad oggi non segue più una terapia farmacologica
<i>Jacqui</i>	Sente voci da quando aveva tre anni. Sente ancora le voci. È stata ricoverata in un reparto psichiatrico per le sue voci.
<i>Jo</i>	Ha cominciato a sentire le voci a cinque anni. Le voci sono state poi presenti per i successivi venticinque anni, fino ai suoi trent'anni. Non ha fatto uso di psicofarmaci.

<i>John</i>	Ha cominciato a sentire le voci a diciannove anni. Le voci sono tuttora presenti. È stato ricoverato in reparti psichiatrici. Per due mesi ha seguito una terapia antipsicotica ed è stato sottoposto ad elettroshock. Non hanno avuto un effetto risolutivo.
<i>Karina</i>	Ha cominciato a sentire le voci a ventisei anni. Le ha sentite per più di dieci anni, ora non più. Era seguita da uno psichiatra. Non ha mai assunto psicofarmaci per ridurre la presenza delle voci.
<i>Marion</i>	Ha cominciato a sentire voci a quarant'anni. Le voci sono state presenti solo in cinque brevissimi momenti della sua vita. È stata ricoverata più volte proprio in tali momenti. Ha sempre rifiutato le terapie psicofarmacologiche, a parte quando le venivano somministrate a forza durante i ricoveri.
<i>Olga</i>	Ha cominciato a sentire le voci all'età di quattro o cinque anni. Sente le voci tuttora. È stata molto tempo ricoverata in ambienti psichiatrici. Ha usato diversi psicofarmaci per ridurre le voci ma senza alcun effetto.
<i>Peggy</i>	Sente le voci da quando aveva poco più di vent'anni. Le voci continuano ad essere presenti. È stata ricoverata in reparti psichiatrici. Ad oggi segue una terapia neurolettica.
<i>Rufus</i>	Ha cominciato a sentire le voci in adolescenza. Sente voci tuttora. È stato ricoverato in più strutture psichiatriche. Ha seguito una terapia farmacologica per poco più di un anno.
<i>Ruth</i>	La prima voce è comparsa quando aveva ventun anni. Le sente da sei anni. È stata ricoverata in ospedale per le sue voci.
<i>Stewart</i>	Ha cominciato a sentire le voci all'età di quattordici anni. Le sente tuttora. È stato ricoverato in diverse strutture psichiatriche. Continua ad usare piccole dosi di antipsicotici e di antidepressivo.
<i>Sue</i>	Sente voci dall'età di cinque anni. Le voci sono tuttora presenti. È stata ricoverata per tre mesi in un reparto psichiatrico. Ad oggi non segue alcuna terapia neurolettica.

5.4 Analisi dei dati testuali: l'esperienza dell'udire voci attraverso l'analisi tematica

In questo paragrafo verrà descritto quanto emerso dall'osservazione delle narrazioni autobiografiche in merito al primo obiettivo di ricerca: esplorare la configurazione offerta dalle persone in merito alla propria esperienza di uditori di voci non psicotici entro scritti autobiografici.

In questo caso si è pensato di utilizzare l'analisi tematica per mettere in luce quegli elementi che nei racconti degli uditori di voci sono stati riportati come centrali per condividere quella che è stata la loro esperienza del fenomeno oggetto di studio. La procedura d'analisi adottata per declinare tale metodologia entro il presente progetto di ricerca è stata descritta nel paragrafo ad essa riservato del capitolo quattro.

Per chiarezza espositiva, si è inoltre pensato di esporre separatamente i risultati che fanno riferimento ai due sotto-obiettivi individuati precedentemente.

5.4.1 Analisi dei dati testuali: l'esperienza dell'udire voci prima del percorso di *recovery*

In questo sottoparagrafo verranno presentati i risultati dell'analisi tematica in merito al primo sotto-obiettivo, ossia "osservare le narrazioni attraverso cui le persone descrivono il proprio rapporto con le voci prima di intraprendere un percorso di «*recovery*»". Quindi qui metteremo in luce le tematiche emerse nelle storie autobiografiche degli uditori di voci nel momento in cui le narrazioni impiegate rendevano conto della modalità con la quale veniva configurata l'esperienza dell'udire voci antecedentemente il *recovery* (i riferimenti teorici presi in considerazione per indagare e approfondire il costrutto di *recovery* sono disponibili al quarto paragrafo del secondo capitolo del presente elaborato).

Come ampiamente descritto nel paragrafo dedicato del precedente capitolo, le categorie per condurre l'analisi tematica sono state costruite a seguito di una familiarizzazione con i testi autobiografici a disposizione. Scegliendo di adottare un approccio *grounded* alle autobiografie, come Ricercatrice ho costruito delle categorie che potessero meglio intercettare quelli che sono gli elementi che concorrono nel processo di configurazione dell'esperienza attenzionata da questo studio.

Detto ciò, le tematiche trasversali alle storie che sono emerse sono:

- “*La prima volta*”
- “*La presenza delle voci*”
- “*Interpretazione*”
- “*Etichettamento*”

A questo punto, le esamineremo una per una, entrandovi nello specifico.

La prima volta

Rispetto a questa prima categoria, nella maggior parte delle autobiografie prese in considerazione le persone, per descrivere la propria esperienza come uditori di voci, hanno raccontato la prima volta in cui le voci hanno fatto la loro comparsa.

Le narrazioni utilizzate dai protagonisti per dire di quel momento offrono spesso non solo una contestualizzazione dello stesso, descrivendo il periodo che in quel momento caratterizzava la propria vita, ma anche dettagli preziosi sia riguardanti la voce che hanno sentito, sia riguardanti sé stessi. Generalmente riportano le caratteristiche che definiscono la voce, quello che quest’ultima dice loro e l’intonazione con cui si rivolge loro. Mentre per quanto riguarda sé stessi, oltre che indicare l’età in cui hanno sentito per la prima volta una voce, raccontano anche come si sono sentiti in quel momento inedito.

Di seguito la tabella riassume gli stralci di testo in cui si è declinata tale tematica entro gli scritti autobiografici a disposizione:

Numero di autobiografie che presentano la tematica “<i>La prima volta</i>”	
12/12	
Protagonista	Stralci di testo
Debra	<i>Il mio primo ricordo delle voci risale all'infanzia: avevo circa sei anni. Una voce carezzevole e molto materna mi diceva che tutto andava bene, che “loro” mi avrebbero “protetta” e che “non dovevo avere paura”.</i>

Jacqui	<i>Sento voci da quando avevo tre anni</i>
Jo	<i>Ho cominciato a sentire voci quando avevo cinque anni [...]. Ho cominciato a sentire la prima voce dopo una traumatica esperienza di abuso. [...] aveva preso l'identità della persona che aveva abusato di me. [...] mi ricordo che è successo a scuola, mentre giocavamo in cortile. [...], e ho chiesto alla mia amichetta se anche lei sentiva una voce nella testa. lei mi ha guardata e ha detto che ero "matta".</i>
John	<i>Quando tutto è cominciato avevo diciannove anni, quasi venti. Era il gennaio del 1969, e frequentavo l'università. [...] era un periodo stressante, e molto denso di eventi. [...] La prima voce che ho sentito sembrava provenire dallo studente che rideva di me: sembrava che mi stesse dando degli ordini.</i>
Karina	<i>Quando ho cominciato a sentire voci avevo ventisei anni. Ero in Messico, nel bagno della casa nella quale abitavo con altri tre studenti; stavano parlando di me, o almeno così mi sembrava. Sulle prime ho pensato di sentire cose strane, poi mi sono convinta che gli altri ce l'avessero davvero con me, infine ha pensato che forse avevo l'orecchio tappato e dovevo farmelo irrigare.</i>
Marion	<i>E poi, a quarant'anni, tutto è crollato. [...] Ho preso le chiavi della macchina e sono partita come la voce mi aveva ordinato di fare. Non ricordo il primo ordine che mi ha dato, ma sapevo che mi stava portando da qualche parte. [...]</i>
Olga	<i>Quando ho sentito la mia prima voce ero ancora una bambina: avrò avuto quattro, o forse cinque anni, non ricordo bene. Ero in casa, stavo giocando da sola, e la voce mi ha chiamata per nome. Era una voce forte, profonda, con qualcosa di molto vicino a un'eco; veniva dall'alto, da intorno me. [...] Ho cominciato a sentirmi sempre più frustrata e turbata; alla fine ero molto indispettita nei confronti di quella voce talmente brava a nascondersi che era impossibile trovarla.</i>
Peggy	<i>Le voci sono con me da quando avevo poco più di vent'anni.</i>
Rufus	<i>A diciott'anni [...] Alle insoddisfazioni della vita lavorativa e sentimentale si aggiungeva inoltre l'isolamento sociale [...] Invece di cedere alla depressione, mi sono immerso poco alla volta in una realtà alternativa, con un vago sottofondo spirituale.</i>
Ruth	<i>Avevo ventun anni ed ero al terzo anno della facoltà di psicologia. Era da tempo che mi sentivo triste. [...] Mi sentivo colpevole per un sacco di cose. [...] La prima volta che ho sentito una voce era in camera mia: era notte, ed era una voce maschile. Diceva che poteva vedermi, che sarebbe arrivato fin lì, che sapeva di tutte le cose cattive che avevo fatto e l'avrebbe detto a tutti. [...] Ero davvero terrorizzata.</i>
Stewart	<i>Il mio percorso di uditore di voci è cominciato quando avevo quattordici anni, in un periodo molto difficile della mia vita. [...] Ho cominciato a sentire una voce molto cattiva: era fortemente negativa, mi disprezzava, mi copriva di insulti e mi ordinava di fare delle cose. Diceva che ero un essere spregevole. Era la voce del caposcuola, del bullo che mi aveva tormentato.</i>
Sue	<i>Avevo cinque anni. La voce era gentile, amorevole e confortante.</i>

La presenza delle voci

Questa seconda categoria d'analisi che abbiamo costruito fa riferimento a quegli stralci di testo che negli scritti autobiografici mirano a descrivere la presenza nel tempo delle voci. In tutte le autobiografie che abbiamo preso in considerazione, le persone raccontano il proprio rapporto con le voci, indicando i messaggi che veicolano, i momenti in cui esse sono più presenti, il come si manifestano e le dinamiche di potere che regolano questa relazione con le voci. Spesso vengono anche condivisi elementi che ci consentono di comprendere cosa genera la presenza delle voci a livello identitario.

A seguire la tabella riassuntiva gli stralci di testo in cui la tematica è stata declinata nelle storie prese in considerazione:

Numero di autobiografie che presentano la tematica “ <i>La presenza delle voci</i> ” 11/12	
Protagonista	Stralci di testo
Debra	<i>Commentavano con disprezzo tutto quello che facevo. [...] le voci sono diventate più attive e invadenti; penetravano in ogni ambito della mia vita facendomi sentire costantemente osservata e valutata: non avevo più privacy. [...] i demoni e il diavolo in persona (le voci) mi mettevano alla prova.</i>
Jacqui	<i>Le mie voci si sono moltiplicate e intensificate. Hanno cominciato a dire cose che mi inquietavano e mi spaventavano.</i>
Jo	<i>Le voci influenzano tutte le mie esperienze quotidiane: per molto tempo sono state loro a decidere cosa potevo o non potevo fare. [...] le voci cambiavano a seconda dei momenti che vivevo. Il mio sviluppo personale è stato frenato dal controllo che le voci hanno imposto su tutta la mia vita e sulle mie azioni.</i>
John	<i>Da allora le voci non se ne sono mai andate, anche se la loro frequenza non è stata sempre costante. [...] Le voci sono molto critiche e mi danno ordini: sembrano voci di persone autorevoli che ho incontrato nel corso della vita. [...] Cambiano a seconda del mio umore. Se sto bene riescono a farmi sentire addirittura meglio, ma se sto male mi fanno sentire peggio.</i>
Karina	<i>Erano piene di odio e disgusto: mi stuzzicavano, mi prendevano in giro, mi sminuivano. [...] Le voci si scatenavano soprattutto quando mi trovavo in luoghi affollati come ristoranti e pub, autobus o strade molto affollate. [...] Le voci dicevano cose tipo: “E matta”, oppure “Le manca una rotella”, “Fa schifo” [...] Le voci mi spaventavano, mi impaurivano, riuscivano a togliermi ogni traccia di dignità e di rispetto di me stessa. [...] Non è che avessi molto controllo sulle voci.</i>
Marion	<i>In altre cinque occasioni ho fatto esperienza di quei dialoghi interiori, e benché fossi invariabilmente convinta che si trattava di messaggi e</i>

	<i>segnali provenienti da un'altra dimensione, le circostanze erano sempre diverse.</i>
Olga	<i>Da quella volta la voce ha continuato a fare brevi apparizioni, sempre in quella forma: in breve mi sono abituata all'idea che fosse un'entità invisibile, ma comunque benevole desiderosa di aiutarmi. [...] La terza e quarta voce sono arrivate più tardi, [...] introducendosi in me per rubarmi l'anima e riempire il mondo di tenebra e di odio. [...] E poi c'è il pagliaccio: è arrivato per ultimo [...] viene ad apportare la pace lo accolgo con sollievo.</i>
Peggy	<i>Raggiungono la massima intensità quando sono sotto pressione, e possono avere un carattere distruttivo. [...] Poco alla volta, le voci sono diventate le mie compagne più assidue. Per quanto distruttive, erano mie amiche, e facevo del mio meglio per obbedirgli. [...] soltanto eseguendo i loro ordini riuscivo a tirare avanti</i>
Ruth	<i>Parlavano talmente forte, e io avevo paura che i miei amici le sentissero dalle loro stanze. Erano tutti uomini. Mi insultavano, mi minacciavano, dicevano che presto tutti avrebbero saputo come ero veramente, e se anche avessi stretto delle nuove amicizie tutti avrebbero capito che persona orribile ero. [...] Di solito arrivavano alle sei di sera, quando ero stanca.</i>
Stewart	<i>In tutto questo periodo, e per molti anni, le voci sono sempre state presenti. Inizialmente stavo piuttosto male, perché le voci erano molto negative mi era difficile affrontarle. [...] La voce del bullo arrivava ogni volta che mi sentivo insicuro, il che accadeva spesso, e mi tormentava in particolare riguardo alla mia sessualità, dicendomi che ero gay o cose del genere.</i>
Sue	<i>Le voci mi parlano dell'abuso, dei dubbi che nutro verso me stessa, delle mie insicurezze e inadeguatezze. Ovviamente mi fanno soffrire, mi causano tensioni estreme, a seconda della mia maggiore o minore capacità di gestire le potenti emozioni cui danno sfogo. [...] Hanno preso il sopravvento su di me: mi sentivo una marionetta nelle loro mani, un robot comandato dalle voci.</i>

Interpretazione

Spesso i narratori nelle proprie autobiografie condividono anche quella che era l'interpretazione che loro stessi abducevano alle voci. Perciò le persone tendono ad offrire nelle loro narrazioni anche elementi che rendano conto del *senso* che loro stesse avevano attribuito prima del *recovery* alla manifestazione delle voci, ossia la funzione che quest'ultime ipotizzassero potessero ricoprire.

In alcuni dei nostri testi, le voci venivano interpretate come una “via di comunicazione”, quindi come un elemento che consentisse alla persona di comunicare secondo vie extrasensoriali non consuete. In altri, le voci diventavano un fenomeno dotato di senso nel momento in cui veniva inserito entro una dimensione spirituale: nello specifico, le voci venivano viste come un elemento che consentisse alle persone un legame con poteri spirituali superiori oppure come una delle tappe che compongono il viaggio spirituale interiore.

Di sotto viene riportata la tabella contenente gli stralci di testo autobiografici entro cui si presenta la tematica appena descritta e esaminata:

Numero di autobiografie che presentano la tematica “Interpretazione” 6/12	
Protagonista	Stralci di testo
Debra	<i>Non credo che sia stato un unico evento traumatico a predispormi all'udire le voci, quanto piuttosto una successione di eventi significativi e dolorosi, i quali hanno determinato una particolare vulnerabilità al trauma da me ripetutamente subito: la sensazione di non valere niente, di essere anormale e indegna di amore.</i>
Jacqui	<i>Sapevo che alle radici della mia angoscia c'erano gli abusi che avevo subito durante l'infanzia.</i>
John	<i>La maggior parte delle mie voci vengono dall'esterno. Le sento con la mente. Sembrano provenire da altre persone, vicine o lontane: amici, familiari, conoscenti, estranei. È come se riuscissi a comunicare con loro per via extrasensoriale. Sembra che sappiano tutto di me.</i>
Marion	<i>La prima volta che ho sentito una voce non sono rimasta particolarmente sorpresa, perché nel frattempo avevo sviluppato un interesse per la dimensione spirituale [...] Ero convinta che fosse un dono mandato il mio aiuto in un momento di disperato bisogno, ed ero grata che ci fosse. [...] accettavo l'idea di essere connessa a un potere superiore. [...] Tra la prima e la seconda esperienza mi ero convertita al cristianesimo; perciò, credevo di sentire i messaggi inviati da Dio, dallo Spirito Santo o dagli angeli.</i>
Olga	<i>Mi piace pensare che siano un'eco, a volte molto forte, ma nient'altro che un'eco. E tuttavia so che sono il mio passato che invade il presente, non distorce cerca di avvelenarlo, avvelenarlo sempre.</i>
Rufus	<i>Secondo me, la mia esperienza e le mie idee insolite erano tappe di un viaggio spirituale [...] Tuttavia ero sempre convinto che le mie idee e le mie esperienze fossero, a loro modo, sensate. Poco alla volta sono riuscito a interpretarle come reazioni emotive alla fine della relazione con la mia prima ragazza, che aveva scatenato in me profondi conflitti emotivi.</i>

Etichettamento

Con questa quarta categoria d'analisi abbiamo pensato di fare riferimento a quegli stralci di testo che raccontano dell'incontro dei protagonisti con i reparti psichiatrici e i professionisti che lì vi lavorano. Molto spesso parlano di questi luoghi come di spazi in cui la comprensione delle esperienze era lasciata alla spiegazione biologistica delle stesse: le voci venivano infatti spesso considerate dai professionisti della salute mentale come indice di un disturbo psicopatologico e elemento utile per fare diagnosi di schizofrenia. Nelle autobiografie che abbiamo preso in considerazione inoltre mettono in luce come spesso quindi l'aspetto della comprensione del significato che la manifestazione delle voci potesse avere entro la loro biografia veniva lasciata da parte e le figure professionali ivi presenti non elargivano alcuna informazione o speranza di guarigione.

La tabella sottostante schematizza gli stralci di testo che sviluppano la tematica di cui sopra:

Numero di autobiografie che presentano la tematica “Etichettamento” 12/12	
<i>Protagonista</i>	Stralci di testo
<i>Debra</i>	<i>I medici non mi avevano mai dato questa certezza.</i> (riferendosi alla questione della possibilità di guarigione)
<i>Jacqui</i>	<i>Con mio grande sconforto, gli psichiatri quali raccontavo le mie esperienze cercavano di negarle, oppure mi dicevano che non mi sarei mai ripresa da una vicenda del genere. Mi dicevano che ero malata, malata di mente. Si aspettavano che accettassi passivamente il trattamento previsto per quel genere di disturbo [...] A nessuno è mai venuto in mente di chiedermi che cosa secondo me poteva essermi d'aiuto. [...] Le mie esperienze non sono mai state considerate una risposta naturale e perfettamente umana alle vicende della mia vita. Il fatto che io dessi retta alle voci era considerato una prova della mia infermità</i>
<i>Jo</i>	<i>A un certo punto la mia vita è drasticamente cambiata. Non avevo mai detto nessuno che sentivo delle voci, ma appena l'ho fatto sono stata trattata come una persona anormale.</i>
<i>John</i>	<i>Sono andato da uno psichiatra che mi ha consigliato di farmi ricoverare, e io gli ho dato retta. [...] c'era qualcosa di fuori posto in me: ero “ammalato” [...] E se dicevo allo psichiatra che sentivo delle voci, lui non faceva altro che aumentarmi le dosi dei farmaci, con conseguente</i>

	<i>incremento degli effetti collaterali. In sostanza, avevo capito che era meglio tenere ben nascosta la faccenda.</i>
<i>Karina</i>	<i>Non ero mai sicura che fossero vere, ed evitavo di fare scenate per paura che mi credessero matta.</i>
<i>Marion</i>	<i>Ormai sembro una pazza persino a me. [...] Medici e infermiere mi accompagnano nello spogliatoio perché devo cambiarmi [...] Nell'arco di una sola giornata torno "normale" (qualsiasi cosa significhi), e cinque giorni dopo mi dimettono. [...] Dicono che è stato un "breve episodio psicotico". [...] Non credo di essere mai stata malata: ero semplicemente angosciata, disperatamente bisognosa di aiuto.</i>
<i>Olga</i>	<i>Loro vedevano nelle mie parole il segno della pazzia. Ero schizofrenica, dicevano: "... E a proposito, già che siamo in argomento, si metta bene in testa che non c'è nessuna cura, lei è una malata cronica, uno schizofrenica cronica, un'anomalia biologica segnata da un male incurabile". [...] La cosa davvero importante era che io imparassi qual era il mio posto nello schema biologico del loro paradigma medico. La chimica del cervello si era inceppata per ragioni genetiche [...] né loro né io avevamo mai avuto notizia di una guarigione [...] All'interno del sistema sanitario, il silenzio sulla guarigione era mortale</i>
<i>Peggy</i>	<i>La mia prima esperienza con il sistema psichiatrico è servita soltanto a sedare il mio stato mentale e a tenere sotto controllo le mie azioni.</i>
<i>Rufus</i>	<i>Ricevere una diagnosi di schizofrenia non mi è stato utile: la diagnosi ha impedito a molte persone di comprendere le mie esperienze e di vedere in me un essere umano a tutto tondo, con capacità e potenzialità specifiche. [...] Nessuno parlava con me dalle mie esperienze o delle mie idee. [...] i medici erano convinti che la mia condizione avesse un'origine genetica.</i>
<i>Ruth</i>	<i>Quando mi sono svegliata ricordavo benissimo di aver detto ai medici delle mie voci, ma loro sostenevano che fossi semplicemente un po' incoerente: a quel punto ho deciso che era meglio assecondarli, e ho detto che mi sentivo stressata e confusa. Sapevo che era la cosa migliore da dire se non volevo restare in ospedale</i>
<i>Stewart</i>	<i>Dopo il nostro colloquio lo psichiatra ha parlato a quattr'occhi con mia madre, poi mi ha prescritto dei farmaci. [...] il messaggio che avevo ricevuto più volte dai professionisti della salute mentale era sempre lo stesso: non dovevo aspettarmi granché dal futuro. Niente scuola, né lavoro, né relazioni umane.</i>
<i>Sue</i>	<i>Non sono mai stata etichettata come una tipica uditrice di voci, né come "schizofrenica". Se fosse accaduto, non sarei mai stata disposta ad ammettere che ci fosse una qualsiasi relazione tra quelle etichette e la mia esperienza. [...] Non mi sembrava che l'ospedale fosse il luogo adatto per parlare delle mie voci, perché i medici tendevano a interpretarle come illusorie.</i>

5.4.2 Analisi dei dati testuali: l'esperienza dell'udire voci dopo il percorso di *recovery*

In questo paragrafo verranno illustrati i risultati che si rifanno al secondo sotto-obiettivo, ovvero "osservare le narrazioni attraverso cui le persone descrivono il proprio rapporto

con le voci dopo aver intrapreso un percorso di «*recovery*». Perciò ora metteremo in luce quelle che sono le tematiche emerse dalle autobiografie laddove le narrazioni miravano ad offrire una descrizione della propria esperienza e del proprio percorso di *recovery*.

La procedura adottata per la costruzione delle categorie di analisi è la medesima che è stata descritta nel sotto-paragrafo precedente. Inoltre, per una trattazione più dettagliata della stessa si rimanda, anche in questa sede, al paragrafo del quarto capitolo ad essa dedicato.

Le tematiche, relative al secondo sotto-obiettivo, emerse in modo trasversale alle autobiografie considerate sono:

- *Risorse*
- *Rapporto con le voci*
- *Interpretazione delle voci*
- *Apertura al mondo*
- *Senso di Sé*
- *Terapia psicofarmacologica*

Anche in questo caso, prenderemo ciascuna di esse in esame dettagliatamente.

Risorse

Nelle autobiografie che abbiamo preso in considerazione, gli uditori di voci hanno condiviso quegli elementi la cui presenza ha consentito loro di intraprendere oppure di proseguire nel loro percorso di *recovery*: per queste narrazioni abbiamo costruito la categoria d'analisi "*Risorse*".

L'elemento che maggiormente ricorre nei diversi scritti autobiografici come risorsa per il proprio percorso di *recovery* è la Rete degli Uditori di Voci. Essa viene spesso configurata come uno spazio in cui loro possono raccontare liberamente delle proprie esperienze con le voci con la certezza che verranno compresi. Oltre a ciò, la Rete viene anche rappresentata come un'occasione per instaurare un rapporto diverso con le proprie voci, con lo scopo di imparare a gestirle e cominciare a convivere con loro.

Un altro elemento che ritorna spesso nelle narrazioni autobiografiche relative le risorse che hanno contribuito al percorso di *recovery* intrapreso sono sia ruoli sociali che gravitano entro l'ambito della Salute mentale, come ad esempio psicologi, psichiatri o assistenti sociali, sia ruoli sociali informali, come familiari, amici o ex utenti psichiatrici. Gli uditori di voci considerano preziosi questi ruoli per il loro percorso di *recovery* nella misura in cui questi ruoli siano in grado di accettarli per quelli che sono, di mostrarsi disponibili ad ascoltarli e comprenderli, di donare ancora speranza in un futuro dove la "guarigione" trova spazio.

Infine, ulteriori elementi indicati dagli uditori di voci come utili per il *recovery* sono l'attività professionale oppure le attività ricreative. Queste attività risultano essere significative per gli uditori di voci in quanto donano loro la possibilità di rendersi utili per la Comunità a cui appartengono.

Di seguito la tabella riassume gli stralci di testo in cui si è declinata tale tematica entro gli scritti autobiografici a disposizione:

Numero di autobiografie che presentano la tematica " <i>Risorse</i> " 12/12	
<i>Protagonista</i>	Stralci di testo
<i>Debra</i>	<i>Con l'aiuto e l'assistenza di un amico [...] Lui mi ha sempre dato la possibilità di condurre il gioco e di mettere a punto strategie che mi consentissero di confrontarmi con le voci. [...] è stato estremamente valorizzante, e mi ha aiutata a riconquistare una sicurezza interiore che avevo perso da tempo.</i>

Jacqui	<i>Persone disposte ad ascoltare me e le mie voci, ad aiutarmi a comprendere quel che le voci stavano cercando di comunicarmi. Ho lavorato in stretta collaborazione con un counsellor, e successivamente con un terapeuta che ha creduto in me e ha avuto fede nella mia capacità di guarigione. Con l'aiuto di queste persone, del mio compagno e dei miei amici più cari ho intrapreso il cammino lungo e tortuoso che mi avrebbe infine riportata a me stessa. [...] Poco per volta mi sono creata una rete di supporto. [...] Strutturare la mia vita intorno a delle attività normali che mi consentissero di prendermi cura di me stessa è stato altrettanto importante.</i>
Jo	<i>Ho avuto i primi contatti con il metodo basato sull'accettazione delle voci grazie allo psichiatra che mi seguiva in ospedale. È stata la prima persona ad affrontare con me l'argomento delle voci. Mi sono detta: "Santo cielo, finalmente qualcuno si prende la briga di parlarmi delle mie voci". [...] mi ha trattata da pari a pari. [...] ho avuto modo di conoscere un'altra utente dei servizi psichiatrici che aveva imparato a convivere con le sue voci [...] non mi ha mai trattata come una persona di serie B.</i>
John	<i>Tempo fa ho frequentato un gruppo per uditori di voci [...] Parlare apertamente e liberamente delle mie voci è stata un'esperienza molto liberatoria. [...] ho scritto una lettera alla persona più assennata che io conosca, e le ho parlato delle mie voci [...] Lui mi ha risposto dicendo che non c'è niente di sbagliato nell'udire le voci. [...] Là ho conosciuto una bravissima nutrizionista [...] è stata lei ad aiutarmi più di chiunque altro a combattere la schizofrenia</i>
Karina	<i>Sono venuta a conoscenza dell'approccio basato sull'accettare le voci nei primi anni Novanta [...] Andavo alle riunioni del gruppo di Manchester tutti i mesi: a quei tempi era la mia ancora di salvezza. [...] ho cominciato a frequentare un centro di psicoterapia [...] ho potuto parlare lungamente dalle mie voci con i terapeuti, che mi hanno aiutata a trovarvi un significato. [...] Ho cominciato a fare dal volontariato per la Rete degli uditori di voci. Nel luogo in cui era racchiusa tutta la conoscenza sull'udire le voci, incontrare tanta gente, mi ha aiutata molto.</i>
Marion	<i>Guardarsi intorno, aiutare gli altri a valorizzare il proprio ruolo sociale, è stato per molto un prezioso aiuto sulla via della guarigione. [...] Imparare da loro, in una prospettiva non medica, è stato un enorme aiuto: mi hanno aiutata a collocare le mie esperienze in un contesto comprensibile. [...] Un altro punto di svolta, in tempi più recenti, è stato la pubblicazione del mio primo libro [...] Scrivere del processo di guarigione è stata un'esperienza estremamente terapeutica e profondamente liberatoria. Mi ha aiutato a valorizzare le mie esperienze.</i>
Olga	<i>Ho deciso di affidarmi a una terapeuta [...] la mia speranza, che poco alla volta è rifluita verso me donandomi forza e luce. Ma soprattutto, questo è stata la mia prima tappa dal mio ritorno alla vita. [...] Una mia amica mi ha convinta ad andare a una conferenza, e lì ho incontrato Jern: parlava di guarigione, e mi ha cambiato la vita.</i>
Peggy	<i>Ho incontrato il Dottor Phil Thomas, ed è stato un grande sollievo trovare finalmente una persona davvero interessata all'esperienza degli uditori di voci. [...] ho scoperto che potevo aprirmi e discutere delle mie voci. [...] Grazie all'impegno di Phil e al sostegno di Sheila sono riuscita ad affrontarle molto bene, a gestirle e a godermi finalmente una vita più positiva e libera.</i>

Rufus	<i>Il teatro, la danza, l'arte, un impegno part-time il sostegno di una cara amica mi hanno aiutato a guarire. [...] Sentirmi accettato mi faceva molto bene. [...] Il suo atteggiamento aperto e positivo ha modificato radicalmente il mio modo di vedere la situazione. Anche la mia natura ribelle mi ha aiutato, spingendomi a rifiutare la diagnosi di schizofrenia. Non ero disposto ad accettare l'idea che la mia "follia" fosse il prodotto irrilevante di una malattia cerebrale.</i>
Ruth	<i>James (il mio ragazzo) [...] Non aveva pregiudizi né preconcetti. Mi ha accettata e sostenuta, ha detto che potevo svegliarlo in qualsiasi momento se avevo paura. Non interpretava le voci come un fenomeno strano. [...] James rendeva normale la mia esperienza. [...] Il gruppo degli uditori di voci mi aiuta a sentirmi accettata e a sentire come normale la mia esperienza [...] Mi permette di parlare della mia vita tutta intera, di me tutta intera, perché gli altri mi capiscono</i>
Stewart	<i>In questo periodo ho conosciuto un'assistente sociale [...] mi ha dato un'altra idea di quello che poteva essere il mio futuro. Era informale, amichevole, e mi trattava come una persona. [...] ho conosciuto un'altra utente dei servizi psichiatrici [...] Incontrarla mi ha letteralmente aperto gli occhi: lei era un'utente, come me, ma aveva un lavoro, un compagno, una casa: tutte cose che ero stato abituato a considerare irraggiungibili, al di là della mia portata. [...] È stato allora che ho deciso di diventare un lavoratore autonomo.</i>
Sue	<i>Rete degli uditori di voci [...] c'erano persone che mi hanno sostenuta e aiutata: altri uditori di voci [...] Lavorando insieme ad altri uditori di voci ho imparato moltissimo sulle mie esperienze.</i>

Rapporto con le voci

Abbiamo costruito questa categoria d'analisi per riferirci a quegli stralci di testo in cui gli uditori di voci raccontano come il *recovery* si sia reso possibile grazie anche ad un cambiamento del loro rapporto con le voci. Quello che emerge con chiarezza dalla gran parte delle autobiografie è che il *recovery* sarebbe favorito da un cambiamento degli equilibri di potere che regolano il rapporto con le voci. Nello specifico, gli uditori di voci configurerebbero come maggiormente gestibile il fenomeno di cui fanno esperienza laddove essi siano in grado di esercitare controllo e potere nei confronti delle voci. Quest'ultimo sarebbe possibile grazie a precise strategie che consentono di governare la manifestazione delle stesse.

A seguire la tabella riassuntiva gli stralci di testo in cui la tematica è stata declinata nelle storie prese in considerazione:

Numero di autobiografie che presentano la tematica “Rapporto con le voci” 10/12	
Protagonista	Stralci di testo
Debra	<i>Prima di tutto modificare il mio atteggiamento nei confronti delle voci: invece di temerle e di inchinarmi al loro volere, cominciai a trattarle da amiche e mostrai di gradire la loro intrusione, accogliendole gentilmente e rispettosamente. [...] Decisi di affidare dei compiti ai demoni. [...] Capii che il potere delle voci era unicamente il potere che ero disposta a dargli. [...] Mi sono impegnata a fondo per acquisire il controllo sulle voci</i>
Jacqui	<i>Mi ero preparata una lista di venti cose da fare quando la situazione diventava disperata [...] Avevo dei mantra che ripetevo a me stessa per ricacciare indietro il terrore e recuperare fiducia in me stessa. [...] Poco per volta abbiamo cominciato a sostenerci e a capirci a vicenda, e questo ha sviluppato un forte senso di connessione e di interezza. La vita è diventata un progetto condiviso.</i>
Jo	<i>Ho imparato a controllarle meglio perché volevo riappropriarmi della mia vita, e ora so di poterle condizionare e controllare con l'aiuto di alcune tecniche. [...] Le tecniche di resistenza che uso quando le voci mi infastidiscono di più sono: ascoltare musica, prendermi cura dei miei animali, fare sport, parlare con la gente, prendermi cura di me stessa o contare alla rovescia.</i>
John	<i>Da quando mi sono reso conto di essere io a crearle sono sostanzialmente scomparse, tranne che nei periodi di stress, e sono diventate assai più facili da gestire. [...] al momento sento voci [...]. Sono tutte estremamente gradevoli. Dicono cose del tipo: “Non pensi che dovresti mettere un po' di ordine?” (e in effetti la mia casa è tutta a soqqadro), oppure “sarebbe ora che mangiassi qualcosa, John!” (è da stamattina che non mangio, perché scrivere questa storia mi ha assorbito completamente).</i>
Karina	<i>Le strategie che uso per contrastare le voci si basano sulla distrazione. Come ho già detto, ascolto musica (a casa o sul Walkman), accendo la radio, guardo la tv, leggo. [...] quando sentivo le voci più malevole mi aiutava a essere in compagnia di qualcuno. [...] Oggi le voci si fanno vive molto più di rado, perciò sono più libera di fare quel che desidero.</i>
Marion	<i>Le mie voci sono sempre con me: perfettamente integrate come in passato, perché fanno parte di me, ma oggi hanno un altro nome. Oggi le chiamo intuito, logica interiore, angeli custodi.</i>
Olga	<i>è la mia voce buona: dopo il suo ritorno tutto è cambiato: gli equilibri di potere [...] Con lui ho intrapreso il viaggio che porta all'unione, al saldarsi di tutti i frammenti e al mio essere finalmente intera, finalmente me, finalmente Olga.</i>
Peggy	<i>è comparsa una nuova voce che ha preso il sopravvento, permettendomi di affrontare le voci più aggressive. [...] Le voci sono saldamente sotto il mio controllo, e le sento a malapena.</i>
Stewart	<i>Ricordo di aver incontrato Ron Coleman, e di averlo sentito parlare della necessità di trattare con le proprie voci. [...] grazie a Ron ho imparato a dargli appuntamento in un orario specifico della giornata [...] ho cominciato ad affrontare le problematiche sulle quali le voci mi</i>

	<i>attaccavano più frequentemente. [...] Ora riesco a relazionarmi con loro (le voci) in maniera indipendente: questo significa che posso dire loro di andarsene e di tornare più tardi, quando la situazione è più tranquilla; inoltre riesco a discutere mentalmente con loro e a trattarle come se fossero la voce dai miei pensieri.</i>
Sue	<i>ho imparato esercitare il controllo su di loro obbligandoli a parlarmi soltanto in determinati orari. [...] Le mie strategie di resistenza si basano sulla quotidiana analisi dalle mie emozioni, sulla loro esplorazione, su un'attenzione costante a ciò che provo e perché. Ancora più importante la costante ricerca del rispetto di me stessa, della mia valorizzazione e accettazione.</i>

Interpretazione delle voci

Con il percorso di *recovery*, gli uditori di voci potrebbero formulare anche un'interpretazione diversa del fenomeno di cui essi stessi fanno esperienza, attribuendole un senso altro, nuovo.

Spesso configurano le voci come delle proprie creazioni, in grado di esprimere parti di sé. Perciò le voci non vengono più considerate come realtà esterne che consentono forme speciali di comunicazione (siano esse di carattere spirituale oppure no), ma sono configurate come manifestazione del proprio pensiero, del “subconscio” o comunque di parti di sé.

Di sotto viene riportata la tabella contenente gli stralci di testo autobiografici entro cui si presenta la tematica appena descritta e esaminata:

Numero di autobiografie che presentano la tematica “Interpretazione delle voci” 11/12	
Protagonista	Stralci di testo
Debra	<i>Riflettendo sul ruolo che le voci avevano svolto nella mia vita arrivai a comprendere che rispondevano a una mia esigenza: il bisogno di relazionarmi a qualcuno, di avere degli amici, dei legami. Per quanto crudeli, le voci non facevano che dirmi la verità su me stessa. [...] Le voci hanno qualcosa di importante da dirti, ma comunicano rozzamente, in modo negativo.</i>
Jacqui	<i>Per quanto a volte fossero difficili da gestire, le voci delle mie diverse identità rispecchiavano delle verità importanti che avevano a che fare</i>

	<i>con le mie passate esperienze. Perciò, se una voce mi minacciava, la prima cosa che facevo era domandarmi perché loro si sentissero minacciate.</i>
Jo	<i>Secondo me le mie voci nascono da alcuni eventi traumatici dal passato. Ho accettato questa spiegazione, e me ne servo per spiegare il modo in cui le voci agiscono. Anche le persone che frequento per motivi professionali e personali accettano questa spiegazione.</i>
John	<i>La loro frequenza direttamente proporzionale al mio livello di stress [...] Ora so che ero io a creare le voci: vengono dal mio inconscio, dal subconscio, alcune semplicemente dall'intuito [...] Alcune delle mie voci avevano un messaggio molto importante da trasmettermi. Oggi sono convinto che alcune di loro fossero un elemento positivo, benefico.</i>
Karina	<i>La mia interpretazione delle voci è semplicissima: le voci erano me. Anche se non avevano la mia voce, erano i miei pensieri e le mie esperienze di vita, e parte del mio subconscio. [...] le voci aumentano quanto più sono stressata</i>
Marion	<i>“Non è detto che la pazzia debba sempre costituire un regresso; Ma può anche essere un progresso”. Con il passare del tempo sono sempre più convinta che questo sia vero per me stessa e per le altre persone che ho incontrato [...] all'interno del sistema psichiatrico. Tuttavia prima di arrivare al “progresso” definitivo ci sono stati parecchi “regressi” che mi hanno accompagnata lungo il viaggio di guarigione verso il luogo di benessere in cui ora mi trovo.</i>
Olga	<i>Avevo bisogno di loro tanto quanto loro ne avevano di me: insieme, io e le mie voci abbiamo creato me, una bambina frammentata, che con il passare del tempo è diventata un'adulta frammentata, che alla fine, però, è diventata intera; è diventata me; è diventata Olga.</i>
Rufus	<i>Sono convinto che le voci, le visioni e le idee inusuali siano esperienze significative, meritevoli di ascolto e comprensione. [...] A mio modo di vedere le voci sono portatrici di significato. Possono contenere indizi o informazioni su ingiustizie che la persona patito ma non ha saputo affrontare. Spesso le voci “difficili” sfidano una persona che le sente ad assumere un atteggiamento più autorevole e autoriale nella vita.</i>
Ruth	<i>Le voci [...] sono cominciate in un periodo in cui avevo molti contatti con persone giovani ed ero ancora molto reticente su quanto era successo: quando lui mi minacciava dicendo che prima o poi si sarebbe venuto a sapere, le sue minacce erano molto reali, molto terrorizzanti, e temevo di perdere tutto quello che avevo nella vita.</i>
Stewart	<i>Non c'è alcuna relazione tra la diagnosi e le mie esperienze, che secondo me non hanno nulla di patologico. So di aver cominciato a sentire le voci perché in quella fase della mia vita stavano succedendo determinate cose, anche se tuttora non so perché quelle cose siano tornate a me sotto forma di voci.</i>
Sue	<i>Ora le percepisco come entità interne a me stessa, parte di me, e al tempo stesso parte della forza vitale universale che è in tutti noi. [...] mi hanno fatto da guida, contribuendo alla mia crescita personale e a una più profonda comprensione di me stessa. [...] Credo che le mie voci rappresentino delle emozioni soppresse e negate.</i>

Apertura al mondo

Con questa categoria conoscitiva facciamo riferimento a quelle narrazioni che concorrono nella rappresentazione di ciò che le persone sono poi riuscite a fare grazie il percorso di recovery. Nelle storie autobiografiche prese in considerazione, i narratori raccontano di come il percorso di “guarigione” implichi anche un incremento del proprio raggio d’azione: sentire le voci, essendo un fenomeno che poi trova una sua gestione, non risulta più essere un ostacolo per la persona nella conduzione della propria vita, potendosi perciò permettere, ad esempio, di tornare a lavorare, ricominciare a studiare o fare cose che prima risultavano essere loro impossibili.

La tabella sottostante schematizza gli stralci di testo che sviluppano la tematica di cui sopra:

Numero di autobiografie che presentano la tematica “Apertura al mondo” 9/12	
Protagonista	Stralci di testo
<i>Debra</i>	<i>Inoltre cominciai a esplorare altre aree della mia vita. Decisi che era tempo di rischiare, di far entrare nuove persone nel mio mondo [...] A quel punto ho cominciato ad avventurarmi fuori casa. Ho ripreso a studiare, mi sono iscritta all'università, ho conosciuto nuovi amici e ho trovato un lavoro. Parecchi anni dopo ho deciso di intraprendere la carriera di consulente ed educatrice nei servizi di salute mentale.</i>
<i>Jacqui</i>	<i>Personalmente, sono contenta come mai prima d'ora. Ho un compagno fantastico, e il privilegio di vivere accanto a persone meravigliose.</i>
<i>Jo</i>	<i>Oggi riesco a vedere una prospettiva di vita futura, e sono in grado di fare molte più cose. Riesco a concentrarmi su altri aspetti della vita, ad esempio sui rapporti personali; vivo da persona autonoma, [...]. Ho ricominciato a leggere, ad andare in piscina e ho riconquistato un ruolo pressoché normale all'interno della società. Inoltre, riesco a comunicare molto più facilmente i miei pensieri i miei sentimenti.</i>
<i>Karina</i>	<i>Andavo più spesso fuori casa, riuscivo persino a viaggiare sugli autobus, acquisivo più controllo. I confini dal mio mondo si erano allargati [...] sono entrata a far parte dell'associazione Start [...] Ho fatto opera di volontariato per varie associazioni [...] Ho anche un fidanzato</i>
<i>Marion</i>	<i>ho un lavoro [...] ho costituito un gruppo per persone con problemi di salute mentale, mettendo a frutto la mia esperienza di insegnante in diversi corsi di formazione: in questo modo sono riuscita a costituire una rete di utenti-formatori</i>
<i>Olga</i>	<i>ho rispolverato il sogno: ho trovato il corso adatto e ho cominciato a studiare le stelle, i pianeti e l'alba dell'universo [...] sono finita a lavorare come “allenatrice alla guarigione” [...] <i>Jörn</i> mi ha anche fatto</i>

	<i>conoscere la Rete danese degli uditori di voce, che proprio in quel periodo stavano preparando la prima assemblea nazionale, dalla quale sarebbe nato un vero e proprio organismo di coordinamento. Del quale oggi sono alla presidente.</i>
<i>Peggy</i>	<i>Sheila e io siamo appena tornate da una spedizione in Antartide: è stata un'esperienza fantastica. Ero davvero entusiasta di partecipare a tutte le attività proposte, cosa che in passato non avrei mai osato fare: avevo troppa paura. Adesso riesco persino a guidare</i>
<i>Rufus</i>	<i>Ho cominciato ad andare alla ricerca di centri ricreativi, chiese, scuole di teatro e più tardi di danza. Luoghi dove poter stabilire un contatto con gli altri ed esprimere me stesso. [...] Ho cominciato a prestare opera di volontariato in un centro ricreativo [...] Dopo un paio d'anni ho deciso di ricominciare a studiare [...] Sono uno psicologo clinico, e da nove anni lavoro per i servizi di salute mentale. [...] Da circa otto anni sono molto attivo nel movimento degli uditori di voci.</i>
<i>Stewart</i>	<i>Ho cominciato a lavorare [...], e così sono diventato prima un “rappresentante dagli utenti”, poi un patrocinatore e un organizzatore di gruppi. Ho gettato le fondamenta del mio lavoro di oggi. [...] Mi sono impegnato di più come patrocinatore degli utenti, e ho frequentato dei corsi di formazione per infermieri e assistenti sociali.</i>

Senso di Sé

Nel descrivere il loro processo di recovery, in alcuni casi gli uditori di voci entrano anche nel merito di come si è modificato il proprio senso di sé, ossia mettono in luce quei cambiamenti nella propria configurazione identitaria legati sia alla percezione di sé sia alle sensazioni che provano.

Nei testi presi in considerazione, i protagonisti e narratori hanno espresso come le sensazioni che provavano nei loro confronti fossero maggiormente positive: alcuni riportano di provare maggiore serenità, autostima, autonomia, libertà, sicurezza di sé e fiducia nelle proprie potenzialità.

Di seguito la tabella riassume gli stralci di testo in cui si è declinata tale tematica entro gli scritti autobiografici a disposizione:

Numero di autobiografie che presentano la tematica “Senso di Sé” 8/12	
Protagonista	Stralci di testo
Debra	<i>E così ho capito che il mio amico aveva ragione: ero piena di risorse competente e perfettamente in grado di condurre personalmente il mio percorso di guarigione: avevo coraggio, avevo le doti necessarie e una buona capacità di recupero: dunque potevo guarirmi da sola.</i>
Jacqui	<i>Il mio punto di partenza è stato creare un nuovo paradigma di me stessa che facesse onore alla mia resistenza e alla mia capacità di guarigione. [...] La percezione della mia stessa identità è cambiata. Da “io” sono diventata “noi”. La relazione con le mie diverse identità si è evoluta nel corso del tempo. Ho cercato di farle comunicare tra loro, e poco alla volta sono riuscita a farle collaborare.</i>
Jo	<i>Sono una donna determinata e indipendente, che sa accettare l'aiuto degli altri quando ne ha bisogno.</i>
Karina	<i>Tuttavia vedere che tante persone e tanti professionisti dimostravano interesse per la mia esperienza ha incrementato la mia autostima, così ho smesso di considerarmi una pazza senza speranza di guarigione. [...] Adesso sono in una fase di transizione, ma mi sento più positiva.</i>
Marion	<i>Ricominciare a sperare nel futuro è stato decisivo, per me come per molti altri. Forse altrettanto importante, almeno nel mio caso, è stata un'esigenza di emancipazione, di rigenerazione: il bisogno di liberarmi dall'etichetta condizionante di persona che ha vissuto la malattia, il bisogno di valutare e apprezzare me stessa e la mia esperienza nella loro unicità. [...] Se considero quel che avevo allora (un'idea molto labile del significato della vita, degli autentici valori e delle priorità davvero importanti) e quel che ho guadagnato (amicizie vere, soddisfazione e gioia di vivere), mi sento davvero fortunata.</i>
Olga	<i>Un'adulta frammentata, che alla fine, però, è diventata intera; è diventata me; è diventata Olga</i>
Peggy	<i>Mi sento sveglia e indipendente, anche se mi rendo conto di dovere molto l'appoggio costante di un'amica e di un bravo psichiatra</i>
Sue	<i>Ho contato su me stessa per cambiare la mia vita. Ho imparato a essere orgogliosa di me stessa. Ho dimostrato quanto valgo al lavoro, nei rapporti con gli amici e nel mio ruolo di madre single. Ho smesso di incolpare me stessa, di punirmi e di mettere in dubbio la mia dignità. [...] Ho più fiducia in me stessa.</i>

Terapia psicofarmacologica

Per dire del proprio processo di “guarigione”, gli uditori di voci spesso offrono anche narrazioni che fanno riferimento alla terapia psicofarmacologica, laddove essa sia stata proposta dagli esperti psichiatri che hanno incontrato.

Tale questione assume valori diversi entro i racconti autobiografici presi in considerazione, nello specifico per quanto riguarda il ruolo che la terapia psicofarmacologica ha svolto entro il proprio percorso di *recovery*. Difatti, se per alcuni la terapia psicofarmacologica ha svolto un ruolo significativo e rilevante in quanto ha contribuito (o continua a farlo) nella gestione della sofferenza legata alla presenza delle voci, per altri invece non è stato così. In quest'ultimo caso le narrazioni riportate dai protagonisti pongono principalmente il focus sull'inefficacia dei farmaci nel modulare la manifestazione del fenomeno e sugli effetti collaterali legati all'utilizzo degli stessi.

A seguire la tabella riassuntiva gli stralci di testo in cui la tematica è stata declinata nelle storie prese in considerazione:

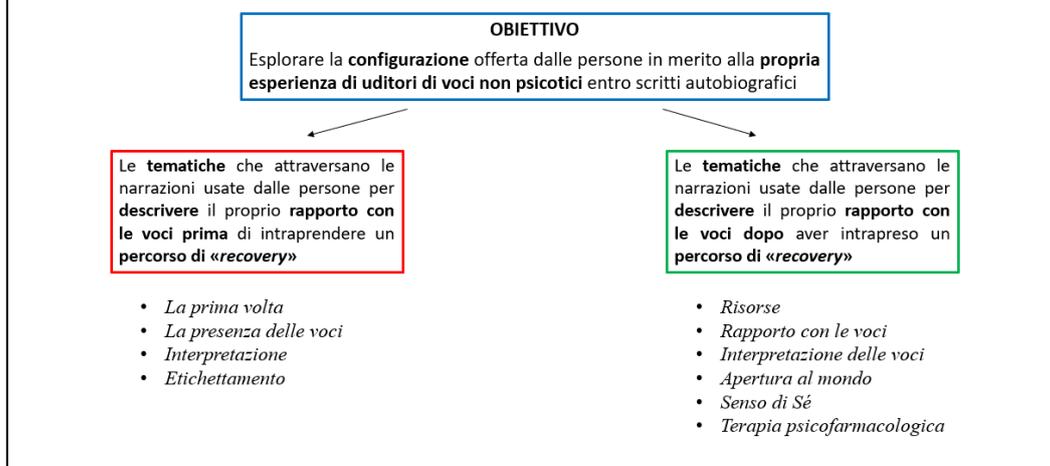
Numero di autobiografie che presentano la tematica “Terapia psicofarmacologica” 10/12	
Protagonista	Stralci di testo
<i>Debra</i>	<i>Da anni ero seguita dai servizi di salute mentale, e malgrado seguissi una terapia farmacologica a dosi elevate le voci non scomparivano; in compenso, il mio corpo era in stato letargico e al tempo stesso in costante agitazione.</i>
<i>Jo</i>	<i>Praticamente senza l'aiuto dei farmaci</i>
<i>John</i>	<i>Dopo circa due mesi di terapia a base di antipsicotici ed elettroshock [...]. A quanto ricordo le voci erano scomparse, ma ero intontito dai farmaci e avevo tutta una serie di effetti collaterali.</i>
<i>Karina</i>	<i>Ora seguo una terapia adatta alle mie esigenze, con un dosaggio contenuto</i>
<i>Marion</i>	<i>E poi zac, ecco l'ago che entra. Mi aiutano a coricarmi. Dormo come un sasso, mi perdo completamente la domenica e mi sveglio lunedì mattina abbastanza riposata, sveglia e senza voci. [...]. Nessuna terapia farmacologica [...]. Ho sempre rifiutato le terapie farmacologiche, fuorché quando mi venivano somministrate a forza (e con pesantissimi effetti collaterali) durante i ricoveri</i>
<i>Olga</i>	<i>Orap, Sordinol, Risperdal, Leponex, sono soltanto alcuni dei tanti farmaci che ho provato in questo viaggio durato dieci anni. Sono diventata grassa e grossa, apatica e rigida: quanto al mio cervello, be', non si connetteva più. Disarticolato, intrappolato, era come imbottito di ovatta: metteva distanza tra me e la mia vita. [...]. Eppure questo non è bastato ad acquietare le voci di me; non se ne andavano mai, qualsiasi pillola [...] io mandassi giù nel tentativo di ridurle al silenzio. Ridurre al silenzio loro, o me?</i>
<i>Peggy</i>	<i>Qualcuno ha detto che non avevo più bisogno di iniezioni, e perciò sono stata “svezzata” poco alla volta. Sfortunatamente non era vero: adesso prendo ogni giorno una piccola dose di Olanzapina.</i>

Rufus	<i>Dopo quattordici mesi di terapia ho smesso (contro il parere dei medici) di prendere i farmaci neurolettici. [...] Le cure psichiatriche mi sembravano estremamente oppressive: i farmaci che prendevo mi rallentavano i pensieri, mi rendevano debole e impotente. [...] Da circa sei mesi facevo un'iniezione ogni quindici giorni, e rifiutavo ogni altra terapia. Avevo un tremito alle mani che mi rendeva difficile dipingere, e mi sentivo emotivamente bloccato. Ho chiesto ai medici il permesso di sospendere completamente i farmaci, ma loro hanno rifiutato, e allora l'ho fatto autonomamente.</i>
Stewart	<i>La prima volta che li ho presi (era clorpromazina, lo ricordo bene) ho dormito per un giorno intero, e quando mi sono svegliato mi sono accorto che c'era qualcosa di diverso. In seguito, ho capito che erano gli effetti collaterali della medicina: avevo la lingua gonfia, non riuscivo a stare in piedi, gli occhi andavano per conto loro. [...] E naturalmente i farmaci addormentavano me, ma non certo le voci!!! [...] Prendo ancora piccole dosi di antipsicotici e anche un antidepressivo, perché mi aiutano a sentirmi quasi sempre bene. [...] Quei farmaci sono una specie di supporto psicologico: non so come starei senza, ma d'altro canto non saprei dire esattamente a cosa mi servono.</i>
Sue	<i>Mi è stata somministrata della clorpromazina e, una sola volta, un'iniezione di un farmaco che mi ha bloccato la mascella. Poi le dosi dei farmaci sono state progressivamente ridotte: al momento della dimissione non seguivo alcuna terapia farmacologica, e così è stato per i tredici anni successivi, fino ad oggi.</i>

5.5 Discussione dei risultati

Stante l'analisi tematica sopra presentata e l'obiettivo di ricerca posto, ossia esplorare la configurazione offerta dalle persone in merito alla propria esperienza di uditori di voci non psicotici entro scritti autobiografici, verranno ora offerte alcune riflessioni che entrano nel merito di ciò che è stato attenzionato.

L'ESPERIENZA DELL'UDIRE VOCI ATTRAVERSO L'ANALISI TEMATICA - RISULTATI



Se osserviamo le storie autobiografiche di *recovery* a disposizione attraverso la lente offerta dall'obiettivo di ricerca soprariportato, è possibile mettere in luce come le narrazioni usate dai protagonisti per raccontare la propria esperienza veicolino tematiche diverse, consentendo al lettore di costruire una rappresentazione della stessa nella sua totalità.

I racconti spesso muovono partendo dal narrare la prima volta in cui le voci si sono manifestate, disegnanola sia in termini di modalità con cui tale fenomeno ha fatto la sua comparsa, sia in termini di contestualizzazione dell'esperienza stessa, ossia il periodo di vita entro cui questa si inserisce. Di frequente trovano spazio poi anche narrazioni relative l'interpretazione delle voci elaborata da parte di coloro che le sentono, tratteggiandole spesso come realtà indipendenti dal sé e, quindi, manchevoli di legame con la biografia del singolo. Tale attribuzione di senso favorisce l'utilizzo di narrazioni che delineano un rapporto con le voci caratterizzato da dinamiche di potere, quasi completamente sbilanciate, in cui le voci ricoprirebbero una posizione privilegiata. Considerare le voci come entità in grado di esercitare potere e controllo assoluto sull'uditore di voci orienta anche la percezione che quest'ultimo ha di sé stesso: vengono infatti portate narrazioni

che delineano la persona come “*una marionetta nelle loro mani*”, incapace di gestirle e sofferente, in quanto esposto all’esperire sentimenti negativi, come paura e sconforto. A fronte di tutto ciò, alcuni protagonisti raccontano anche come i rimandi dei professionisti della salute mentale facessero quasi sempre riferimento ad una dimensione patologica, in cui le voci venivano quindi considerate come un sintomo di un disturbo patologico da cui era impossibile guarire.

Le autobiografie poi generalmente lasciano spazio a narrazioni relative il percorso di guarigione che gli uditori di voci hanno intrapreso. In particolare, i testi offrono dettagli relativamente alla descrizione del divenire del rapporto con le voci, sottolineando come questo cambiamento sia caratterizzato principalmente da un riequilibrio delle dinamiche di potere. Difatti, i protagonisti raccontano di come la “guarigione” implichi anche la capacità di interferire con la presenza delle voci stesse, esercitando del governo su di esse, sia tramite tecniche specifiche, sia dialogando con loro. I protagonisti e narratori intrecciano anche trame che descrivono cosa ha contribuito significativamente al percorso di *recovery* e che quindi possiamo considerare come risorse di cui hanno potuto usufruire. Tra queste, variegata e molteplici, in alcune autobiografie si pone particolare attenzione al ruolo svolto dalla terapia psicofarmacologica: essa difatti non sempre viene riconosciuta come un elemento che possa aver contribuito a tale processo, in quanto ne viene messa in dubbio l’efficacia sia a livello di gestione della manifestazione del fenomeno stesso, sia a livello di consentire un “*ritorno alla vita*”. Quest’ultimo infatti trova spazio negli scritti autobiografici analizzati, laddove le narrazioni mettono in luce tutte le possibilità che si sono aperte grazie al percorso di *recovery*. Queste si declinano anche a livello identitario, laddove la persona torna a ricoprire ruoli sociali in grado di offrire un contributo alla propria comunità di riferimento e a sperimentare sentimenti positivi verso sé stessa, come maggiore autostima e fiducia nel futuro.

5.6 Analisi dei dati testuali: l'identità degli uditori di voci attraverso l'analisi dei posizionamenti

In questo paragrafo verrà descritto quanto emerso dalle narrazioni usate nelle autobiografie usando come lente d'osservazione il secondo obiettivo di ricerca: esplorare se e come cambia la configurazione identitaria offerta dagli uditori di voci in storie autobiografiche di “*recovery*”.

La metodologia di analisi che ho scelto di utilizzare in questo caso è l'analisi dei posizionamenti, la quale mi consente di descrivere come si costruisce l'identità degli uditori di voci non psicotici si costruisce entro i propri racconti e di metterne in luce eventuali cambiamenti. I passaggi usati per compiere l'analisi sono stati descritti nel capitolo precedente, nel paragrafo dedicato alla metodologia stessa.

Con lo scopo di valorizzare ciascuna storia presa in considerazione, ciascuna di esse verrà presentata nel dettaglio.

Debra

Nella prima parte della sua autobiografia, la protagonista va incontro ad un cambiamento a livello identitario in quanto scopre “*quasi per caso*” di essere stata adottata. Debra narra dell'arrivo della voce, descritta come “*carezzevole e molto materna*”, come di una presenza che le dava molto conforto, in quel momento in cui “*tutte le certezze erano crollate*”.

Nella seconda parte invece la protagonista fa riferimento al periodo adolescenziale, durante il quale ha scoperto di essere stata abbandonata da un'altra coppia genitoriale prima di essere adottata. Racconta di come questa scoperta abbia non solo minato la sua

autostima ma anche impattato negativamente sulla considerazione che aveva di sé stessa, in quanto ha cominciato a pensarsi come una persona “*anormale e indegna di amore*” e come una persona che non vale niente. Queste convinzioni nel racconto di Debra si intrecciano con la descrizione che essa offre del suo rapporto con le voci in quel periodo:

“Le voci sono diventate più attive e invadenti; penetravano in ogni ambito della mia vita facendomi sentire costantemente osservata e valutata: non avevo più privacy. Vivevo nel costante terrore della bordata di insulti che avrebbe accolto ogni mia azione.” - Debra

È proprio in questo periodo poi che Debra conferisce alla sua esperienza con le voci un’interpretazione spirituale, che impatta anche a livello identitario. La protagonista, infatti, narra di come abbia cominciato a credere che ella fosse stata scelta per ricevere un messaggio da parte di Dio e che il compito delle voci fosse quello di “*metterla alla prova, per accertarsi che lei fosse davvero degna di ricevere il messaggio di Dio*”.

Nella terza parte dell’autobiografia, le narrazioni fanno riferimento al processo di *recovery* e entrano nel merito di come si sia modificato il rapporto intessuto con le voci. Debra qui configura le voci come delle presenze che “*hanno qualcosa di importante da dirti, ma comunicano rozzamente*”, che “*non facevano che dirle la verità su sé stessa*” e che “*rispondevano ad una sua esigenza: il bisogno di relazionarmi a qualcuno, di avere degli amici, dei legami*”. Racconta di come sia perciò cambiato il suo atteggiamento nei loro confronti: le accoglie gentilmente come delle amiche e gradisce la loro intrusione, anche se offre loro dei criteri con cui presentarsi. Ciò testimonia come si sia modificato il rapporto di potere, passando da una situazione in cui le voci avevano pieno potere sulla protagonista ad una in cui invece era Debra a esercitare controllo su di loro, gestendole. Questo consente a Debra di raccontarsi in modo diverso: a livello identitario, infatti, si configura come una persona “*piena di risorse*”, che aveva “*tutte le doti necessarie e una buona capacità di recupero, poteva dunque guarire da sola*” (certezza che i medici non

avevano mai dato alla protagonista, la quale assumeva psicofarmaci che non avevano alcun effetto benefico). La frase che di seguito riporteremo risulta essere significativa e rappresentativa:

“Una volta la mia vita era completamente dilaniata dalle voci: ora, invece, ero io a gustarmi la vita a morsi” – Debra

Jacqui

Nella prima parte del testo, le narrazioni usate dalla protagonista configurano una contrapposizione identitaria tra lei e quelli che definisce come i suoi “*aguzzini*”: lei dice che “*capiva perfettamente che quanto subiva dai miei aguzzini era sbagliato; sapeva di volere e meritare di meglio*”. Il significato che Jacqui attribuisce alle voci è quello di essere una delle “*strategie autarchiche*” che la aiutavano a “*sopravvivere*” a una situazione in cui:

“L'essere tradito e sfruttato da coloro che dovrebbero proteggerti genera un profondo senso di terrore, isolamento e vergogna” – Jacqui

Nella seconda parte dell'autobiografia, la nascita della figlia rappresenta un momento di svolta nella storia di Jacqui. Ella si scopre essere una madre amorevole, “*devotissima*” alla figlia, con la quale è unita da un legame “*stretto e molto intimo*”. Tuttavia, le voci vengono configurate come un “*veleno*” che circola in lei, col quale ha “*paura di contaminare*” la figlia e che teme possa minare l'intensità e l'affidabilità del suo ruolo materno. Ciò le fa rompere il silenzio che aveva mantenuto sino a quel momento circa le sue voci, per cercare aiuto da parte dei medici. Laddove racconta il suo ricovero in un ospedale psichiatrico di zona, narra anche la contrapposizione al ruolo di malata mentale che i professionisti che lì operavano volevano attribuirle. Lo stralcio di testo che segue ci

consente di mettere in luce la resistenza che Jacqui esercita nei confronti di quel tentativo di attribuzione di ruolo:

“Mi dicevano che ero malata, malata di mente. Si aspettavano che accettassi passivamente il trattamento previsto per quel genere di disturbo, e non mi lasciavano altra possibilità se non prendere i farmaci prescritti. mi davano ordini e suggerimenti contraddittori: dicevano che per star meglio dovevo prendere i farmaci, ma che in ogni caso non sarai mai stata davvero meglio. A nessuno è mai venuto in mente di chiedermi che cosa secondo me poteva essermi d'aiuto, anche se avevo la sensazione di essermela cavata in modo ammirevole fino a quel momento. Le mie esperienze non sono mai state considerate una risposta naturale e perfettamente umana alle vicende della mia vita. Il fatto che io dessi retta alle voci era considerato una prova della mia infermità, e il mio desiderio di ridurle all'ordine per capire qualcosa in più su me stessa era interpretato come resistenza al trattamento.

*Per quanto mi riguarda, **non credo di essere mai stata ammalata**. I miei aguzzini, loro sì, avevano una mente malata. Io **rispondevo in modo perfettamente naturale e umano a una serie di esperienze devastanti.**” – Jacqui*

Nella terza parte della sua storia, la protagonista entra nel merito del rapporto con le voci e come esso si sia trasformato entro il processo di *recovery*. Jacqui, grazie alla scrittura e al dialogo interno, comincia a configurare le voci come entità che “*avevano nomi e identità specifiche, avevano personalità definite e distinte*”, arrivando quindi a rappresentarsele come “*le sue identità dissociate, rappresentazioni interiorizzate del mondo nel quale era cresciuta*” e “*ognuna di esse era parte di un intero, e quell'intero era lei*”. A livello identitario Jacqui perciò comincia a configurarsi, rispetto alle voci, come “*un genitore amorevole*” che deve offrire “*amore e sostegno incondizionati*”. Ciò che emerge è che le voci vengono ad essere considerate dalla protagonista come parte di sé, come espressione di alcuni aspetti di sé e che, accogliendole, le consentono di diventare “*un intero*”. Ecco una parte della descrizione precisa offerta nell'autobiografia da Jacqui:

“Ho cominciato a capire che dovevo ascoltarle, dovevo capire loro e il contesto in cui erano emerse, dovevo accoglierle con compassione e comprensione. Dovevo onorarle, perché mi avevano aiutata a sopravvivere. Poco per volta abbiamo cominciato a sostenerci e a capirci a vicenda, e questo ha sviluppato un forte senso di connessione e di interezza. La vita è diventata un progetto condiviso.” –

Jacqui

Jo

Nella prima parte del testo autobiografico, la protagonista racconta i primi momenti in cui ha fatto esperienza del fenomeno dell’udire voci. Ella racconta delle voci in termini di totale sottomissione alle stesse e di esserne impaurita. Se Jo offre delle narrazioni circa le voci come delle esperienze che non hanno *“nulla di straordinario”*, le persone che la circondano considerano le voci come un elemento sufficiente per considerarla come una *“persona anormale”*. Quindi emergono in questa parte due diversi posizionamenti in contrapposizione, uno dei quali attribuito a Jo dagli altri:

“Avevo cinque anni, e ho chiesto alla mia amichetta se anche lei sentiva una voce nella testa. lei mi ha guardata e ha detto che ero “matta”. Allora ho capito che ero diversa. A un certo punto la mia vita è drasticamente cambiata. Non avevo mai detto a nessuno che sentivo delle voci, ma appena l’ho fatto sono stata trattata come una persona anormale.” - Jo

Nella seconda parte dell’autobiografia invece la protagonista entra nel merito di come sia cambiata la configurazione che essa stessa ha delle sue voci: le collega a esperienze traumatiche del suo passato e le considera come un’esperienza che può gestire. Dice di aver *“imparato a controllarle meglio perché voleva riappropriarsi della sua vita, e che ora sa di poterle condizionare e controllare con l’aiuto di alcune tecniche”*.

Jo racconta inoltre di come il processo di *recovery* sia stato favorito anche dall’incontro con persone che le offrivano un posizionamento identitario differente da quello offerto da

altri in precedenza. Le narrazioni usate in questa parte della storia rendono conto di come Jo non venga considerata come “*una persona di serie B*” e come essa venga trattata da chi la circonda “*da pari a pari*”.

Quanto segue testimonia i cambiamenti a livello identitario di Jo:

“Oggi riesco a vedere una prospettiva di vita futura, e sono in grado di fare molte più cose. Riesco a concentrarmi su altri aspetti della vita, ad esempio sui rapporti personali; vivo da persona autonoma, praticamente senza l'aiuto dei farmaci. Ho ricominciato a leggere, ad andare in piscina e ho riconquistato un ruolo pressoché normale all'interno della società” – Jo

John

Nella prima parte del suo testo autobiografico, il protagonista racconta di come sia cominciata la sua esperienza come uditore di voci all'epoca in cui frequentava l'università. Le voci vengono descritte da John come critiche e prescrittive e le configura come un'esperienza possibile, ossia come una esperienza che tutti possono fare. Nello specifico dice:

“Non mi rendevo conto di essere malato: pensavo che le voci e tutto il resto fossero una cosa perfettamente naturale. Le accettavo come una realtà qualsiasi” - John

Lo stralcio riportato sopra ci consente di mettere in luce come la presenza delle voci non venisse interpretata dal protagonista in termini patologici, non riconoscendosi perciò a livello identitario come “*malato*”, ma, anzi, egli le considerava essere una modalità di “*comunicazione extrasensoriale*” con i singoli di cui sentiva le voci.

Nella seconda parte dell'autobiografia, le narrazioni predominanti sono quelle attinenti alla sfera semantica della malattia. John difatti configura le voci come un segno della sua schizofrenia e a livello identitario si configura come “*ammalato*”. Dice:

“Devo ammettere che effettivamente c'era qualcosa di fuori posto in me” - John

Tale posizionamento, nel racconto autobiografico, sembra essere favorito e avallato da un medico psichiatra, il quale lo ricovera e prescrive a John degli psicofarmaci per contrastare le voci.

Nella terza ed ultima parte del testo, John configura le voci in modo totalmente diverso rispetto a prima. Qui le voci vengono considerate dal narratore come una propria “creazione”, nello specifico:

“So che ero io a creare le voci: vengono dal mio inconscio, dal subconscio, alcune semplicemente dall'intuito” – John

Secondo il protagonista le voci hanno “qualcosa di ben definito da dirgli” e quindi ciò gli ha consentito anche, nel suo processo di recovery, modificare il proprio atteggiamento nei confronti delle voci. Grazie all’elaborazione di questa nuova concezione sulle voci, che lui descrive come “un momento estremamente liberatorio, un vero e proprio eureka!”, riesce a dialogare con le sue voci e a gestire la loro presenza, riequilibrando così il rapporto di potere. A livello identitario, questo si lega al fatto che si configura come una persona che non ha più avuto “*attacchi di schizofrenia grave*”, e quindi non più “*ammalato*”.

Karina

Nella prima parte della sua autobiografia, la protagonista narra delle voci come se fossero delle presenze delle quali non era “*mai sicura che fossero vere*” e che “*ancora non sapeva cosa fossero*”. Dice che la tormentavano, la impaurivano e che, dando voce a “voci che si portava dietro dal suo passato”, avevano un forte impatto negativo, in quanto

“riuscivano a toglierle ogni traccia di dignità e di rispetto di sé stessa” – Karina

Racconta di come la loro presenza a volte “la soffocavano” e di come esse avessero grande potere nei suoi confronti, soprattutto fuori casa. In questa parte, a livello identitario, Karina racconta come configurasse sé stessa come “*una pazza senza speranza di guarigione*” e come cercasse di mascherare in pubblico la sofferenza che provava nei confronti delle voci “*per pausa che la credessero matta*”.

Nella seconda parte della sua storia, Karina invece offre un’altra configurazione alle sue voci, la quale è prodotto diretto del suo processo di *recovery*. In particolare, ella dice che:

“Le voci erano me. Anche se non avevano la mia voce, erano i miei pensieri e le mie esperienze di vita, e parte del mio subconscio.” - Karina

Da quanto appena riportato emerge quindi come la configurazione identitaria di Karina si modifica, complessificandosi: le voci risulterebbero quindi un’articolazione ed espressione del sé. Le voci, acquisendo significato e senso entro la biografia della protagonista, diventano maggiormente gestibili dalla stessa, risultando “*meno minacciose e spaventose*”.

Marion

All’inizio dell’autobiografia, la protagonista narra delle voci come di “*messaggi e segnali provenienti da un’altra dimensione*”. Dice:

“La prima volta che ho sentito una voce non sono rimasta particolarmente sorpresa, perché nel frattempo avevo sviluppato un interesse per la dimensione spirituale.” – Marion

La sua prima esperienza con le voci dura una giornata, in particolare fino a quando non riceve aiuto in ospedale, dove le vengono somministrati degli psicofarmaci, che la fanno “*tornare normale*”. A livello identitario, influisce la diagnosi offerta dai medici a seguito del suo ricovero, ossia quella di “breve episodio psicotico”.

Nella seconda parte del racconto, Marion condivide come abbia ripetuto altre volte esperienze simili alla prima: nel tempo dice di aver cominciato a considerare le voci come “*parti di sé, integrate*” e alle quali attribuisce il nome di “*intuito, logica interiore o angeli custodi*”. È nel proprio percorso di guarigione che la protagonista dice di:

“*aver imparato a dare alle sue esperienze un valore spirituale anziché patologico*” - Marion

Le voci, quindi, vengono configurate come manifestazioni dotate di senso, che assumono un preciso significato entro la propria biografia. Questo le consente, a livello identitario, di soddisfare “*un’esigenza di emancipazione, di rigenerazione*”, liberandosi quindi di quell’etichetta “*condizionante*” attribuita a chi ha vissuto la malattia. È poi proprio in questa parte dell’autobiografia che Marion afferma che, secondo lei, “*non è mai stata malata*”, ma semplicemente di esser stata “*angosciata, disperatamente bisognosa di aiuto*”.

Olga

Nella parte iniziale del suo racconto, la protagonista narra delle voci come segno di un “*sé frammentato*”. Le voci vengono considerate da Olga quindi come delle rappresentazioni di parti di sé.

Nella seconda parte invece la protagonista pone l’attenzione sul suo rapporto con i servizi psichiatrici. Le narrazioni entrano nel merito del posizionamento che entro tali spazi Olga è costretta a subire. Infatti, viene raccontato di come i professionisti dicevano che “*era schizofrenica*” e che

“*«Olga gravemente ammalata e non guarirà mai», [...] «È troppo fragile, E avrà bisogno di aiuto per tutta la vita; non potrà mai lavorare, e dovrà prendere farmaci fino alla fine dei suoi giorni.»*” - Olga

La protagonista racconta di come

“La cosa davvero importante era che lei imparasse qual era il suo posto nello schema biologico del loro paradigma medico” – Olga

Tuttavia, espressioni come *“ora si trattava di me, e non riuscivo a crederci”* e *“Siete sicuri di non sbagliare?”* rendono conto di come Olga tenti di opporre resistenza a quella configurazione identitaria offertale da coloro che la seguivano nei luoghi della psichiatria.

Nell’ultima parte della sua storia poi la protagonista racconta il suo percorso di *recovery*, il quale viene considerato dalla stessa come un *“viaggio verso l’intero”*. Olga, infatti, configura le voci come coloro che le hanno consentito di *“diventare intera”*:

“Io e le mie voci abbiamo creato me, una bambina frammentata, che con il passare del tempo è diventata un’adulta frammentata, che alla fine, però, è diventata intera; è diventata me; è diventata Olga” – Olga

Tale configurazione delle voci e dell’identità della protagonista, entro l’autobiografia, vengono legate alla possibilità di aver intrapreso un percorso psicoterapeutico e all’aver messo a punto *“un piano concreto”* che le consentisse di provare a cambiare la situazione in cui si trovava. Quindi, Olga mette in luce come non volesse arrendersi a chi le diceva *“la terapia non è adatta a una schizofrenica come te”* e *“rassegnati, lavora un po’ a maglia, magari: quello sì che ti aiuta”* e come abbia avuto la forza di cominciare un percorso terapeutico che le ha consentito di riequilibrare il rapporto di potere con le sue voci.

Peggy

Nella prima parte della sua storia, la protagonista narra delle voci come se fossero delle *“amiche”*: per quanto dice che fossero *“distruttive”*, comunque Peggy si impegnava per *“obbedire”* loro ed eseguire tutto ciò che le dicevano. Nello specifico, la protagonista

conferisce alle voci un significato importante, ossia di essere ciò che le consentiva di non ritentare il suicidio:

“Soltanto eseguendo i loro ordini riuscivo a tirare avanti: sempre meglio che il suicidio, che avevo già tentato in precedenza” – Peggy

Nella seconda parte dell'autobiografia, invece, le narrazioni usate dalla protagonista per configurare la sua esperienza con le voci fanno riferimento alla polarità semantica del controllo. Infatti, racconta di come incontrare un dottore *“davvero interessato all'esperienza degli uditori di voci”* è stato per lei un *“grande sollievo”*, in quanto per la prima volta è riuscita ad aprirsi e parlare delle sue voci. Nella storia lega questo aspetto alla comparsa di una *“nuova voce che ha preso il sopravvento, permettendole di affrontare le voci più aggressive”* e riacquisire quindi potere nei loro confronti, tenendole *“saldamente sotto il suo controllo”*. Nel caso di Peggy quindi il processo di recovery viene associato ad una maggiore capacità di gestione dell'esperienza stessa con le voci. Ciò ha un'influenza anche a livello identitario, il che emerge quando la protagonista dice:

“[...] sono riuscita ad affrontarle molto bene, a gestirle e a godermi finalmente una vita più positiva e libera” – Peggy

Rufus

Nella prima parte della sua autobiografia, il protagonista narra delle voci come di una *“realtà alternativa con un vago sottofondo spirituale”* per non *“cedere alla depressione”*. Rufus offre una contestualizzazione della sua esperienza con le voci: in quel periodo racconta di aver avuto *“molte ansie sul suo futuro”*, in quanto non aveva avuto successo con gli studi e nemmeno a livello professionale, si era interrotta la relazione con la sua fidanzata e viveva una condizione di isolamento sociale. L'espressione *“piantato in asso*

da tutti” viene usata dal protagonista per rendere conto di come si sentiva in quel momento e, quindi, anche per mettere in luce il modo in cui si configurava a livello identitario.

Nella seconda parte invece il protagonista fa riferimento al rapporto con i medici psichiatri. Narra di come loro gli avessero attribuito il ruolo di *“malato mentale”*, il cui disturbo era di origini genetiche e che necessitava di essere trattato con psicofarmaci. Tuttavia, Rufus dice di non essere disposto a riconoscersi in questo posizionamento e dice:

“Non ero disposto ad accettare l'idea che la mia “follia” fosse il prodotto irrilevante di una malattia cerebrale. [...] ho deciso che quell'interpretazione così gretta dalle sue esperienze andava assolutamente messa in discussione.” – Rufus

Da questo stralcio di testo emerge come per il protagonista l'interpretazione medica della *“sua follia”* elaborata dagli psichiatri non fosse accettabile, entrando nettamente in contrasto con la sua configurazione dell'esperienza come *“tappa di un viaggio spirituale”*.

Nell'ultima parte del suo racconto, il protagonista descrive il suo percorso di *recovery*, che lui configura come un percorso di *“rinnovamento morale”*: questo gli avrebbe consentito di *“svincolarsi dal sistema psichiatrico”* e di *“rendersi utile alla sua comunità, affinché essa non dovesse mai più rinchiuderlo”*. Entro questo processo, la configurazione che aveva delle voci cambia, diventando esse delle *“esperienze sensate”*:

“Le voci sono portatrici di significato. Possono contenere indizi o informazioni su ingiustizie che la persona patito ma non ha saputo affrontare. Spesso le voci “difficili” sfidano una persona che le sente ad assumere un atteggiamento più autorevole e autoriale nella vita” - Rufus

Significare in questo modo la sua esperienza, consente a Rufus di rifiutare e liberarsi dell'etichetta di "malato mentale" che i cosiddetti *esperti per professione* gli avevano conferito. A ciò si lega la preziosa riflessione che chiude la sua autobiografia:

"Se riusciremo a convincere la gente che le voci e le altre esperienze inusuali meritano rispetto, la psichiatria tradizionale sarà costretta a cambiare: invece di limitarsi a reprimerle, si sforzerà di comprendere queste esperienze, aiuterà le persone a convivere e a sopravvivere con esse" – Rufus

Ruth

All'inizio del suo racconto, la protagonista usa delle narrazioni che consentono di entrare nel merito della comparsa delle voci. Ruth le descrive come presenze che la insultavano e la minacciavano di rivelare ad altri la sua vera natura. Ciò impatta a livello identitario: infatti le voci vengono configurate dalla protagonista come elementi che testimoniano il suo "*diventar matta*". Un mese dopo, difatti, con l'intento di trovare aiuto per gestire questa sua esperienza, si provoca un'overdose e viene ricoverata in psichiatria. Lì, accennando alla presenza delle voci, viene giudicata dai medici come "*incoerente*" e quindi decide di insabbiare tutto. In questa fase della sua storia, l'unica strategia che le consente di gestire le voci è assumere alcol.

Un viaggio in India viene configurato nel racconto della protagonista come un importante momento di svolta. Infatti, grazie ad esso, ella riesce ad elaborare una nuova interpretazione afferente alla sfera religiosa: comincia a considerare le voci come "*voci di Dio*". Ruth dice che attribuire un valore religioso alla sua esperienza la faceva sentire "*serena e felice*". Tuttavia, questa nuova interpretazione viene svalutata nel momento in cui la protagonista viene rifiutata come suora.

Nella terza parte della sua autobiografia, invece, la protagonista descrive il suo rientro in Inghilterra e la convivenza col fidanzato. Quest'ultimo ha consentito a Ruth di configurare l'esperienza del sentire voci in un modo nuovo. In particolare, racconta che:

“Quando ho detto a James (il mio ragazzo) delle voci [...] Non aveva pregiudizi né preconcetti. Mi ha accettata e sostenuta, ha detto che potevo svegliarlo in qualsiasi momento se avevo paura. Non interpretava le voci come un fenomeno strano [...]. James rendeva normale la mia esperienza.” - Ruth

Come emerge dallo stralcio riportato, il sostegno e la comprensione del ragazzo ha un impatto anche a livello identitario, in quanto consente a Ruth di sentirsi “normale” e di “migliorare l'immagine che ha di sé stessa”.

Nell'ultima parte dell'autobiografia, poi la narratrice descrive il suo percorso di *recovery*, in cui l'incontro con il gruppo di uditori di voci è stato centrale, sia per costruire una nuova configurazione della sua esperienza con le voci, sia per costruire una nuova configurazione identitaria di sé stessa. Ruth racconta che il gruppo degli uditori di voci da lei frequentato l'ha “incoraggiata a studiare più approfonditamente la sua esperienza”, consentendole di cominciare a considerare le voci come “voci del suo passato”: il copione allucinatoria fa riferimento ai maltrattamenti che ha subito nel corso della sua vita. Ruth dice che il potere che hanno le sue voci è legato al grado di “reticenza” che lei prova per il suo passato: nel momento in cui lei si dice di non aver alcuna colpa per quanto successo, le voci hanno meno potere e risultano essere meno minacciose. Perciò, riequilibrare la relazione di potere tra lei e le voci è un aspetto fondamentale che consente un maggior controllo dell'esperienza. Frequentare il gruppo degli uditori di voci ha avuto un effetto anche a livello identitario:

“Mi aiuta a sentirmi accettata e a sentire come normale la mia esperienza (se succede anche agli altri, non è poi così strano) [...] Mi permette di parlare della mia vita tutta intera, di me tutta intera, perché gli altri mi capiscono.” - Ruth

Quindi, il testo sopracitato mette in luce come Ruth comincia a non considerarsi più così strana per il fatto che sente le voci, perché anche altre persone ne fanno esperienza; inoltre, le voci vengono considerate come parte di sé, trovano posto nella biografia della protagonista e quindi non vengono considerate come qualcosa di estraneo al sé.

Stewart

Nella parte iniziale della sua storia, il protagonista configura l'arrivo delle voci come coincidente con l'inizio dell'uso di psicofarmaci. Stewart narra della manifestazione delle voci come legata ai momenti in cui *“si sentiva insicuro”* e del contenuto veicolato dalle voci stesse: esso faceva riferimento a quelle questioni aperte che caratterizzavano quello specifico periodo della sua vita (come, per esempio, quella relativa la sua sessualità). Le voci vengono descritte dal protagonista come *“molto negative”* e come *“difficili”* da affrontare.

In questa parte Stewart racconta anche del suo percorso entro gli ambienti della psichiatria, che influisce notevolmente a livello identitario:

“il messaggio che avevo ricevuto più volte dai professionisti della salute mentale era sempre lo stesso: non dovevo aspettarmi granché dal futuro. Niente scuola, né lavoro, né relazioni umane” – Stewart

Il posizionamento subito da coloro che operano entro gli ambienti psichiatrici impoveriscono la configurazione identitaria del protagonista, riducendone le possibilità di evoluzione.

Il resto della storia autobiografica usa narrazioni che consentono di rappresentare il percorso di guarigione di Stewart, entro il quale diversi incontri gli hanno consentito di modificare la propria configurazione identitaria e la configurazione della sua esperienza.

In particolare, fondamentale è stato l'incontro con un'assistente sociale, che gli ha offerto

“un'altra idea di quello che poteva essere il suo futuro” e che l'ha spronato a “mettersi in cammino per realizzare le cose che volevo”, mettendo in crisi il posizionamento sopra descritto:

“È stato importantissimo ritrovare la speranza proprio quando pensavo che la mia vita fosse finita e che non sarei guarito mai più.” - Stewart

L'incontro con un approccio di accettazione delle voci ha contribuito a generare una nuova configurazione delle stesse da parte del protagonista. Stewart narra le voci come *“voci del suo pensiero”* e comincia a trattarle come tali. In questa parte, quindi, entra nel merito di come queste voci riconosca che sono legate a *“determinate cose”* che stavano succedendo nella sua vita in quel momento e che era possibile dialogare con loro (poteva dir loro di tornare più tardi). Inoltre, riconosce come una delle sue voci sia stata per lui una *“consigliera ottima”* sul lavoro.

Sue

Nella prima parte della sua autobiografia, la protagonista fa riferimento ai primi momenti in cui sentiva le voci, narra di queste ultime in termini di realtà, come se *“provenissero da altre persone”*, e del contenuto che veicolano. Quest'ultimo fa riferimento alle esperienze di abuso che Sue ha vissuto e delle sue *“insicurezze”* e *“inadeguatezze”*. Descrive le voci come realtà che avevano pieno potere su di lei e questo influisce sulla sua configurazione identitaria. Lo stralcio che segue è significativo per cogliere tale aspetto:

“Una volta accettata la realtà delle mie voci, la relazione con esse è cambiata. Hanno preso il sopravvento su di me: mi sentivo una marionetta nelle loro mani, un robot comandato dalle voci” - Sue

Nonostante la presenza delle voci scatenasse in Sue *“tensioni estreme”* e *“un vero e proprio stato di terrore”*, Sue non si è mai considerata malata. La protagonista racconta come non abbia mai ricevuto una diagnosi di schizofrenia e, che se fosse mai capitato, non sarebbe stata disposta *“ad ammettere che ci fosse una qualsiasi relazione tra quelle etichette e la sua esperienza”*.

Nella seconda parte, invece, Sue parla del suo percorso verso la guarigione, entro il quale ha avuto un ruolo centrale l’incontro con la Rete degli uditori di voci. Quest’ultima le ha consentito di configurare diversamente le voci e la sua esperienza con esse. Dal testo si coglie come la protagonista abbia cambiato il modo in cui narra delle sue voci, considerandole come *“parti di sé”*. Le voci, quindi, non vengono più rappresentate come entità esterne e reali ma come parti della propria persona. L’esperienza con esse viene descritta e narrata facendo riferimento a polarità semantiche altre: per Sue udire le voci è un’esperienza *“positiva”* e le considera la loro presenza come

“una guida, contribuendo alla sua crescita personale e a una più profonda comprensione di sé stessa” –

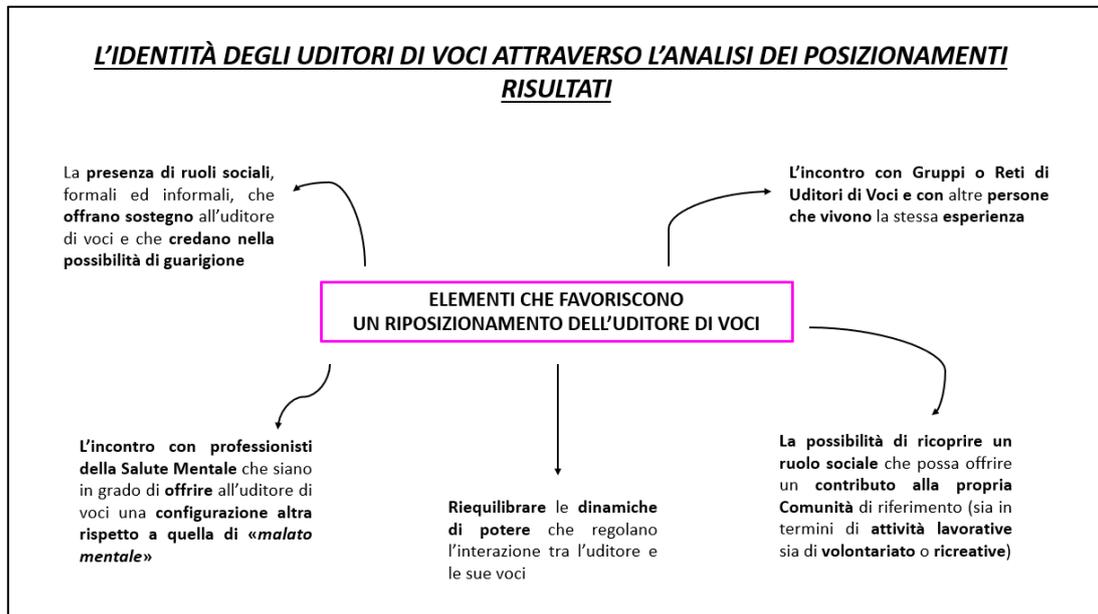
Sue

Questa nuova significazione delle voci consente alla narratrice di avere maggiore potere su di esse, riequilibrando quindi le dinamiche di potere nella relazione con loro. Ciò permette a Sue di gestire il fenomeno, chiedendo alle voci stesse di essere presenti solo in certi precisi momenti della giornata.

5.7 Discussione dei risultati

Data l’analisi dei posizionamenti sopra esposta e l’obiettivo di ricerca posto, ossia esplorare se e come cambia la configurazione identitaria offerta dagli uditori di voci in

storie autobiografiche di “*recovery*”, verranno ora offerte alcune riflessioni che entrano nel merito di ciò che è emerso.



Ponendo il focus sulla configurazione identitaria degli uditori di voce, possiamo osservare come questa vada incontro ad un processo di trasformazione nel corso delle narrazioni autobiografiche. Inizialmente le persone tendono a posizionarsi come individui che fanno esperienza di un fenomeno giudicato “*insolito*”, “*strano*”, che non sono in grado di gestire e che nella grande maggioranza dei casi li costringe a lasciare molti spazi e relazioni che di solito rispettivamente abitavano e vivevano. Ciò potrebbe influire sulla possibilità che la persona cominci a considerarsi come un “*malato mentale*”, che non potrà che vivere un futuro tremendamente uguale al presente, il quale è caratterizzato da una totale mancanza di speranza di guarigione. Oltretutto, è possibile sottolineare come, trasversalmente alle storie autobiografiche prese in considerazione, tale configurazione identitaria potrebbe essere corroborata e rafforzata da ruoli che operano entro gli ambienti della Salute Mentale: difatti questi sembrano attribuire posizionamenti che rilegano la persona che li subisce entro una condizione di “*malato cronico e incurabile*”, che l’unica

cosa che può fare è prendere degli psicofarmaci nel tentativo di correggere quel “*difetto biologico*” di cui è portatore.

Tuttavia, questi scritti autobiografici sono testimoni di come la persona che intraprende un percorso di guarigione arrivi a rappresentarsi in modo diverso. Le narrazioni di cui fanno uso poi gli uditori di voci concorrono a costruire una configurazione identitaria in cui la persona si riconosce essere l’artefice e la generatrice dell’esperienza stessa con le voci. Quest’ultime, infatti, sarebbero l’espressione della complessità identitaria della persona, gli attori che animano il teatrino del sé del singolo: le voci sarebbero perciò la manifestazione di diverse parti della propria identità.

Le narrazioni, oltre che rendere conto di come i protagonisti assumano un ruolo attivo poi nella gestione di quell’esperienza *sensata* che si inserisce nella loro biografia e di cui si riconoscono creatori, mettono in luce anche quegli elementi che hanno favorito la risignificazione dell’esperienza stessa, i quali risultano trovare riscontro nella letteratura disponibile sul tema (Romme, Escher, Dillon, Corstens, & Morris, 2009; Hornstein, 2011; SAMHSA, 2011). L’elemento principale che consente un cambio di posizionamento identitario dell’uditore di voci è la possibilità di rimodellare e riequilibrare le dinamiche di potere che governano l’interazione tra lo stesso e le sue voci. Le narrazioni utilizzate dagli uditori di voci sottolineano come entro il processo di recovery essi sviluppino delle competenze e costruiscano delle strategie che consentano loro di gestire l’esperienza con le voci, esercitando controllo sulle stesse. La manifestazione delle voci, quindi, passa dall’essere percepita come “*invasiva*” e “*distruttiva*” a come accettata e “*regolata*”. Poi, molti narratori, nelle storie che raccontano e di cui sono i protagonisti, riconoscono l’importanza della presenza di diversi ruoli sociali, come per esempio amici, colleghi, professionisti o altri utenti psichiatrici, che credono nelle loro potenzialità e che credono nella possibilità che il futuro possa riservare loro scenari diversi da quelli attuali, in cui la

guarigione trova spazio. Oltre a porre il focus sulla “*rete di supporto*” che li circonda, spesso pongono l’attenzione anche su quelle attività che consentono loro di tornare a “*ricoprire un ruolo pressoché «normale» nella società*”, come per esempio l’aver un lavoro, tornare a studiare oppure fare del volontariato. Infine, ma non meno rilevante, anche incontrare altri uditori di voci e abitare luoghi in cui si produce e si offre conoscenza relativa a tale esperienza, come per esempio le Reti di Uditori di Voci, risulta giocare un ruolo centrale entro il processo di risignificazione. Avere la possibilità di parlare liberamente delle proprie esperienze e di sentirsi capiti e non giudicati verrebbe infatti considerato un aspetto fondamentale per poter raccontare in modo diverso sé stessi e il fenomeno.

5.8 Discussione finale

Raccontare della propria esperienza come uditori di voci non psicotici in scritti autobiografici di *recovery* implica l’utilizzo di narrazioni che consentano di entrare nel merito di alcuni aspetti relativi l’esperienza stessa, ritenuti salienti dai narratori e, allo stesso tempo, protagonisti per offrirne una descrizione che sia condivisibile; inoltre, il processo di *recovery* si configura come un passaggio narrativo “*spartiacque*”, nel senso che questo può essere considerato un elemento generativo di cambiamento nelle trame narrative utilizzate per raccontare di questa peculiare esperienza e, di conseguenza, anche di sé stessi.

La configurazione dell’udire voci che prende forma attraverso i discorsi impiegati nelle autobiografie prese in considerazione appare essere dinamica, in quanto il percorso di *recovery* del protagonista è favorito dal divenire della stessa, dai cambiamenti a cui va incontro.

Il narratore, all'inizio della storia che lo vede come protagonista, tende a considerare il fenomeno dell'udire voci come un qualcosa di “*strano*”, di “*insolito*”, che si allontana da “*un'esperienza normale*” e che di frequente appare per la prima volta in periodi di vita “*stressanti e molto densi di eventi*” o comunque “*molto difficili*”. Ciò che caratterizza principalmente la descrizione che viene fatta delle voci prima che la persona possa avere la possibilità di intraprendere un percorso di recovery è il potere che le voci esercitano nei confronti di coloro che le sentono. Le analisi condotte mettono in luce come la descrizione delle voci come delle presenze “*invadenti*”, che mirano soprattutto a “*criticare e disprezzare*” chi le ascolta si leghi ad un posizionamento di sottomissione alle voci stesse da parte della persona, la quale si trova ad “*obbedire loro per tirare avanti*” e a sentirsi privata di “*ogni traccia di dignità*”. Difatti, i discorsi usati dai protagonisti per raccontare la propria esperienza con le voci delineano un quadro in cui queste ultime prendono sempre maggiore spazio entro la vita della persona, la quale, non essendo in grado di “*avere controllo su di loro*”, è limitata anche nell'esprimere sé stessa nella sua totalità. A livello identitario, quindi, questa mancanza di equilibrio nelle dinamiche di potere che intercorrono tra la persona e le voci si traduce spesso in un impoverimento, in quanto in questa condizione la persona si trova ad abbandonare gran parte di quei ruoli sociali che sino a prima dell'avvento delle voci era usata ricoprire nella propria comunità.

Tutto ciò potrebbe generare la possibilità che la persona cominci a pensarsi e raccontarsi in termini di “*malato mentale*”, configurazione identitaria che spesso viene irrobustita da professionisti della Salute Mentale ai quali i protagonisti si rivolgono. Nelle autobiografie a disposizione, le narrazioni utilizzate mettono in luce come l'incontro con gli ambienti della psichiatria tradizionale rappresentino un'occasione di risignificazione dell'esperienza dell'udire voci. Nello specifico, i protagonisti riportano il fenomeno venisse letto in termini patologici, come un “*male incurabile*” sul quale vigeva “*un*

mortale silenzio sulla guarigione” e come tale lettura avesse importanti ricadute a livello di ristrutturazione identitaria, in quanto dipinge coloro che sente le voci come persone “*senza futuro*”, eternamente destinate a seguire terapie farmacologiche senza garanzia di guarigione.

Nonostante ciò, le storie di *recovery* su cui è stato costruito interamente questo progetto di ricerca testimoniano come sia possibile per coloro che sentono le voci raccontarsi in modi diversi, che facciano uso di narrazioni non afferenti alla sfera semantica della patologia. La risignificazione dell’udire voci come un’esperienza che è espressione di parti di sé favorisce anche uno spostamento identitario da parte del narratore. La persona che sente le voci, quindi, avrebbe l’occasione di riscoprire la propria complessità identitaria, di cui le voci sarebbero manifestazione. Configurarsi secondo queste dimensioni interpretative promuove anche un’assunzione di responsabilità della persona nei confronti della propria esperienza, di cui può riconoscersi artefice e regista. Le autobiografie a disposizione delineano come i protagonisti passino ad assumere un ruolo attivo nella gestione del proprio rapporto con le voci, rovesciando le dinamiche di potere che sino a quel momento avevano regolato l’interazione. Gli uditori di voci, infatti, raccontano poi di come si accorgono che “*il potere sia nelle loro mani*” e di come esse possano essere controllate attraverso la messa in atto di molteplici “*strategie*” o “*tecniche*”.

Tale rovesciamento di configurazione e di posizionamento si lega ad alcuni elementi intercettati dalla categoria d’analisi “*Risorse*”, utilizzata per condurre l’analisi tematica dei testi. La presenza di organizzazioni come la Rete degli Uditori di Voci oppure di una rete sociale, formale e informale, che offra supporto, che confidi nella possibilità di sperare in un futuro dove la guarigione trova luogo e che tendono a normalizzare l’esperienza vissuta da coloro che sentono le voci rappresenta un elemento fondamentale

in grado di favorire il successo del percorso di *recovery*. Per il medesimo fine risulta essere importante anche l'opportunità di trovare un ingaggio entro attività lavorative o ricreative, in quanto consente alla persona di sentirsi in grado di donare un contributo alla propria comunità di riferimento.

La riuscita del percorso di *recovery* è definita anche dalle possibilità a cui esso apre: infatti, è nel momento in cui la persona riesce a gestire le proprie voci e a convivere che questa può tornare ad abitare quegli spazi che si è vista costretta dover abbandonare. Nelle parti finali delle autobiografie è stato possibile osservare come i protagonisti portino narrazioni che rendono conto di questa "*apertura al mondo*" che consenta loro di tornare a "*gustarsi la vita a morsi*".

CONCLUSIONI

*Come eravamo innamorati, noi,
laggiù nei manicomi
quando speravamo un giorno
di tornare a fiorire
ma la cosa più inaudita, credi,
è stato quando abbiamo scoperto
che non eravamo mai stati malati.*

Alda Merini

Le narrazioni utilizzate dagli uditori di voci per raccontare la propria esperienza mettono in luce come la configurazione della stessa vada incontro ad una trasformazione laddove la persona intraprenda un percorso di *recovery*. Tale trasformazione la possiamo cogliere nel momento in cui osserviamo come variano le modalità con cui le persone espongono quegli elementi che ritengono essere essenziali per poter condividere con altri la propria esperienza con le voci.

In linea con la letteratura interazionista disponibile (Salvini, & Bottini, 2011; Quarato, 2019), ciò che emerge con chiarezza e che risulta essere centrale entro questo progetto di ricerca è come il processo di *recovery* spesso porti le persone a considerare le voci come parti del proprio sé. Queste non risulterebbero più essere descritte come “realtà in sé e per sé”, oggettive, estranee alla persona stessa che le sente, ma come la manifestazione di alcuni aspetti di sé stessi. Le voci troverebbero quindi posto entro la biografia della

persona. Il contenuto veicolato da esse non verrebbe più percepito dagli uditori di voci come completamente avulso dall'esperienza di vita della persona, ma verrebbe poi ricondotto a ciò che ha caratterizzato la propria storia, riconoscendone quindi il legame con essa. Le voci verrebbero perciò riconosciute come una propria creazione.

Il riconoscere questo profondo legame intrinseco consentirebbe inoltre alla persona di assumere un atteggiamento diverso nei confronti di questo fenomeno. Il processo di *recovery* darebbe la possibilità agli uditori di voci di riacquisire un ruolo attivo entro l'esperienza vissuta. In particolare, nelle autobiografie emergerebbe come le dinamiche di potere che regolano l'interazione tra il singolo e le voci siano soggette a cambiamento nel momento in cui si segue un percorso che va nella direzione della "guarigione". La persona potrebbe quindi assumere potere e controllo nei confronti di quelle voci che prima le risultavano ingestibili e altamente minacciose.

Ciò avrebbe implicazioni dirette sulla configurazione identitaria che gli uditori di voci generano in merito a sé stessi. Il *recovery* consentirebbe difatti alla persona di poter accogliere, accettare e valorizzare la propria complessità identitaria, di cui le voci sono "voce", e di potersi riscoprire come una risorsa per coloro che lo circondano. Grazie alle narrazioni autobiografiche possiamo osservare come spesso le persone inizialmente, non essendo in grado di gestire l'esperienza dell'udire le voci, vadano incontro ad una sorta di "ritiro dal mondo". Queste, infatti, limiterebbero i propri contatti con il mondo esterno, tagliando relazioni e svestendosi di quei ruoli che fino a quel momento avevano caratterizzato il proprio vivere sociale per vestirsi, talvolta, di quello di "malato mentale". L'incontro con alcune realtà dedicate alla Salute Mentale, la possibilità di avere una rete di supporto che trasmetta fiducia e speranza in un futuro altro per la persona che sente le voci, consentirebbero alla stessa di divincolarsi dall'etichettamento diagnostico e tornare ad apprezzare sé stessa nella propria totalità e complessità. Questo le darebbe il là per

reinventarsi, dando valore alla propria unicità, e quindi per continuare ad offrire un contributo alla propria comunità.

Detto ciò, vorrei condividere alcune riflessioni e considerazioni personali in merito all'utilità sociale e i limiti di questo progetto di ricerca e le prospettive future che a partire da esso si potrebbero dipanare.

Utilità sociale

Per quanto riguarda l'utilità sociale, questo progetto di ricerca potrebbe *in primis* offrire un contributo relativamente alla diffusione delle conoscenze generate in merito all'udire voci. Come messo in evidenza da alcuni studi presenti in letteratura (per esempio quello di Tien, 1991), tale fenomeno sarebbe ampiamente diffuso entro la popolazione generale, sebbene solo una piccola parte di essa si rivolga ai professionisti della Salute Mentale. Quindi questa ricerca potrebbe essere usata come spunto per generare, magari, riflessioni nuove in merito al *senso* della propria esperienza come uditori di voci. A livello di senso comune invece la diffusione della conoscenza costruita relativamente il sentire voci potrebbe anche favorire uno sguardo altro al fenomeno stesso. Se l'identità personale è anche il riflesso dello sguardo altrui (Vannini, & Waskul, 2006), il considerare le voci non come l'epifenomeno di un disturbo psicopatologico ma come una possibilità esistenziale potrebbe contribuire a limare il rischio che le persone che le sentono vengano stigmatizzate. Quindi, se consideriamo colui che vive una determinata esperienza come esperto della stessa, il mettere a disposizione della Comunità, scientifica e non, delle storie in cui è possibile "*ascoltare la voce*" di chi è riuscito ad emanciparsi da una condizione di sofferenza mentale rappresenta perciò una testimonianza diretta di come

questo sia possibile e realizzabile e anche l'occasione di considerarle come pietre miliari per nuovi modi di intendere il disagio mentale.

Infine, questo progetto di ricerca potrebbe essere utile anche per i professionisti che operano entro gli spazi dedicati alla Salute Mentale, in quanto potrebbe essere una fonte a cui attingere per osservare come il costrutto di *recovery* possa venir declinato entro la pratica clinica e le implicazioni che genera. Le autobiografie, quindi, potrebbero essere considerate come storie emblematiche, prototipiche in grado di offrire un contributo nella costruzione e nell'orientamento di modi nuovi ed innovativi di fare clinica.

Limiti

Uno dei limiti di questo progetto di ricerca è che i testi presi in considerazione non sono stati raccolti direttamente dai protagonisti stessi ma sono stati scelti entro una raccolta di scritti autobiografici già disponibile in letteratura. Questa modalità di raccolta non ha generato la possibilità di incontrare direttamente gli autori e attori di quelle storie e quindi, in quanto ricercatrice, non ho avuto la possibilità eventualmente di proporre un incontro in cui entrare nel merito di alcuni aspetti di spiccato interesse conoscitivo emersi dalle autobiografie.

Un altro limite invece fa riferimento al fatto che il materiale testuale usato entro il progetto di ricerca non ci offre uno spaccato italiano del fenomeno d'indagine, in quanto le autobiografie sono state scritte da persone che vivono in altri Paesi europei.

Infine, il numero di partecipanti potrebbe rappresentare un limite, in quanto solo dodici.

Prospettive future

Riagganciandomi a uno dei limiti sopra esposti, direi che una delle prospettive che si dipana a partire da questo progetto di ricerca è quella di poter portare avanti uno studio simile anche entro il contesto italiano, in modo da poter mettere in luce le peculiarità dello stesso. Le opportunità in termini di servizi che le persone che sentono le voci hanno a disposizione entro il territorio nazionale e i significati condivisi a livello di *background* culturale potrebbero mettere in luce alcuni aspetti qui non emersi relativamente la configurazione del fenomeno stesso e la configurazione identitaria che ne deriva. Un aspetto che mi piacerebbe inoltre poter continuare ad approfondire in studi futuri è quello relativo il costrutto di *recovery* e come esso non solo venga configurato dagli uditori di voci ma anche dai professionisti a cui queste persone si rivolgono.

Mi auguro poi che questo progetto di ricerca possa avere un impatto anche a livello pratico. La portata conoscitiva offerta dalle storie autobiografiche che fondano questo progetto di ricerca potrebbe concorrere alla costruzione e allo sviluppo di un nuovo *modus operandi* che regoli le relazioni di cura entro l'ambito psichiatrico. Colui che per professione assume il ruolo di curante è necessario che presti attenzione al testo che una persona porta in merito alla propria sofferenza, in quanto esso risulta esserne il massimo "esperto per esperienza". Nessuno può conoscere meglio della persona stessa l'esperienza che questa sta vivendo. La proposta alla base di questo *modus operandi*, quindi, sarebbe quella che il professionista della Salute Mentale possa valorizzare le storie di coloro che incontra, cogliendo entro le trame dei loro racconti i significati che orientano sia la costruzione della configurazione dell'esperienza di sofferenza mentale di cui sono protagonisti sia il proprio muoversi nel mondo. Sarebbe perciò a fronte della definizione dell'esperienza che il testo della persona veicola, e non dalla diagnosi, che il professionista della Salute Mentale dovrebbe partire per accompagnare la persona verso

nuove rappresentazioni che le consentano di raccontare la propria storia in termini di salute.

Spero inoltre che si generino sempre maggiori occasioni comunitarie in cui poter condividere storie e conoscenze legate all'udire voci e che queste occasioni possano essere poi colte dai cittadini come opportunità per generare nuovi modi di vivere che valorizzino comunque l'esperienza di tutti, per quanto insolita, inusuale e "lontana" questa possa essere. Proprio per questo, si potrebbe pensare di generare delle banche dati in cui raccogliere storie di *recovery*, tutelate in termini di *privacy*, che possano testimoniare come questa esperienza generalmente configurata in termini patologici possa essere invece considerata come solo una delle possibilità esistenziali secondo cui una persona può esprimere la propria complessità, riconoscendo perciò nella manifestazione delle voci una risorsa. La messa a disposizione di queste storie, inoltre, potrebbe rappresentare anche un'occasione per chi sente le voci di interfacciarsi con una raccolta di esperienze positive, generando così la possibilità che anche questi inneschino e sviluppino percorsi di *recovery*, aprendosi verso scenari futuri altri tanto inaspettati quanto sorprendenti.

BIBLIOGRAFIA

Al-Issa, I. (1977). *Social and cultural aspects of hallucinations*. *Psychological Bulletin*, 84(3), 570–587

Allen, P., Larøi, F., McGuire, P. K., & Aleman, A. (2008). *The hallucinating brain: a review of structural and functional neuroimaging studies of hallucinations*. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 32(1), 175–191.

Allen, P., Modinos, G., Hubl, D., Shields, G., Cacia, A., Jardri, R., Thomas, P., Woodward, T., Shotbolt, P., Plaze, M., & Hoffman, R. (2012). *Neuroimaging auditory hallucinations in schizophrenia: from neuroanatomy to neurochemistry and beyond*. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 695–703.

American Psychiatric Association. (1975). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Andrew, E. M., Gray, N. S., & Snowden, R. J. (2008). *The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: a study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers*. *Psychological medicine*, 38(10), 1409–1417.

Barthes, R. (1980) *La camera chiara. Note sulla fotografia*. Gallimard, Paris

Beck, A.T., et Rector, N.A. (2003). *A Cognitive Model of Hallucinations*. *Cognitive Therapy and Research* 27, 19–52.

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1969). *La realtà come costruzione sociale*. Bologna: Il Mulino.

Bien, C., & Reis, G. d C. (2017) *The hearing voices movement: mental health advocacy and recovery*. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v.9, n.21, p.79-88

Blasi, S. (2010). *La ricerca qualitativa in psicoterapia. Controversie, applicazioni e criteri di qualità*. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 13(1), 23–60.

Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. International Universities Press.

Blumer, H. (2006) *La Metodologia dell'Interazionismo Simbolico*. Armando Editore, Roma.

Braun, V., & Clark, V. (2006) *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology* 3(2), 77-101

Brébion, G., David, A. S., Bressan, R. A., Ohlsen, R. I., & Pilowsky, L. S. (2009). *Hallucinations and two types of free-recall intrusion in schizophrenia*. *Psychological Medicine*, 39(6), 917–926.

Breggin (2018) *La sospensione degli psicofarmaci*. Roma: Giovanni Fioriti Editore

Bruner, J. (1987) *Life as Narrative*. *Social Research*, 54(1), p. 11-32

Bruner, J. (1991) *Self-Making and World-Making*. *The Journal of Aesthetic Education*, 25(1), p. 67-78

Butenaerts, J.L.M.G., Romme, M.A.J., & Escher, A.D.M.A.C.(1999) *Cognitive therapy with psychosis and auditory hallucinations*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 41 (5), 277-286

- Carpenter, W. T., McGlashan, T. H., & Strauss, J. S. (1977). *The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions*. *The American journal of psychiatry*, 134(1), 14–20
- Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., & Thomas, N. (2014). *Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice*. *Schizophrenia bulletin*, 40 (Suppl 4), S285–S294.
- David A. S. (2004). *The cognitive neuropsychiatry of auditory verbal hallucinations: an overview*. *Cognitive neuropsychiatry*, 9(1-2), 107–123.
- Davies, B., & Harré, R. (1990). *Positioning: The discursive production of selves*. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20 (1), 43–63.
- Demetrio, D. (1996). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Raffaello Cortina Editore
- Deppermann, A. (2015), "Positioning", In *The Handbook of Narrative Analysis* (Anna De Fina, Alexandra Georgakopoulou, eds.), London, John Wiley & Sons, pp. 369–387.
- Fernyhough, C. (2004). *Alien voices and inner dialogue: Towards a developmental account of auditory verbal hallucinations*. *New Ideas in Psychology*, 22(1), 49–68.
- Flanagan, O. (1994). *Multiple identity, character transformation, and self-reclamation*. In G. Graham & L. Stephens (Eds.), *Philosophical psychopathology* (pp. 135–62). Cambridge, MA: MIT Press.
- García-Martí, G., Aguilar, E. J., Lull, J. J., Martí-Bonmatí, L., Escartí, M. J., Manjón, J. V., Moratal, D., Robles, M., & Sanjuán, J. (2008). *Schizophrenia with auditory hallucinations: a voxel-based morphometry study*. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 32(1), 72–80.

- Goodwin, D. W., Alderson, P., & Rosenthal, R. (1971). *Clinical significance of hallucinations in psychiatric disorders. A study of 116 hallucinatory patients*. Archives of General Psychiatry, 24(1), 76–80
- Hacking, I. (1986). *Making up people*. In T. Heller, M. Sosna, & D. Wellberry (Eds.), *Reconstructing*
- Harré, R., & van Langenhove, L. (1991). *Varieties of positioning*. Journal for the Theory of Social Behaviour, 21 (4), 393–407.
- Harré, R., Moghaddam, F. M., Cairnie, T. P., Rothbart, D., & Sabat, S. R. (2009). *Recent advances in positioning theory*. Theory & Psychology, 19 (1), 5–31
- Harrow, M., & Jobe, T. H. (2007). *Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study*. The Journal of nervous and mental disease, 195(5), 406–414.
- Hayward, M., Berry, C., & Ashton, A. (2011). *Applying interpersonal theories to the understanding of and therapy for auditory hallucinations: A review of the literature and directions for further research*. Clinical Psychology Review, 31, 1313–1323.
- Ho, B. C., Andreasen, N. C., Ziebell, S., Pierson, R., & Magnotta, V. (2011). *Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia*. Archives of general psychiatry, 68(2), 128–137.
- Iudici, A., Faccio, E., Quarato, M., Neri, J., & Castelnuovo, G. (2017) *Getting Better Acquainted with Auditory Voice Hallucinations (AVHs): A Need for Clinical and Social Change*. Frontiers Psychology. 8:1978

- Iudici, A., Quarato, M., & Neri, J. (2019). *The Phenomenon of "Hearing Voices": Not Just Psychotic Hallucinations-A Psychological Literature Review and a Reflection on Clinical and Social Health*. *Community mental health journal*, 55(5), 811–818
- Iudici, A., Turchi, G. P., et Faccio, E. (2020) *Some considerations about auditory verbal hallucinations in the clinical field*. *Psychiatr Psychol Klin*, 20 (1), 77–79
- Jardri, R., Pouchet, A., Pins, D., & Thomas, P. (2011). *Cortical activations during auditory verbal hallucinations in schizophrenia: a coordinate-based meta-analysis*. *The American journal of psychiatry*, 168(1), 73–81.
- Jenkins, J. H., & Barrett, R. J. (2004). *Schizophrenia, culture, and subjectivity. The edge of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Larøi, F., Sommer, I. E., Blom, J. D., Fernyhough, C., Ffytche, D. H., Hugdahl, K., Johns, L. C., McCarthy-Jones, S., Preti, A., Raballo, A., Slotema, C. W., Stephane, M., & Waters, F. (2012). *The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions*. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 724–733.
- Longden, E. (2017). *Listening to the voices people hear: Auditory hallucinations beyond a diagnostic framework*. *Journal of Humanistic Psychology*, 57(6), 573–601.
- Lucius-Hoene, G., & Deppermann, A.(2004b). *Rekonstruktion narrativer Identität: Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Wiesbaden: VS
- Martí-Bonmatí, L., Lull, J. J., García-Martí, G., Aguilar, E. J., Moratal-Pérez, D., Poyatos, C., Robles, M., & Sanjuán, J. (2007). *Chronic auditory hallucinations in schizophrenic patients: MR analysis of the coincidence between functional and morphologic abnormalities*. *Radiology*, 244(2), 549–556.

- McCutcheon, R. A., Abi-Dargham, A., & Howes, O. D. (2019). *Schizophrenia, Dopamine and the Striatum: From Biology to Symptoms*. Trends in neurosciences, 42(3), 205–220.
- McGlashan, T. H., & Carpenter, W. T., Jr (1988). *Long-term followup studies of schizophrenia: editors' introduction*. Schizophrenia bulletin, 14(4), 497–500.
- Meltzer, H. Y., & Stahl, S. M. (1976). *The dopamine hypothesis of schizophrenia: a review*. Schizophrenia bulletin, 2(1), 19–76.
- Nasrallah H. A. (2007). *The roles of efficacy, safety, and tolerability in antipsychotic effectiveness: practical implications of the CATIE schizophrenia trial*. The Journal of clinical psychiatry, 68 Suppl 1, 5–11.
- Pandarakalam, J. P. (2016) *Pharmacological and Non-Pharmacological Interventions for Persistent Auditory Hallucinations in Schizophrenia*. British Journal of Medical Practitioners. 9 (2)
- Quarato, M. (2019) *Allucinazioni: sintomi o capacità? Racconti di errori diagnostici, soluzioni, ribellione e libertà*. Fabbrica dei Sogni Editore
- Rappaport, M., Hopkins, H. K., Hall, K., Belleza, T., & Silverman, J. (1978). *Are there schizophrenics for whom drugs may be unnecessary or contraindicated?*. International pharmacopsychiatry, 13(2), 100–111.
- Romme, M. A., & Escher, A. D. (1989). *Hearing voices*. Schizophrenia Bulletin, 15(2), 209–216.
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., & Morris, M. (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. PCCS Books.
- Salvini A., & Bottini R. (2011). *Il nostro inquilino segreto*. Ponte alle Grazie, Milano

- Salvini, A., & Stecca, A. (2013) “*UDIRE VOCI*”: ipotesi per la psicoterapia e la ricerca. *Scienze dell’Interazione*, n. 1-2, 40-58
- Sanjuán, J., Tolosa, A., González, J. C., Aguilar, E. J., Pérez-Tur, J., Nájera, C., Moltó, M. D., & de Frutos, R. (2006). *Association between FOXP2 polymorphisms and schizophrenia with auditory hallucinations*. *Psychiatric genetics*, 16(2), 67–72.
- Seal, M. L., Aleman, A., & McGuire, P. K. (2004). *Compelling imagery, unanticipated speech and deceptive memory: Neurocognitive models of auditory verbal hallucinations in schizophrenia*. *Cognitive Neuropsychiatry*, 9, 43–72.
- Semeraro, R. (2011). *The qualitative analysis of research data in education*. *Giornale Italiano della Ricerca Educativa*, IV, 7
- Seok, J. H., Park, H. J., Chun, J. W., Lee, S. K., Cho, H. S., Kwon, J. S., & Kim, J. J. (2007). *White matter abnormalities associated with auditory hallucinations in schizophrenia: a combined study of voxel-based analyses of diffusion tensor imaging and structural magnetic resonance imaging*. *Psychiatry research*, 156(2), 93–104.
- Shergill, S. S., Bullmore, E., Simmons, A., Murray, R., & McGuire, P. (2000). *Functional anatomy of auditory verbal imagery in schizophrenic patients with auditory hallucinations*. *The American journal of psychiatry*, 157(10), 1691–1693.
- Smorti, A. (2011) *Autobiographical memory and autobiographical narrative: What is the relationship?* *Narrative Inquiry*, 21(2), p. 303 – 310
- Stahl S. M. (2018). *Beyond the dopamine hypothesis of schizophrenia to three neural networks of psychosis: dopamine, serotonin, and glutamate*. *CNS spectrums*, 23(3), 187–191.

- Tekin, S. (2011) *Self-concept through the diagnostic looking glass: Narratives and mental disorder*. *Philosophical Psychology*, 24(3), p.357-380
- Thompson, J., Stansfeld, J.L., Cooper, R.E., Morant, N., Crellin, N. E., & Moncrieff, J. (2020). *Experiences of taking neuroleptic medication and impacts on symptoms, sense of self and agency: a systematic review and thematic synthesis of qualitative data*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 55, 151–164
- Tien A. Y. (1991). *Distributions of hallucinations in the population*. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 26(6), 287–292.
- Toirac, I., Sanjuán, J., Aguilar, E. J., González, J. C., Artigas, F., Rivero, O., Nájera, C., Moltó, M. D., & de Frutos, R. (2007). *Association between CCK-AR gene and schizophrenia with auditory hallucinations*. *Psychiatric genetics*, 17(2), 47–53.
- van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). *Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population?*. *Schizophrenia research*, 45(1-2), 11–20.
- Vannini, P., & Waskul, D. (2006) *Body/Embodiment. Symbolic Interaction and the Sociology of the Body*. Routledge.
- Vygotsky, L.S. (1965). *Thought and language*. Cambridge, MA: MIT Press
- Weber, S., Hjelmervik, H., Craven, A. R., Johnsen, E., Kroken, R. A., Løberg, E. M., Ersland, L., Kompus, K., & Hugdahl, K. (2021). *Glutamate- and GABA-Modulated Connectivity in Auditory Hallucinations-A Combined Resting State fMRI and MR Spectroscopy Study*. *Frontiers in psychiatry*, 12.
- Whitaker, R. (2013). *Indagine su un 'epidemia*. Fiorini, Roma

SITOGRAFIA

<http://www.parlaconlevoci.it/pdf/savona2011/Hornstein-Savona-2011.pdf>

<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/Revised2k11NSDUHSummNatFindings/Revised2k11NSDUHSummNatFindings/NSDUHresults2011.htm>

<http://www.news-forumsalutementale.it/public/Carta-Recovery-2014.pdf>

<https://www.gailhornstein.com>