

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
CAMPUS DI CESENA

SCUOLA DI PSICOLOGIA E SCIENZE DELLA FORMAZIONE

CORSO DI LAUREA IN
SCIENZE DEL COMPORTAMENTO E DELLE RELAZIONI SOCIALI

**LA DIFFUSIONE DELL'AUTO MUTUO AIUTO (AMA) IN PSICHIATRIA:
GLI "UDITORI DI VOCI" E L'ESPERIENZA A BOLOGNA.**

Relazione della Prova finale in Psichiatria

Relatore

Prof. DOMENICO BERARDI

Presentata da

GIADA PALMISANI

Sessione III

Anno Accademico 2013 - 2014

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare il professor Domenico Berardi, relatore di questa tesi, per la grande disponibilità e cortesia, e per tutto l'aiuto fornitomi durante la stesura; la dottoressa Daniela Demaria per la sua estrema cordialità e gentilezza, e tutti gli operatori del gruppo "Uditori di voci e non solo" di Casalecchio.

Un sincero ringraziamento va a tutti coloro, che nel loro piccolo, consapevoli o no, hanno contribuito alla realizzazione di questa tesi.

In primo luogo: la mia famiglia. La mia fonte di felicità, quella senza la quale non sarei mai arrivata sino a qui, coloro che hanno sempre creduto in me e nelle mie potenzialità, senza mai giudicarmi nelle scelte fatte. Una mamma speciale, un'amica, la persona che mi ha cresciuta a sua immagine e somiglianza per trasmettermi i valori della vita, quelli veri; un papà, il mio papà, che mi ha sempre fatto sentire la sua bambina, che mi ha protetto e continua farlo, che si è sempre sacrificato per il mio e il nostro bene; un fratello, il mio fratellone, di cui ho imparato ad apprezzare i silenzi, un suo sguardo vale più di mille parole.

La mia migliore amica, Giulia, il mio sorriso, la mia forza, la mia "persona", il mio sempre. Francesco, un professore diventato più che un amico, un esempio da seguire, una fonte di ispirazione, colui che ha sempre un consiglio da regalare e permette di guardare la vita da un'altra prospettiva, andando oltre. Le amiche, quelle che sanno tutto di te e che ci sono sempre state: Sofia, la carica, l'allegria, l'entusiasmo, che ha litigato con la mia mania di mettere virgole ovunque; Amanda, il consiglio, la motivazione, l'esperienza, che ha sempre la parola giusta al momento giusto. Rosa, mia cugina, che nonostante i chilometri di distanza c'è sempre stata, per un consiglio, per un supporto, per un sorriso. Le compagne di banco, Giorgia e Martina, senza le quali l'università non sarà più la stessa.

E infine, tutti coloro che nonostante la distanza, nonostante il tempo, sono sempre presenti.

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1	5
L'AUTO MUTUO AIUTO (AMA)	5
1.1 Una definizione dell'Auto Mutuo Aiuto.....	5
1.2 La nascita dell'Auto Mutuo Aiuto nel panorama internazionale.....	7
1.3 La diffusione in Italia dell'Auto Mutuo Aiuto (AMA).....	10
1.4 Progetto “Rete dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto” nell'AUSL di Bologna.....	15
1.5 A.A: Alcolisti Anonimi come modello di riferimento.....	16
1.6 Caratteristiche dei gruppi AMA.....	19
1.7 Il ruolo del facilitatore.....	23
1.8 Conclusioni.....	25
CAPITOLO 2	26
UN ESEMPIO DI GRUPPO DI AUTO MUTUO AIUTO: GLI UDITORI DI VOCI ... 26	26
2.1 Una definizione di allucinazioni uditive.....	26
2.2 Chi è l'uditore di voce? Il cambiamento nella storia.....	27
2.3 Il movimento degli Uditori di voci. L'esperienza di Marius Romme e la diffusione in Olanda e nel Regno Unito.....	28
2.4 Il movimento degli Uditori di voci in Italia.....	33
2.5 Caratteristiche del gruppo AMA per Uditori di voci.....	34
CAPITOLO 3	36
GRUPPO DI UDITORI DI VOCI E NON SOLO – L'ESPERIENZA A BOLOGNA ... 36	36
3.1 La storia del gruppo.....	36
3.2 Il ruolo dell'operatore.....	38
3.3 Il gruppo: chi sono?.....	39
3.4 La testimonianza di Luca.....	41
CONCLUSIONI	44
BIBLIOGRAFIA	45
SITOGRAFIA	49

INTRODUZIONE

L'oggetto di questa tesi di laurea è la nascita e la diffusione dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA) nel territorio europeo e in particolare in quello italiano. Questi sono considerati come uno strumento di cura per la malattia mentale e non, in affiancamento a quelli che sono i basilari e fondamentali mezzi che il sistema ospedaliero e psichiatrico hanno in dotazione.

Essi seguono una serie di principi cardine, di caratteristiche e di un insieme di accortezze che permettono loro di sviluppare in ogni utente un legame basato sul rispetto e sulla fiducia reciproca.

Dalle ricerche svolte, è potuto emergere come l'adesione e la partecipazione attiva a questi gruppi, ha conseguenze ed effetti positivi sulla salute mentale dell'utente che vi partecipa, il tutto concentrato in un processo di *recovery* che mira al miglioramento della condizione del malato.

In particolare, si è centrata la ricerca su un gruppo specifico: gli Uditori di Voci. Si tratta di un gruppo AMA costituito da coloro che soffrono di allucinazioni uditive, e non solo.

È stato possibile conoscere nello specifico uno di questi gruppi, con sede dislocata nel territorio bolognese: "Uditori di voci e non solo". Si tratta di un gruppo AMA che ospita sia utenti affetti da allucinazioni uditive, sia utenti con altre problematiche che riguardano prevalentemente la salute mentale, e che segue tutti i principi di un gruppo AMA.

La tesi è strutturata in tre capitoli:

- nel primo verrà descritto come, nel corso degli anni, si sono sviluppati e diffusi i gruppi di Auto Mutuo Aiuto sia nel panorama internazionale che in quello italiano (in particolare nel territorio bolognese), saranno esposte quelle che sono le caratteristiche dei gruppi AMA, i principi che sottostanno alla loro esistenza e l'importante ruolo del facilitatore;
- nel secondo capitolo si entrerà più nello specifico analizzando e concentrando le ricerche sul gruppo degli Uditori di voci, partendo da una prima descrizione di allucinazioni uditive, passando a descrivere chi è l'uditore di voci, sino ad arrivare alla diffusione in Olanda, nel Regno Unito e in Italia;
- nel terzo ed ultimo, vi sarà un approfondimento dell'esperienza nel territorio bolognese, con il gruppo di "Uditori di voci e non solo". Si descriveranno le vicissitudini che hanno portato alla nascita del gruppo, il ruolo fondamentale

dell'operatore e i principi che lo guidano. Ed infine vi sarà la testimonianza di Luca, un ragazzo uditore di voci che ha riportato la sua esperienza fatta all'interno del gruppo.

CAPITOLO 1

L'AUTO MUTUO AIUTO (AMA)

1.1 Una definizione dell'Auto Mutuo Aiuto

L'Auto Mutuo Aiuto (AMA), è definito dall'organizzazione mondiale della sanità (OMS) come “*l'insieme di tutte le misure adottate da non professionisti per promuovere, mantenere e recuperare la salute, intesa come completo benessere fisico, psicologico e sociale di un determinata comunità*” (O.M.S, 1987, p.29).

Il fenomeno dell'Auto Mutuo Aiuto si può collocare nel fenomeno dei *network*, ossia nelle forme di sostegno sociale. Esse sono definite *lay care* e includono tutte le forme di aiuto che la gente si scambia reciprocamente ed anche l'assistenza sanitaria (Cazzaniga & Noventa, 2010). In esse possiamo trovare:

- *Self-care*: ossia l'auto cura. Si tratta di una presa di coscienza del proprio stato di salute alla quale si risponde con un'altrettanta risposta autonoma e individuale, prendendosi cura sia della propria persona che del contesto di appartenenza (di solito è la famiglia).
- *Volunteer care*: è la rete del volontariato;
- *Self-help* (o auto-aiuto): “I gruppi di selfhelp sono piccole strutture gruppali volontarie, per il mutuo aiuto e per la realizzazione di obiettivi particolari. Essi sono di solito formati da pari, che si sono uniti insieme per una mutua assistenza al fine di soddisfare un bisogno comune, vincendo un comune handicap e comuni problemi inabilitanti, e portando ad un cambiamento personale e/o sociale desiderato. (...) accentuano le relazioni faccia a faccia e promuovono l'assunzione delle responsabilità da parte dei membri. Essi spesso offrono sia assistenza materiale sia supporto emotivo; sono frequentemente orientati sulla causa e promulgano una ideologia o dei valori, attraverso cui i membri possono conseguire un aumentato senso di identità personale” (Katz, Bender, 1976, p.9).

L'Auto Mutuo Aiuto (AMA) è una possibilità che viene fornita a individui che condividono lo stesso disagio, di poterlo affrontare insieme. “Il gruppo AMA è un insieme di persone che hanno scelto volontariamente e in autonomia di trovarsi alla pari, intorno ad un

tema o problema comune, nel desiderio di affrontarlo con altri. Nel gruppo AMA si condividono esperienze, vissuti, risorse, informazioni e strategie di soluzioni, scoprendosi risorsa per sé, per i compagni di gruppo e per l'intera comunità” (CAMAP, 2012, p.1) È quindi un ampio e denso movimento di cittadini che si mettono in gioco autonomamente e pongono al centro della discussione i propri problemi e i propri disagi. È un atto di volontà, poiché presume l'attivazione e la messa in discussione delle risorse personali, e il desiderio di procurare beneficio sia a se stessi, e sia a persone che soffrono dello stesso disagio. Si tratta di aiutare se stessi aiutando gli altri. Di conseguenza, la partecipazione spontanea a questi gruppi comporta l'assunzione di responsabilità personale sulla propria condizioni di malessere o disagio.

I gruppi di Auto Mutuo Aiuto vogliono, in primo luogo, essere un aiuto «tra» persone in difficoltà, attraverso l'esperienza di gruppo; e in secondo luogo, si configurano come un sostegno che si sviluppa all'interno della logica della *recovery*, che consiste nella riappropriazione e nel recupero da parte dei soggetti del proprio benessere psico-fisico, e non nel classico concetto di guarigione da una malattia. Chi frequenta l'Auto Mutuo Aiuto è un individuo che vive in prima persona una condizione di difficoltà (un malessere fisico, un disagio psicosociale, una disabilità, un handicap) che può provenire sia dalla famiglia sia dalla società in cui è inserito, oppure, è un soggetto che soffre di solitudine.

Gli scopi di questi gruppi sono diversi, ma il principale è quello di dare a individui che vivono situazioni simili, la possibilità di condividere le proprie esperienze e i propri vissuti, e di aiutarsi reciprocamente “mostrando l'uno all'altro come affrontare i problemi comuni: i partecipanti smettono così di essere solo portatori di disagio e contribuiscono a migliorare il benessere della comunità diventando protagonisti di una rete, recuperando la loro responsabilità sociale e il loro protagonismo” (Fortunati, 2009, p. 1).

Il gruppo AMA è anche uno spazio, un tempo, un luogo, dove ci si sente liberi nell'esprimere le proprie opinioni, le proprie emozioni, propri pensieri e i propri sentimenti e dove poter parlare della propria vita, ma rileggendola con lo sguardo di chi ascolta. L'AMA ha quindi, il compito di creare solidarietà, condivisione di vissuti e rivalutazione delle competenze sia individuali che collettive, in piena libertà ed autonomia. Tutto ciò che genera questi effetti si può definire come AMA, a prescindere dalle forme che esso prende. Infatti, i gruppi AMA si differiscono uno dall'altro, ognuno ha le proprie peculiarità che caratterizzano il gruppo stesso. Le forme possono essere svariate, sia per quanto riguarda l'organizzazione,

sia per quanto riguarda le caratteristiche interne. Ad esempio, l'ultima tendenza, è quella dei gruppi AMA online: si tratta di persone che si ritrovano nel web, che seguendo i principi dell'Auto Mutuo Aiuto tradizionale, condividono le stesse esperienze, ma attraverso una rete virtuale.

In definitiva, per far sì che questi obiettivi si realizzino, è necessario che, come metodologia principale, venga utilizzata quella dell'ascolto reciproco. Ogni individuo deve trovarsi nella condizione di essere ascoltato e di essere propenso all'ascolto. Si tratta quindi di uno scambio di esperienze personali attraverso il dialogo, l'ascolto, il confronto, allo scopo di trovare strategie utili ed efficaci alla risoluzione dei problemi e all'uscita dall'isolamento. Partecipare ai gruppi AMA è, in questo senso, un modo per potersi dedicare a se stessi, al proprio cammino, ai propri cambiamenti e alla riappropriazione della propria vita. La frequenza a tali gruppi segue gli stessi principi che sono alla base del gruppo, cioè è volontaria, gratuita, spontanea, libera e fondata sul premuroso rispetto della riservatezza. Gli incontri si svolgono ogni settimana oppure ogni quindici giorni, e la durata è in media di un'ora e mezza, tutto a discrezione del gruppo poiché non c'è un regolamento che impone norme da rispettare.

1.2 La nascita dell'Auto Mutuo Aiuto nel panorama internazionale

Il secolo scorso è stato decisivo per la nascita e lo sviluppo dell'Auto Mutuo Aiuto, infatti si sono susseguite una serie di tappe che hanno permesso un'espansione tale da coinvolgere molte aree europee e non solo.

Il panorama internazionale ha visto la comparsa di due movimenti: da un parte l'associazionismo e dall'altra l'Auto Mutuo Aiuto.

L'origine dell'associazionismo dei pazienti, nel campo della salute mentale, la si può attribuire a Clifford Beers, con la sua autobiografia *The Mind that Found Itself*. Beers, in questo elaborato, riporta la sua degenza nei diversi ospedali in cui è stato ricoverato. Il successo del libro gli ha permesso di fondare, nel 1908, la prima associazione privata statunitense per l'igiene mentale che presto diventerà la *World Federation of Mental Health* (WFMH). Ad oggi, questa è l'associazione mondiale più famosa che si occupa di salute mentale e si pone come alternativa alle associazioni pubbliche (Brody, 1997).

A partire dagli anni 30 in Inghilterra, e contemporaneamente negli Stati Uniti, si

istituiscono i primi gruppi terapeutici, che prendono il nome di *Clubs*, i quali sono costituiti da ex-utenti psichiatrici e da operatori professionisti che ne assumono il controllo. Il successo riscontrato e i benefici tratti dalla partecipazione a questi *clubs*, ha permesso l'inserimento di questi ultimi nei programmi d'assistenza ospedalieri (Corlito, 1995). Per quanto riguarda l'Auto Mutuo Aiuto, è solo nel 1935 che si pongono le basi per la formazione del primo gruppo: quello degli Alcolisti Anonimi (AA). Fu fondato negli Stati Uniti dall'unione di un impiegato di banca e di un medico, entrambi alcolisti, che scoprirono la possibilità di rimanere sobri solo aiutandosi e sostenendosi l'un l'altro. Ai fondatori venne l'idea di applicare i principi dell'Auto Mutuo Aiuto alla dipendenza dall'alcol, che aveva le caratteristiche di una vera e propria malattia. Questa associazione nasce con uno scopo ben preciso: aiutare i propri membri ad uscire dalla loro situazione di dipendenza. Gli ideatori di AA capirono che il mezzo più idoneo per curarsi da questa malattia erano le testimonianze: un individuo che ormai non beve più è in grado di aiutare gli alcolisti che ancora fanno uso di questa sostanza, indicando loro la giusta strada per uscire dal problema. Questo metodo permette anche a chi offre questo aiuto di consolidare e mantenere la propria sobrietà.

Gli AA condividevano i principi e l'ideologia dell'Oxford Group, ovvero un movimento luterano che si poneva come finalità ultime: la condivisione, il mutamento, conversione, e si ispirava a valori come l'onestà, l'amore e la purezza e si conformava a quelle che erano le esperienze comunitarie di allora. La creazione di AA permise la formalizzazione di un nuovo modello di riferimento valido per moltissime esperienze di Auto Mutuo Aiuto (Noventa, 2008). Molti altri gruppi, con problematiche differenti, hanno riadattato l'impianto teorico degli Alcolisti Anonimi senza modificarne l'aspetto concettuale ed operativo. La potenza dei principi che stanno alla base di gruppi di AA “è visibile non solo nella continua crescita degli AA, ma nella adozione di tale modello, a volte integrale, da parte di gruppi che si occupano di altre problematiche comportamentali, quali club per giocatori d'azzardo, tossicomani, obesi, per genitori che abusano dei bambini e simili” (Gartner & Riessman, 1977, p.24).

La crescita di queste associazioni ha permesso la nascita del concetto di *self-help*. Questa nuova idea di aiuto focalizza l'attenzione sulla responsabilità individuale in un'ottica di cambiamento personale, con una serie di tappe stabilite, il cui raggiungimento porta al riconoscimento di una maturazione personale che si configura come obiettivo finale.

A partire dagli anni '70, l'incremento esponenziale e rapido di questi gruppi indica, da un lato, il maggior interesse da parte della popolazione di affrontare i propri problemi in

prima persona, autonomamente e volontariamente e dall'altro, il successo delle metodologie utilizzate.

Successivamente, nel 1983 a Washington, durante il congresso mondiale della WFMH (World Federation of Mental Help) sulla salute mentale, si costituì l'European Regional Council (ERC) allo scopo di promuovere una cooperazione sempre più massiccia tra le associazioni europee.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1989, ha confermato l'importanza di rendere l'utente partecipe delle politiche di salute mentale permettendo così, ai movimenti degli utenti, di acquistare sempre più rilievo nel panorama sociale.

Nel 1991 durante il congresso di Praga, la WFMH in accordo con l'OMS, si è posta come obiettivo quello di rendere partecipi gli utenti nella pianificazione, nella conduzione, nel controllo e nello sviluppo dei servizi di salute mentale, incrementando così la nascita e l'espansione dei gruppi di *self-help*. La crescita quindi è stata esponenziale e attualmente i dati lo confermano: negli Stati Uniti d'America si stima siano presenti tra i 150.000 e 200.000 gruppi di Auto Mutuo Aiuto, nel Regno Unito il numero di gruppi è di circa 50.000 e nella Repubblica Federale Tedesca è di circa 100.000 (equivalente ad una densità di 1 gruppo ogni 1.500 abitanti) (Gielen, 2006).

Gielen (2006) afferma che una delle ragioni per cui i gruppi di Auto Mutuo Aiuto si sono sviluppati e diffusi così velocemente negli ultimi 30 anni in Europa, è probabilmente dovuto a un crescente declino dei sistemi naturali di sostegno e supporto (famiglia, chiesa, vicini di casa). Contemporaneamente, il sistema sanitario e i servizi sociali hanno dovuto far fronte a quelle che sono le difficoltà di un'istituzione così complessa e carica di responsabilità, non potendosi sottrarre in alcun modo da eventuali critiche ed errori. Quello che i gruppi di Auto Mutuo Aiuto rimproverano a questi sistemi sono alcuni difetti e mancanze, come ad esempio: una marcata frammentazione e specializzazione delle istituzioni e del personale; eccessiva burocratizzazione; evidente allontanamento degli utenti dagli assistenti; inopportuna ed eccessiva professionalizzazione, ed infine, la creazione di una dipendenza quasi infantile degli utenti verso queste figure di riferimento.

Sempre Gielen (2006) sostiene che si sono modificate le necessità della gente rispetto ai servizi che offrono: il sistema sanitario si trova ad avere a che fare sempre più spesso con malattie croniche che richiedono assistenza, e non cura.

È per queste ragioni che il diffondersi dei gruppi AMA ha ottenuto un'espansione tale

da raggiungere numeri importanti su tutto il panorama europeo e non solo.

Bisogna essere oggettivi nell'affermare che i gruppi di Auto Mutuo Aiuto non devono essere considerati come un'entità a sé stante, distinta e slegata dal sistema sanitario ufficiale e dai servizi sociali; al contrario, sono uno strumento in più poiché lavorano in collaborazione e in parallelo, ma non sostituiscono le carenze del sistema sanitario.

1.3 La diffusione in Italia dell'Auto Mutuo Aiuto (AMA)

“Negli anni settanta, mentre nel resto d'Europa e negli USA ci si limita, per lo più, ad una revisione del modello assistenziale, in Italia si ha un mutamento radicale dei modi concreti di erogare l'assistenza psichiatrica con la chiusura dei manicomi” (Mariotti, 2001, p. 15-16). Si diffonde l'idea che il malato debba essere curato nel suo ambiente naturale di vita, e non in un ambiente speciale, in una struttura psichiatrica. Secondo Franco Basaglia si devono “creare le condizioni per cui possano riaffiorare i bisogni dell'utente [...] per potervi rispondere” (Basaglia & Basaglia, 1975, p.7). Si fondano così i primi gruppi di *self-help*, che si configurano in sintonia con i movimenti antipsichiatrici di quel periodo, ispirandosi quindi al principio di demedicalizzazione dei pazienti (Focardi, Gori, & Raspini, 2006). A Firenze, negli stessi anni, vengono apportate delle innovazioni sia negli ospedali che sul territorio. Presso alcuni reparti dell'Ospedale Psichiatrico di San Salvi, si svolgono assemblee aperte ad utenti, tirocinanti e volontari, nelle quali è presente un clima che favorisce l'uguaglianza e la comunicazione tra i partecipanti (Pini, 1981, p. 3-4). Inoltre, alcuni operatori sentono il bisogno di trovare un'alternativa all'approccio ospedaliero. Essi cercano di creare un clima di interazione con gli utenti superando quelli che sono i soliti passaggi di routine, cioè la prescrizione di farmaci e il *setting* psicoterapeutico tradizionale. La sala d'attesa sarà quindi il luogo più importante perché diviene un'occasione per stare insieme. In queste momenti gli utenti si incontrano, svolgendo attività ricreative grazie alla collaborazione degli operatori e dei tirocinanti della “Tinia” (un laboratorio artistico presente nei locali dell'OP di San Salvi). Contemporaneamente, negli ambulatori e durante l'orario di servizio, è possibile svolgere anche colloqui individuali o in piccoli gruppi, che si configurano come una specie di pre-gruppo di Auto Mutuo Aiuto nei quali le persone si sentono libere di esprimere loro stesse e le loro esperienze in un clima di condivisione e uguaglianza.

Nel 1978 lo psichiatra Pino Pini, ispirandosi all'esperienza delle sale di attese e del pre-

gruppo, istituisce un gruppo di «libera discussione», aperto ai familiari e a chiunque voglia partecipare. Questa esperienza si svolge al termine dell'attività ambulatoriale e “il medico che partecipa ai gruppi coordina gli interventi e, insieme agli operatori, offre il suo contributo di esperienza medica, ma non impone il suo potere istituzionale. Ben presto Pino Pini si accorge che le persone raccontano molto di più all'interno di un contesto informale, che al medico in sede istituzionale” (Mariotti, 2001, p.17). Questo gruppo rappresenta quindi un tentativo per proporre agli utenti, alle ASL e agli psichiatri, una soluzione alternativa all'approccio delle istituzioni nei confronti del disagio psichico. Nel 1988, Pini si trasferisce a Prato, dove cerca di porre le basi e sviluppare l'auto-aiuto. Successivamente “nel 1993, si costituisce l'AIMS (Associazione Italiana per la Salute Mentale) come sezione italiana della European Regional Council – World Federation of Mental Health (ERC-WFMH)” (Vanucchi, 2012, p.11).

Questi eventi hanno causato una massiccia diffusione dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto. I primi a diffondersi furono gruppi che affrontavano il tema delle dipendenze ma, successivamente, il panorama dei gruppi AMA si è ampliato sempre di più prendendo in considerazione anche altre tematiche. Uno dei problemi che maggiormente interessa questi gruppi è la possibilità di una registrazione del fenomeno stesso. È difficile poter fare una catalogazione esatta circa la diffusione dei gruppi nell'ambito della salute e dell'assistenza, poiché la loro crescita e il loro cambiamento risultano troppo rapidi da poter registrare in modo esatto.

La prima indagine sul fenomeno dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto a livello nazionale è stata svolta dalla FIVOL (Fondazione Italiana per il Volontariato) nel 1995. Emerse la presenza di 2.730 gruppi di Auto Mutuo Aiuto, che costituivano il 15% delle organizzazioni di volontariato in Italia. Il Coordinamento Regionale Toscano dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto e la Fondazione Andrea Devoto hanno poi realizzato, nel 1998, un monitoraggio nazionale su incarico del Ministero degli Affari Sociali (Totis & Zanichelli, 2007). Questa analisi ha consentito di scoprire ed entrare in contatto con delle realtà nuove e innovative nel campo dell'Auto Mutuo Aiuto (ad esempio: anziani, tabagismo, gioco d'azzardo, abusi, ecc.). Questa indagine è riuscita a cogliere quelli che sono i bisogni e le difficoltà che i gruppi AMA hanno maturato nel corso della loro crescita. La ricerca ha censito 1.603 gruppi di Auto Mutuo Aiuto ripartiti in modo eterogeneo nei diversi ambiti.

Nel 2006, il coordinamento toscano dei Gruppi di Auto Aiuto si è impegnato nell'aggiornare la mappa dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto, e si è evidenziato un incremento del

203% rispetto al 1999, cioè un numero pari a 3265 gruppi AMA. Si è rilevato un aumento generale dei gruppi in quasi tutti i settori, ma soprattutto in quelli dove l'aiuto non era ancora diffuso.

PROBLEMA	N° GRUPPI 2006	N° GRUPPI 1999
Nuove dipendenze	3	--
Trapianti organi	3	11
Particolari esperienze di vita	11	--
Disagi legati al ciclo di vita	17	6
Disagio sociale	22	4
Identità di genere	27	1
Riappropriazione del sé	34	--
Sieropositività	34	33
Violenza donne e minori	39	8
Minori disagio	43	2
Depressione	48	14
Dipendenze affettiva	48	18
Gioco d'azzardo	48	3
Lutto	64	2
Famiglie crisi	78	14
Neoplasie	82	6
Adozione e affidamento	84	17
Tabagismo	102	15
Disturbi d'ansia	120	--*
Patologie	146	20
Disabilità	173	7
Disturbi alimentazione	290	271
Disagio mentale	292	105
Dipendenza da sostanze psicotrope	442	178
Alcolismo	1015	868
TOTALE	3265	1603

Tabella 1 Gruppi per area problematica (Focardi, Gori, Raspini, 2006, p.10)

* Nell'indagine del 1999 i disturbi d'ansia erano inclusi nella categoria "disagio mentale"

L'obiettivo di queste indagini è stato quello di rendere visibile l'attività dei gruppi sul territorio nazionale, informando i cittadini e permettendo loro di poter usufruire di questi servizi. Successivamente sono stati identificati anche gruppi che prendono in esame tematiche innovative, e non affrontate in precedenza:

- disagi legati ai minori e alla genitorialità;
- disagio sociale;
- nuove dipendenze;
- esperienza di vita particolare;
- disagi legati a situazioni particolari del ciclo di vita;
- malattie organiche;

- realizzazione e riappropriazione del sé;
- sofferenza affettivo/cognitive.

PROBLEMA	N°GRUPPI	PROBLEMA	N°GRUPPI
Disturbo ossessivo compulsivo	1	Shopping compulsivo	2
Doppia diagnosi	1	Esposizione all'amianto	2
Difficoltà nello studio	1	Fibrosi cistica	2
Dipendenza dalla pornografia	1	Sindrome atassica	2
Bullismo	1	Autismo	3
Disturbi dell'apprendimento	1	Disagio lavorativo	3
Dipendenza da interne	1	Afasia	3
Esperienze con la morte	1	Menopausa	4
Tecniche di terapia alternativa	1	Immaginazione	4
Celiachia	1	Gruppi coercitivi	7
Fibromialgia	1	Balbuzie	7
Retinite pigmentosa	1	Problematiche esistenziali di crescita personale	7
Trauma cranico	1	Maternità e gravidanza	9
Autocoscienza	1	Nuclei monoparentali	9
Benessere psico-fisico	1	Autostima	9
Difficoltà relazionali	1	Solitudini	14
Ictus	2	Dislessia	15
Patologie psicomotorie infantile	2	Sostegno alla genitorialità	24
Mobbing	2	TOTALE	148

Tabella 2: Nuove esperienze (Focardi, Gori, Raspini, 2006, p.11)

Si è verificata inoltre, una forte crescita dei gruppi costituiti dai familiari, arrivando a ricoprire il 32% del campione (1059 gruppi), in particolare negli ambiti inerenti a:

- alcolismo (431 gruppi);
- dipendenza da sostanze psicotrope (251 gruppi);
- disabilità (142 gruppi);
- disagio mentale (122 gruppi);
- patologie d'organo (144 gruppi).

GRUPPI FAMILIARI	N° GRUPPI FAMILIARI	N° TOTALE GRUPPI
Depressione	2	48
Identità di genere	2	27
Disagi legati al ciclo di vita	3	17
Disturbi alimentazione	3	290
Particolari esperienze di vita	3	11
Sieropositività	5	34
Neoplasie	8	82
Gioco d'azzardo	13	48
Minori disagio	30	43
Patologie	44	146
Disagio mentale	122	292
Disabilità	142	173
Dipendenza da sostanze psicotrope	251	442
Alcolismo	431	1015
TOTALE	1059	2668

Tabella 3: Gruppi familiari (Focardi, Gori, Raspini, 2006, p.12)

Attualmente si calcola che oltre il 75% dei gruppi AMA siano al nord, una importante concentrazione si può rilevare a nord-est, seguita dalle regioni del nord-ovest; al centro la presenza dei gruppi AMA è del 20% e nel sud e sulle isole solo il 5% (Noventa, 2008).

I gruppi presenti in Italia realizzano una serie di attività diversificate in base alle strutture dei gruppi, alla propria storia e alla comunità locale. Tra le più importanti troviamo:

- iniziative di sensibilizzazione rivolte a tutta la popolazione locale;
- iniziative di formazione rivolte ad associazioni di volontariato ed operatori del sistema pubblico;
- rendere partecipi le istituzioni e degli enti;
- ricerche epidemiologiche e valutative;
- attività di sostegno e di aiuto concreto sia al singolo individuo sia alle famiglie in difficoltà;
- diffusione di informazione sulle diverse aree problematiche;
- pubblicazione di libri, riviste, articoli e svariato materiale sull'auto-aiuto;
- offrire servizi di centralini d'ascolto e di orientamento per le varie problematiche.

Infine, ci sono stati dei processi interni al nostro Paese che hanno permesso uno sviluppo così massiccio di questo fenomeno: lo sviluppo del volontariato in diversi settori e la pubblicizzazione di esso in molti contesti, la salda cooperazione tra sistemi pubblici e privati, l'interesse dei cittadini e dei professionisti a questa nuova modalità di aiuto, la partecipazione autonoma ai gruppi e lo sviluppo di alcune realtà come gli Alcolisti Anonimi e l'Associazione Club Alcologici Territoriali (ACAT).

1.4 Progetto “Rete dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto” nell'AUSL di Bologna

Sino a questo punto abbiamo trattato la diffusione dell'Auto Mutuo Aiuto nell'intero panorama italiano, ma quello che preme evidenziare è come si sia diffuso principalmente nella nostra regione, in modo particolare nella città di Bologna.

Il progetto per la diffusione dell'Auto Mutuo Aiuto nella AUSL di Bologna, nasce nel 2003, in seguito alla distribuzione di un questionario sulla percezione di salute e qualità della vita che l'AUSL ha voluto proporre ai cittadini, per poter rilevare quelli che sono i bisogni e le necessità riguardanti il benessere della comunità locale. I risultati hanno riscontrato il bisogno

della popolazione di poter affrontare i temi riguardanti la salute in un confronto tra pari, potendo contare sulle competenze relazionali della comunità locale.

É in questo modo che si è potuta avviare una collaborazione ed integrazione tra una realtà nuova e in progressivo aumento, ovvero i gruppi spontanei di Auto Mutuo Aiuto, e le istituzioni sanitarie e sociali già presenti nell'area metropolitana bolognese (si tratta di circa 50 comuni).

In questo progetto l'istituzione è al servizio dei gruppi AMA: consente il coordinamento e la diffusione in rete, promuove le occasioni di formazione e di crescita personale e culturale, incentiva la nascita di nuovi gruppi e favorisce il contatto e la collaborazione con le realtà istituzionali, sociali e culturali già presenti nel territorio. Vi è una stretta collaborazione tra le due parti, poiché le istituzioni considerano i gruppi come reti sociali pensate per produrre aiuto, sostegno e in grado di sviluppare reti sociali, mentre l'AMA fa ricorso alle istituzioni per la promozione e diffusione. Va detto, però, che ogni gruppo AMA è autonomo e non appartiene ad alcuna istituzione.

Un ruolo importante lo svolgono gli Amministratori Locali, ai quali compete il dovere di segnalare e far conoscere alla propria Comunità la presenza e la possibilità di poter usufruire di tali risorse, soddisfacendo il bisogno di condivisione del cittadino.

Attualmente, i gruppi che partecipano al progetto sono circa 90 e sono dislocati su tutto il territorio dell'Area Metropolitana di Bologna. Le tematiche a cui si lavora sono tante e differenti: disagio psichico, problematiche di dipendenza, deterioramento cognitivo, problematiche alimentari, problematiche di disabilità, malattia organica e lutto.

Questo progetto si avvale di un gruppo di coordinamento sia organizzativo che metodologico, che è composto sia da cittadini che partecipano ai gruppo AMA, sia da operatori aziendali ed enti locali, per un totale di circa 10 membri. Questo coordinamento si ritrova ogni tre settimane presso la sede AMA allo scopo di confrontarsi sulle linee guida da seguire per lo sviluppo e la diffusione del progetto. Le attività che propone sono:

- incontri ogni mese e mezzo in supporto ai membri del gruppo, su temi a libera scelta dei partecipanti, per potersi confrontare e condividere le esperienze e le problematiche comuni;
- due riunioni annuali di formazione per un confronto più allargato con altre reti AMA;
- corsi di formazione ed approfondimento indirizzati sia agli operatori dell'AUSL, agli enti locali e ai cittadini interessati per promuovere attività di Auto Mutuo Aiuto.;

- incontri con l'Università di Bologna, istituti secondari di secondo grado, enti locali, associazioni, per promuovere il contatto con le realtà civile e istituzionale del territorio bolognese;
- contatti e collaborazioni con Associazioni ed i Coordinamenti AMA di altre regioni e città, per una condivisione adeguata e un confronto produttivo;
- partecipazione al Coordinamento Nazionale della Realtà di Auto Mutuo Aiuto;
- diffusione di dépliant informativi, in cui i gruppi vengono divisi per aree tematiche, e il continuo aggiornamento del sito Web.

Concludendo, si può affermare che, se vengono attuate tutte queste iniziative, il progetto AMA può costituire una potenziale prezioso per la città di Bologna, poiché esso offre una chiave di risoluzione alternativa ai problemi che quotidianamente affliggono i cittadini.

1.5 A.A: Alcolisti Anonimi come modello di riferimento.

L'esperienza storica degli Alcolisti Anonimi (AA), detta anche dei “Dodici Passi”, merita sicuramente un'indagine approfondita poiché è un modello di riferimento per moltissime attività di Auto Mutuo Aiuto, in particolar modo negli ambiti che riguardano le dipendenze (disturbi del comportamento alimentare, dipendenze da gioco, dipendenza affettiva, tossicodipendenze).

Occorre in primo luogo darne una definizione: “A.A. Alcolisti Anonimi è un'associazione di uomini e donne di qualsiasi età, ceto, condizione, fede religiosa e ideali politici che, unendo le loro esperienze intendono risolvere il comune problema dell'alcolismo e aiutare gli altri alcolisti a raggiungere la sobrietà” (Statuto di A.A Italia, 2009, p.2). L'anonimato all'interno del gruppo è l'aspetto fondamentale con un intenso significato spirituale. È una modalità per far sentire i partecipanti al gruppo tutti uguali, non considerando la provenienza, la cultura, il passato, la situazione economica: tutti devono essere accettati allo stesso modo, nessuno deve essere escluso o posto a giudizio altrui. L'alcolista, quindi, mantiene l'anonimato all'interno del gruppo, non rilevando la propria identità, sentendosi alla pari con tutti i membri del gruppo.

La partecipazione è aperta unicamente a individui con problemi alcol-correlati. I principi guida a cui si affidano questi gruppi sono i Dodici Passi i quali, se vengono incorporati nel proprio stile di vita, inducono l'individuo a rifiutare l'alcol ed a riappropriarsi

della propria vita, tornando a essere attivo e felice. Mentre le Dodici Tradizioni degli Alcolisti Anonimi descrivono i mezzi attraverso cui il gruppo si comporta all'interno della società in cui è inserito, mantenendo un'unità. Di solito, il soggetto che ricorre al gruppo di Alcolisti Anonimi – per sua scelta personale o, più frequentemente, sotto l'influenza o il consiglio di familiare, psicologi, sacerdoti, medici, servizi sociali o amici – non ha la consapevolezza di essere un alcolista, ma si considera piuttosto un assiduo bevitore. Sono individui che si rendono conto che la propria relazione con l'alcol non è salutare e in molti casi hanno anche provato a smettere o a moderare la quantità, ma senza riuscirci. Il passaggio da un passo all'altro è consequenziale e ordinato: rappresentano un insieme di principi che, se utilizzati, permettono di eliminare l'ossessione di bere, attraverso la presa di coscienza della realtà e la crescita personale.

È un percorso non facile e neanche breve, ma permette un miglioramento interiore tale da consentire la rottura degli schemi precedentemente utilizzati che inducevano a bere in maniera esagerata. Quindi, più questi principi iniziano a far parte del proprio stile di vita, inferiori saranno i rischi di ricaduta.

È un cammino graduale ed individuale, ma si basa sulla condivisione dei propri vissuti, delle proprie esperienze, delle proprie emozioni e riflessioni all'interno del gruppo. La partecipazione è volontaria, senza nessuna tipologia di obbligo. Ognuno si deve sentire libero di parlare poiché in AA nessuno è sottoposto a giudizio. Negli incontri c'è un alcolista che svolge la funzione di segretario, che organizza e dirige gli interventi. Le uniche norme vigenti all'interno del gruppo sono: parlare uno alla volta, non interrompere gli altri e limitare il proprio tempo a disposizione, lasciando agli altri la possibilità di esprimersi.

È un percorso di crescita personale e spirituale che, come tale, non ha una fine, poiché più si procede lungo il cammino, più probabilità si hanno di migliorare. In questo percorso verso la guarigione, un ruolo importantissimo lo rivestono i familiari. L'armonia familiare è uno dei primi aspetti che viene colpito nel corso della malattia, ed è anche il più difficile da ripristinare. Inizialmente i familiari partecipavano agli stessi incontri degli alcolisti poi, intorno agli anni Quaranta, si iniziarono a costituire in maniera totalmente spontanea i primi gruppi formati da soli familiari che, con il passare degli anni, si moltiplicarono sino a sentire la necessità di organizzarsi in un'associazione autonoma: Al-Anon. Il programma adottato era molto conforme a quello degli Alcolisti Anonimi, ma specifico per le loro richieste.

Quindi Alcolisti Anonimi e Al-Anon hanno intrapreso strade differenti, per ovvie

ragioni: in primo luogo l'alcolista è dipendente da una sostanza, il familiare è dipendente da una situazione e da una persona; in secondo luogo, non è indispensabile e salutare responsabilizzare l'intera famiglia nel suo percorso di recupero.

Oltre ai gruppi di Al-Anon si sono costituiti nel tempo anche gruppi di adolescenti i cui genitori sono alcolisti, sotto il nome di Alateen. Qui, i giovani, hanno la possibilità di potersi confrontare e rendersi conto che loro non sono la causa della malattia dei loro genitori. Da questi incontri, i figli di alcolisti, hanno la possibilità di aumentare la propria autostima e di iniziare a pensare a se stessi, senza essere schiacciati dalla malattia del genitore.

Attualmente gli Alcolisti Anonimi sono presenti in più di 160 Paesi: si stimano più di 100.000 gruppi e milioni di alcolisti recuperati.

In Italia, invece, si stima la presenza di:

- 502 gruppi di Alcolisti Anonimi;
- 390 gruppi Al-Anon;
- 33 gruppi di Alateen.

I gruppi che si sono ispirati ai Dodici Passi sono svariati, tutti riguardanti gli ambiti delle dipendenze e sono presenti anche in Italia:

- Overaters Anonymus (OA): sono gruppi composti da persone con disturbi del comportamento alimentare.
- Narcotici Anonimi (NA): sono gruppi a cui partecipano, sempre volontariamente, persone dipendenti da sostanza psicoattive sia legali che illegali.
- Codipendenti Anonimi (Coda): gruppi rivolti a individui che mostrano difficoltà nelle relazioni interpersonali e che vivono i legami, in particolare quelli affettivi, come una fonte di malessere e sofferenza.
- Gamblers Anonimi (GA): gruppi che accolgono giocatori d'azzardo. Di recente, è nato anche il gruppo dei familiari dei giocatori patologici: i Gam-Anon. (Focardi et al., 2006).

1.6 Caratteristiche dei gruppi AMA

Sino a questo punto abbiamo descritto la nascita e la diffusione dei gruppi AMA sia nel quadro internazionale, sia nel quadro italiano. Adesso occorre definire quelle che sono le caratteristiche principali dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto. Secondo Cazzaniga & Noventa

(2010), la caratteristica fondamentale dei gruppi AMA è la focalizzazione della propria funzionalità attorno a processi specifici, si tratta cioè di saper sviluppare modalità dirette di comunicazione e di aiuto. Queste attività alternative di supporto sviluppano negli individui una forte creatività ed autonomia nella risoluzione dei propri problemi, al contrario delle risposte fornite dalle istituzioni ospedaliere. La capacità del gruppo di risolvere i problemi è nettamente maggiore dell'abilità del singolo individuo. La buona riuscita del gruppo è dovuta a un'ottima e dettagliata suddivisione di compiti specifici, e ad un'omogenea distribuzione di questi ultimi a tutti i membri del gruppo, aumentando così le possibilità di cura e riabilitazione dei membri stessi. Una volta ottenuti gli obiettivi prefissati, cioè quando è visibile un netto miglioramento psicologico e fisico, se ne prefiggono altri in modo tale da permettere che la catena di aiuto reciproco possa continuare. È quindi un cammino in continuo mutamento al quale non vi è mai un termine prefissato e vincolante.

I gruppi AMA organizzano il loro programma sia su scopi di tipo educativo, come ad esempio il raggiungimento della consapevolezza della propria malattia, sia su uno sviluppo della comunicazione tale da permettere l'acquisizione di strumenti utili ad affrontare il problema. Altresì, incentivano i momenti di condivisione emotiva e relazionale per un unico scopo: accrescere la capacità di comprendere le caratteristiche della situazione che si sta vivendo. Il principio fondamentale dei gruppi AMA è il *Principio dell'Helper*: aiutare gli altri per aiutare se stessi e il gruppo. Poiché tutti adottano questo principio, tutti beneficiano dell'aiuto degli altri, anche se in tempi differenti. “Questo processo, non realizzabile dai professionisti o dai volontari, aumenta il senso dell'autocontrollo e dell'autovalutazione delle proprie capacità e potenzialità positive, ottenendo tra gli effetti un aumento dell'autostima” (Cazzaniga & Noventa, 2010, p.21).

È quindi una procedura che per funzionare bene ha bisogno in primis di educare e informare i membri del gruppo, rendendoli responsabili nei confronti degli altri partecipanti, coscienti rispetto alle potenzialità positive di ciascuno ed acquistando progressivamente autostima.

Attraverso questi passaggi, è possibile ottenere gli obiettivi prefissati dai gruppi AMA.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Sviluppo di una modalità coerente di vedere se stessi, il mondo e il proprio posto in esso. 2. Aiutare i membri ad imparare nuovi e più gratificanti modelli comportamentali. 3. Aiutare i membri ad esprimere i propri sentimenti. 4. Rafforzare l'immagine di sé e delle proprie capacità. 5. Aiutare i membri a raggiungere una certa padronanza di sé e dell'ambiente attraverso la scoperta delle proprie abilità e l'uso di competenze di ciascuno. 6. Aumentare le capacità individuali di affrontare i problemi attraverso la partecipazione a compiti e attività di gruppo di impegno graduale. 7. Testimoniare nella Comunità la propria esperienza a stimolo di chi potrebbe beneficiare del confronto.

Tabella 4: Obiettivi di un gruppo AMA. (Noventa, et al., 1990, modificata)

Cazzaniga & Noventa (2010) sottolineano anche l'importanza dello *sharing*, ossia l'attività di condividere. Essa si scompone in due termini:

- *destrutturazione*: consiste nel concentrarsi sul problema (alcol, adozione, lutto, ecc..). Il lavoro del gruppo serve a capire qual è la difficoltà reale che affligge ogni individuo, esponendolo e condividendo la propria esperienza con gli altri membri del gruppo. Successivamente si passa alla de-stigmatizzazione, cioè si tenta di eliminare la percezione del giudizio sociale dei membri nei loro confronti;
- *ristrutturazione o costruzione*: è un insieme di processi il cui scopo ultimo è la creazione di una nuova identità che possa soddisfare tutte le aspettative dell'utente. È una costruzione che può avvenire solo attraverso la presenza degli altri membri del gruppo.

L'esistenza di un progetto di lavoro consente, ad ogni singolo partecipante al gruppo, di indirizzare le proprie energie verso delle specifiche mansioni, mettendosi costantemente alla prova ed esercitando le proprie capacità sia relazionali che pratiche. In questi gruppi si impara facendo: “questo principio molto semplice consiste nel concretizzare degli impegni nei confronti degli altri, rendendosi in grado di dimostrare a se stessi che si può efficacemente affrontare i problemi ed essere una persona che ha qualcosa da offrire e da dare” (Cazzaniga, Noventa, 2010, p. 23).

Killilea (1976) afferma e sostiene che ci sono delle caratteristiche che differenziano i gruppi di *self help* dalle altre aggregazioni, si faccia riferimento a: l'aiuto, il sostegno reciproco, il vissuto comune degli individui appartenenti al gruppo, il principio dell'*helper*, le azioni finalizzate a scopi condivisi e il credo collettivo.

Possiamo, a questo punto, delineare quelli che sono le parole chiavi dei gruppi AMA: attivazione, reciprocità, condivisione (Bertoldi & Vanzetta, 2002).

Gli stessi autori (Bertoldi & Vanzetta, 2002) hanno delineato quelli che sono i valori nei gruppi AMA:

- *Rispetto*: parte dal riconoscimento del vissuto individuale di ogni partecipante al gruppo, che viene condiviso e messo a confronto. Il rispetto consiste anche nel saper ascoltare e nel comprendere che l'esperienza dell'*altro* ha un valore. Ascoltare l'altro vuol dire accoglierlo e riconoscerlo. È anche una forma di legame, cioè è una modalità relazionale che si crea con fatica e costanza nel tempo, ma che allo stesso tempo, una volta raggiunta, ha bisogno di continue conferme e verifiche. Quindi il primo passo per la costruzione del rispetto è accettare la pluralità di esperienze con cui si viene a contatto.
- *Fiducia*: si acquisisce nel momento in cui l'interlocutore che racconta il suo vissuto si sente accettato, non criticato e non giudicato in modo improprio. Una volta superato questo ostacolo, la comunicazione diventa sempre più dettagliata e aperta, svelando nuovi e importanti aspetti che prima erano poco considerati. La fiducia spiana il terreno a quelle che sono le azioni di aiuto. Nel gruppo AMA esiste anche la regola del segreto, con la quale si esplicita che ciò che viene detto nel gruppo non sarà portato all'esterno o riferito ad estranei al gruppo.
- *Legame*: è una conseguenza di una relazione in cui si dà e si riceve rispetto e fiducia. È un meccanismo quasi automatico con il quale ci si lega alle persone di cui ci si fida e da cui si riceve il rispetto per ciò che si esprime. Il legame è l'interdipendenza fra gli individui del gruppo. In questo contesto di aiuto reciproco si creano dei legami significativi per moltissime persone, che permettono di fronteggiare i propri problemi con una spinta in più: poter contare sull'*altro*.

Qui sintetizzeremo anche quelle che sono le caratteristiche strutturali del gruppo (Cazzaniga, Noventa, 2010):

1. *Origine spontanea*: come già detto, la creazione di un gruppo AMA deve nascere dall'iniziativa dei cittadini che si riuniscono per poter affrontare una difficoltà comune.
2. *Volontarietà*: l'adesione al gruppo è volontaria. Nessuno deve sentirsi obbligato a partecipare né tanto meno nessuno deve obbligare qualcuno a partecipare. È una scelta completamente autonoma che ha dei benefici, tra cui il più importante è l'acquisizione della consapevolezza delle proprie capacità di scelta.
3. *Piccoli gruppi*: i gruppi AMA sono composti da un minimo di 3/4 persone ad un

massimo di 10, perché un numero ristretto di membri favorisce l'interazione tra i soggetti, la dichiarazione dei propri sentimenti e la crescita di quelli che sono i valori prima citati (rispetto, fiducia e legame).

4. Esistono diverse tipologie di gruppo:
 - *Gruppi per Problema*: sono i più diffusi. Per problema si considera una malattia o un disagio che sia comunemente ritenuto tale oppure che sia scientificamente provato (tabagismo, dipendenze affettive, molestie sessuali, pizzo, ecc...).
 - *Gruppi per Difficoltà*: costituiscono una parte minore dei gruppi AMA. Quando parliamo di difficoltà, ci rivolgiamo a un'esperienza della vita che mette in discussione il modo dello stare al mondo (separazione, lutto, crisi di coppia, ecc...).
 - *Gruppi per Esperienza*: sono pochi e includono membri che condividono alcune esperienze che non rientrano nella categoria né problema né difficoltà, ad esempio: prime gravidanze, essere genitori di adolescenti, essere figli di anziani, ecc...
5. *Parità*: i membri dei gruppi AMA sono alla pari e, ciò che li rende tali, è il fatto di aver trascorso, seppur in modo diverso, la stessa esperienza.
6. *Hanno bisogni e obiettivi comuni*: ogni individuo che partecipa ad un gruppo AMA, ha in comune, con gli altri partecipanti, i bisogni e gli obiettivi di aiuto tipici per quella difficoltà, quel problema o quell'esperienza.
7. *Esperienze = Competenza*: ogni persona che partecipa a questi gruppi di Auto Mutuo Aiuto porta con sé la sua migliore competenza che è l'esperienza, sino a diventare testimoni esperti e ad applicare il principio della *helper therapy* (aiutare aiuta).
8. *L'interazione 'faccia a faccia'*: è una comunicazione di tipo orizzontale e circolare in cui ogni singolo partecipante è libero di esprimere la propria opinione ed il proprio pensiero. Ognuno deve esprimersi in prima persona singolare, evitando di parlare in termini generali e astratti.
9. *Orientamento all'azione*: sono gruppi indirizzati all'agire, poiché gli incontri sono indirizzati al cambiamento. Si tratta di azioni semplici (una gita, un film, una telefonata, ecc...) o complesse (lavori extra-gruppo), ma tutte sono azioni di gruppo, che coinvolgono tutti i partecipanti.
10. *Aiutare è una norma di gruppo*: questa è l'unica norma enunciata e condivisa dal gruppo. Ogni membro con la propria esperienza, il proprio vissuto e la condivisione con gli altri, aiuta implicitamente tutti i partecipanti al gruppo stesso.

11. *Il potere e la leadership è su base pari*: qualsiasi decisione o variazione viene discussa democraticamente all'interno del gruppo.
12. *Responsabilità*: quando si parla di responsabilità si intende quella personale poiché nei gruppi di Auto Mutuo Aiuto nessuno è responsabile di qualcun altro. Ognuno è responsabile di se stesso, di quello che è e di quello che diventerà.
13. *Accessibilità*: i gruppi AMA sono aperti, accessibili a tutti, non ci sono filtri né selezioni di nessun genere. L'unica qualità richiesta per potervi partecipare è quella di condividere lo stesso problema/difficoltà/esperienza del gruppo con il quale si vuole venire a contatto.
14. *Gratuità*: per poter frequentare ai gruppi AMA non c'è bisogno né di quota di iscrizione né partecipazione, si accede gratuitamente a qualsiasi gruppo.
15. *Dimensione spirituale*: “rappresenta la sacralità dell'incontro. Costituisce quella dimensione che si raggiunge nella relazione in gruppo, scandita dal rituale dell'incontro del gruppo, dove le persone si dispongono a narrare ed ascoltare l'esperienza propria ed altrui. Il risultato dell'incontro di gruppo è sempre maggiore della somma delle sue parti”. (Cazzaniga, Noventa, 2010, p. 34)

1.7 Il ruolo del facilitatore

Quello che fino ad adesso non abbiamo preso in considerazione è l'importante ruolo del facilitatore. Prima di descriverne la funzione, occorre dare una definizione: “il facilitatore è un membro del gruppo che si fa garante delle condizioni necessarie allo sviluppo dello stile AMA: rispetto e non giudizio, comunicazione autentica, condivisione dell'esperienza e delle risorse, clima accogliente, sviluppo della solidarietà, partecipazione attiva alla vita del gruppo data dal senso di appartenenza” (CAMAP, 2012, p.7).

Ogni facilitatore ha le proprie caratteristiche, che si adattano al gruppo di cui fa parte. Il suo ruolo non è quello di dirigere o condurre in modo arbitrario e rigido l'incontro, egli si limita a suggerire quelle che sono le strategie migliori per poter arrivare a una soluzione condivisa da tutti. La sua presenza e il suo intervento permettono il raggiungimento di una completa armonia tra i membri del gruppo, la quale permette di poter lavorare in maniera ottimale.

I facilitatori, professionisti o volontari che siano, possono agire sia per stimolare i partecipanti al gruppo a parlare o ad esprimere il loro disagio, sia in funzione di catalizzatori

del gruppo stesso. Nello specifico dovrebbero:

- incoraggiare il lavoro di gruppo per aumentare l'identificazione reciproca;
- far sentire i membri liberi di raccontare, proteggendo così l'individualità di ognuno;
- far capire ad ogni iscritto che la partecipazione al gruppo di Auto Mutuo Aiuto è un'esperienza gratificante;
- definire e raccontare loro, la propria funzione, la propria finalità e gli obiettivi che si vogliono perseguire;
- consolidare quelle che sono le poche norme vigenti all'interno del gruppo per poter raggiungere al meglio tutti i traguardi prefissati (presenza costante, prestare la stessa attenzione a tutti, tollerare la diversità altrui, comunicare in modo efficace);
- incoraggiare i membri a pianificare la valutazione dei compiti che si prefiggono;
- accettare ogni risultato positivo;
- potenziare nei membri la percezione delle loro capacità.

Il facilitatore può essere di due tipi: interno al gruppo, ossia un individuo che condivide lo stesso problema con tutti gli altri membri e decide volontariamente di diventare responsabile del gruppo (*facilitatore naturale*); oppure può essere esterno, ovvero una persona che per svariati e personali motivi decide di avviare un gruppo AMA (*facilitatore starter*), il quale può essere o un operatore istituzionale oppure una persona che per scelta individuale decide di svolgere questo importante compito.

Chiunque decida di far parte di un gruppo AMA, anche come facilitatore, deve sapere ed essere consapevole che metterà in discussione la propria persona, poiché si partecipa a un percorso di crescita e maturazione personale.

Per meritarsi l'incarico di facilitatore bisogna possedere alcune qualità particolari, ad esempio: essere empatici, avere capacità di ascolto, essere in grado di comunicare in modo efficiente e a tutti, essere in grado di offrire informazioni utili, sapere stimolare i membri a raccontarsi, garantire la riservatezza, aver fiducia in se stesso, nei membri e quindi nel gruppo stesso. Si tratta di una serie di caratteristiche che, se messe insieme, permettono il raggiungimento degli obiettivi e la crescita personale di ogni singolo membro, poiché ogni individuo può trarre dei benefici dall'incontro con gli altri.

Ovviamente, per poter ricoprire questo importante ruolo, bisogna partecipare a un corso di formazione che miri a sviluppare e a consolidare tutte le caratteristiche sopra elencate (e non solo).

Un altro strumento a cui i facilitatori ricorrono sono degli incontri di riflessione e confronto. Essi costituiscono dei veri e propri gruppi AMA, con le medesime caratteristiche, nei quale si discute il tema “essere facilitatore”.

Pertanto “il supervisore AMA può avere delle competenze professionali adatte – quali: conoscenza e gestione delle dinamiche di gruppo, gestione dei conflitti, lavoro di rete, lavoro i comunità, ecc. - ma non può essere esente dall'esperienza AMA e dell'approfondimento dei suoi nodi tematici e delle sue necessità” (CAMAP, 2012, p.12)

1.8 Conclusioni

Concludendo si può affermare che l'AMA, nei suoi limiti e nelle sue possibilità, cerca di venire incontro a quelle che sono le situazioni di disagio, ai problemi o alle esperienze che affliggono gli individui di cui si occupa, utilizzando una strategia di recupero delle relazioni umane.

La metodologia usata dai gruppi AMA è essenziale ma allo stesso tempo funzionale, poiché si concentra su quello che è il problema, tralasciando e trascurando il *background* di ogni individuo. Vuol dire dare alle persone la speranza di poter cambiare, ovviamente in meglio, le proprie condizioni di vita, contando sulle proprie capacità e sulle potenzialità del gruppo.

I gruppi di Auto Mutuo Aiuto costituiscono una risorsa fondamentale nel panorama delle reti del sostegno sociale. Hanno infatti svolto un ruolo pionieristico per la scoperta di nuovi bisogni, di nuove possibilità e di nuove strategie per offrire aiuto (Donati, 1984).

Lentamente l'Auto Mutuo Aiuto sta conquistando sempre più importanza all'interno della realtà socio-sanitaria. Molte patologie o stati personali di disagio, prima di essere prese in carico dal personale sanitario di competenza, vengono analizzate dai gruppi AMA, facendo leva su quelle che sono le motivazioni, gli interessi e le esperienze della persona stessa.

Possiamo quindi affermare che i gruppi AMA danno agli individui la facoltà di poter prestare attenzione ai loro corpi, alle loro menti, ai loro comportamenti, ma nello stesso tempo, possono aiutare gli altri a fare la stessa cosa (Bertoldi, Vanzetta, 2002).

CAPITOLO 2

UN ESEMPIO DI GRUPPO DI AUTO MUTUO AIUTO: GLI UDITORI DI VOCI

2.1 Una definizione di allucinazioni uditive

Prima di parlare del gruppo di Auto Mutuo Aiuto per uditori di voci, è indispensabile innanzitutto definire cosa sono le allucinazioni uditive, ossia ciò di cui questo gruppo si occupa.

Quando si parla di allucinazione, ci si riferisce a una "percezione di qualcosa che non esiste e che viene creduto reale" (Jervis, 1997, p. 230). In particolare, nel caso della allucinazione uditive "il soggetto può essere perfettamente lucido e vigile: egli sembra percepire il mondo ambiente in modo normale salvo per il fatto che sente voci o suoni inesistenti" (Jervis, 1997, p. 231).

Le allucinazione uditive possono avere diverse forme: *elementari*, come ad esempio fischi, rumori oppure melodie; *complesse*, in questo caso parliamo di "voci" cioè allucinazioni verbali uditive (AVU).

Le voci si possono presentare in diversi modi: possono prendere le sembianze di critiche, rimproveri, giudizi, ordini, richieste, preoccupazioni, domande, raramente hanno una connotazione positiva. Possono presentarsi di continuo, tutti i giorni, oppure manifestarsi saltuariamente. Varia anche l'intensità con cui esse vengono percepite: possono essere appena avvertite oppure possono avere un volume elevato. La voce può appartenere a uno sconosciuto, a un parente, a un amico, ad un amante, può essere la voce della televisione, di una radio, di un macchina, insomma, può assumere svariate forme (Cardella, 2012). Le voci possono anche essere avvertite in modi diversificati, e ciò dipende:

- dalla loro *natura*: percepite nella mente (parole, pensieri di altri comunicati in modo telepatico), nel corpo (sensazioni fisiche, presenza di altre persone), con le orecchie (attraverso le parole) e anche con gli altri sensi;
- dalla loro *origine*: una voce può essere interna o esterna a sé;
- dai *contenuti* e dalle *caratteristiche*: può cambiare la qualità, la loro identità, cosa dicono, come parlano al soggetto o addirittura come comunicano tra di loro.

Chi sente le voci, la maggior parte delle volte è convinto di poter parlare con una

persona cara defunta, o un angelo custode, oppure commenta in terza persona le proprie azioni, altri addirittura si sentono chiamare per nome. Secondo Romme ed Escher (1977), essere un “uditore di voce” è un modo diverso di sentire e vivere il mondo attorno a sé.

2.2 Chi è l'uditore di voce? Il cambiamento nella storia

Sin dall'antichità si hanno testimonianze di allucinazioni uditive ma, naturalmente, essendo cambiato il contesto sociale e culturale in cui esse si manifestano, si è modificato anche il significato che si attribuisce loro.

Per molti secoli si è ritenuto che coloro che sentivano le voci, erano in possesso di un dono divino: ad esempio, Gesù e Maometto si sono fatti guidare dalle loro voci poiché prescelti da Dio. Anche nella cultura egizia si credeva che ascoltare le voci dei defunti e degli dèi fosse un'esperienza normale e consueta. Successivamente, con il diffondersi della dottrina della Chiesa, chi era in grado o costretto a sentire le voci, fu condannato perché ritenuto posseduto dal demonio, frutto di stregoneria oppure si pensava fosse sinonimo di manifestazione eretica. Al contrario, alcuni martiri e santi sono stati ritenuti tali proprio perché possedevano questa capacità, come ad esempio: Giovanna d'Arco, San Paolo, San Francesco, Giordano Bruno e Madre Teresa di Calcutta.

In seguito susseguirono altre spiegazioni a questo fenomeno, ad esempio Jung sostenne la presenza di un *inconscio collettivo*, affermando che sentire le voci fosse un modo per mettersi in contatto con il mondo inconscio e spirituale che tutti condividono; anche lo stesso Freud era certo che durante l'analisi ci fossero dei fenomeni di telepatia tra analista e paziente.

Da questi esempi si deduce che, quando si parla di uditori di voci, bisogna considerare il contesto a cui si fa riferimento: epoca, cultura e valori. Sicuramente il concetto di *voce* è cambiato nel corso dei secoli: studi, ricerche, nuove scoperte, hanno permesso di arrivare a quello che è il concetto attuale di uditori di voci. Ad oggi ci sono due spiegazioni possibili:

- *psicologiche*: reputano le voci come un prodotto interno all'individuo. Per la psichiatria classica le voci sono una delle più diffuse manifestazioni di disfunzioni gravi, tra le principali schizofrenia, depressione maggiore, epilessia, disturbi di personalità, ecc... E' una spiegazione che non tiene conto né dei contenuti né dei significati delle voci, ma si interessa solo della condizione psicopatologica di cui il soggetto è affetto;

- *non psicologiche*: si tratta di spiegare le voci secondo un'ottica religiosa, spirituale o paranormale, arrivando alla deduzione che esse siano esterne all'individuo e che solo in pochi siano in grado di poterle udire.

2.3 Il movimento degli Uditori di voci. L'esperienza di Marius Romme e la diffusione in Olanda e nel Regno Unito.

Il movimento degli Uditori di voci deve la sua nascita a Marius Romme, insegnante di psichiatria dall'Università di Maastricht dal 1974 al 1999, ed a Sandra Escher, giornalista scientifica e collaboratrice con l'Università di Birmingham, che si occupa da molti anni di salute mentale, in particolar modo dell'esperienza di udire le voci.

Nelle prime pagine di *Accettare le voci* (1993, trad. it. 1997), Romme racconta quella che fu la circostanza che permise loro la creazione del movimento degli Uditori di voci. Lo psichiatra narra di una sua paziente, Pasty Hage, affetta da schizofrenia e che, nonostante la cura a base di neurolettici, era continuamente tormentata da voci che le causavano ansia e angoscia. La stessa donna, in seguito alla lettura di un libro di Julian Jaynes, *L'origine della coscienza e il crollo della mente bicamerale* (1976, trad. it. 2002), cambiò la sua concezione di voci e il suo conseguente comportamento rispetto ad esse. In questo libro l'autore sostiene che, prima dell'avvento della psichiatria, sentire le voci fosse un fenomeno comune e diffuso. Motivo per il quale egli fa riferimento alle antiche teocrazie mesopotamiche, egiziane ed ebraiche che si basavano sull'autorità di una voce divina, che parlava e comunicava attraverso i sacerdoti e i profeti; oppure al caso greco in cui la *trance* oracolare era un'istituzione diffusa e oggetto di venerazione. Successivamente, nel Medioevo, si pensava che le voci potessero essere una caratteristica dei santi (ad esempio Giovanna d'Arco) o a volte del demonio, ma non si trattava certo di follia. Anche personaggi di un certo spessore letterario hanno vissuto questa esperienza, parliamo di autori come Pitagora, Socrate, Pascal e Galileo. Ne abbiamo testimonianza anche nella nostra religione occidentale, che crede nella presenza di una forza superiore che si manifesta attraverso la voce di Dio. Jaynes, quindi, sostiene che l'esperienza di sentire le voci, un tempo, era una pratica comune e diffusa.

Lo stesso autore afferma con fermezza che il fenomeno di sentire le voci possa essere una funzione di aree del cervello che oggi sono inutilizzate. Nell'uditore di voci, in presenza di alcuni particolari fattori fisiologici, psicologici e personali, si riattiva quella che lui

definisce *mente bicamerale*: nell'emisfero destro si sviluppano le voci, ma lo sviluppo di quello sinistro e del linguaggio ha comportato la nascita della coscienza, quindi la repressione delle voci e il conseguente crollo del funzionamento bicamerale.

Ritornando a Pasty Hage, Romme ricorda come, per la propria paziente, poter dare alle proprie voci un'origine remota ma allo stesso nobile, le fu di gran conforto. Da questa esperienza, Romme iniziò a chiedersi se questa donna potesse essere in grado di poter comunicare ad altri la propria esperienza e il proprio convincimento e se, chi l'avesse ascoltata, avrebbe potuto trarre beneficio dai suoi racconti.

A questo proposito Romme iniziò ad organizzare qualche incontro, sia individuale che collettivo, con altre persone che udivano le voci. Lo psichiatra rimase colpito nell'ascoltare le conversazioni dei partecipanti, soprattutto fu sorpreso dalla vivacità con cui questi soggetti mostravano di saper riconoscere le loro reciproche esperienze. Inizialmente, poter seguire e trovare una connessione causale ai loro ragionamenti, era pressoché improbabile poiché i contenuti erano fuori dall'ordinario e la discussione era libera, senza nessun tipo di logicità.

A queste prime esperienze si susseguirono altri colloqui e la partecipazione ad un popolare programma olandese ne permise la diffusione immediata. Alla trasmissione televisiva parteciparono Romme e Pasty Hage, i quali incentivarono gli spettatori che vivevano o avevano vissuto questa esperienza, a mettersi in contatto con loro. A questo appello risposero ben 700 persone, di cui 450 erano uditori di voci (300 dei quali incapaci di affrontarle, i restanti 150 avevano trovato una strategia per poterci convivere).

Romme scelse di mandare un questionario a coloro che avevano risposto all'appello televisivo, per poter raccogliere maggiori informazioni: a che età sentirono le voci per la prima volta, come venivano fronteggiate, il numero, l'entità delle voci e il controllo su di esse. Ciò che interessava particolarmente a Romme era la distinzione tra chi era riuscito a fronteggiarle e chi no e, a seguito di queste informazioni, creò due gruppi. Per di più, questi questionari permisero anche di evidenziare le differenze tra chi era stato paziente psichiatrico e chi no. Vennero fatti numerosi confronti tra i due gruppi, che portarono Romme e i suoi collaboratori a una conclusione: “il vantaggio decisivo di cui godono coloro che riescono ad affrontare le loro voci consiste nella loro maggiore forza, sia nei confronti delle voci stesse, che del loro ambiente, nonché nello sperimentare questo ambiente in maniera più favorevole, come un sostegno anziché una minaccia. Possiamo pertanto considerare l'udire voci non come un'esperienza psicologica unicamente individuale e separata, bensì come un fenomeno

interattivo, che riflette la natura della relazione dell'individuo con il suo proprio ambiente. In altre parole, non si tratta solo di un fenomeno psicologico, ma anche di un fenomeno sociale.” (Romme & Escher, 1993, trad. it. 1997, p.13).

In seguito, ad alcuni dei partecipanti a questa inchiesta, venne chiesto di prendere parte ad un'intervista discorsiva. Tra questi Romme ne scelse venti e chiese loro di raccontare la propria esperienza in una conferenza. Successivamente lo studioso organizzò anche dei lavori in piccoli gruppi, i quali furono gestiti da membri del dipartimento di psichiatria nel ruolo di facilitatori. Da queste testimonianze e narrazioni, lo psichiatra individuò nell'esperienza delle voci tre fasi: la fase della sorpresa, la fase dell'organizzazione e la fase di stabilizzazione.

La prima fase – *fase della sorpresa* - descrive l'inizio dell'esperienza dell'udire le voci. È un'esperienza improvvisa, che causa ansia e generalmente viene ricordata come un momento preciso, un ricordo nitido. Molti dei partecipanti affermarono che le loro voci furono le conseguenze di traumi o avvenimenti dolorosi. Dalle testimonianze emerse che queste voci si possono manifestare in due modi: possono essere positive, cioè fonte di sostegno e avvertite come un aspetto comprensibile del sé interiore; oppure negative, ossia fonte di aggressività e percepite come un prodotto esterno a sé, e quindi non generate dal proprio interno. Solo coloro che furono capaci di accettare le proprie voci riuscirono ad adottare delle efficaci strategie di fronteggiamento, incluse nella seconda fase - *fase dell'organizzazione* - . Emerse che le tecniche maggiormente utilizzate erano: ignorare le voci, ascoltarle selettivamente, avviare volontariamente un dialogo con loro e stabilire accordi precisi con esse. Uno dei metodi più proficui era quello di selezionare le voci positive, ascoltarle e dialogare con loro, nel tentativo di capirle, decidendo così quali siano quelle negative da ignorare. Nell'ultima fase - *fase di stabilizzazione* - coloro che hanno imparato a gestire le voci, trovano un equilibrio con esse e le considerano come parti integranti della loro vita. Durante questa fase il soggetto può scegliere se assecondare ciò che le voci gli impongono oppure seguire le proprie idee, e può dire “odo voci e sono contento di udirle” (Romme & Escher, 1993, trad. it. 1997, p.21).

In seguito Romme e Escher parteciparono ad una conferenza tenutasi a Triste dal titolo “*La questione della psichiatria*”, sostenuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella quale incontrarono Paul Baker già attivo nella ricerca e nella promozione di soluzioni non mediche ai problemi di salute mentale. In un secondo tempo, essi parteciparono anche alla conferenza di Maastricht intitolata “*Persone che odono voci*”, organizzata da Resonance

Foundation (un'organizzazione di auto-aiuto di uditori di voci) e dal Dipartimento di Psichiatria Sociale dell'Università di Limburg. In questa sede, Baker fu sorpreso dall'approccio e dell'importanza dell'alleanza che si era creata tra gli Uditori di voci e i professionisti. Romme, approfittando dell'occasione, invitò a fare lo stesso in Inghilterra: “in ogni paese devono essere costituiti dei gruppi nei quali la gente possa parlare insieme dell'udire voci (...) gruppi di persone con la stessa esperienza finiscono per cambiare atteggiamento. (...) In America e in Inghilterra, al momento, gli psichiatri si comportano come genitori. Il mio obiettivo non è cambiare la psichiatria o cambiare i genitori, ma offrire agli uditori di voci un'organizzazione attraverso la quale emanciparsi”. (Romme & Escher, 1993, trad. it. 1997, p. 31).

Questo incontro permise la promozione e la diffusione del movimento degli uditori di voci. In Inghilterra fu proprio Baker ad occuparsene, diffondendo i primi gruppi di Auto Mutuo Aiuto, ma ben presto si diffusero anche in molti paesi europei, tra cui anche in Italia.

Nello stesso periodo fu fondato anche *Intervoice (The International Network for Training, Education and Research into Hearing voices)*, un network internazionale per uditori di voci che permette la coordinazione e l'organizzazione delle numerose iniziative presenti sul tema.

Se da un lato le voci vengono valorizzate e viene dato loro un significato profondo, dall'altra parte la psichiatria configura questa esperienza come una manifestazione di schizofrenia. Questa etichetta così discriminante viene difatti contrastata da Romme che, con un articolo su *Intervoice* nel 2007, illustra e dichiara le sue motivazioni alla base della campagna per l'abolizione del termine schizofrenia tra i pazienti che odono le voci. Egli sostiene con fermezza e rigore che non ci sono prove scientifiche, né tanto meno test fisici e psicologici tali da dimostrare l'esistenza della schizofrenia, nonostante in ambito psichiatrico sia considerata una malattia accertata.

Bisogna sottolineare che, alla base del movimento Uditori di voci, non c'è la negazione dell'esistenza della malattia mentale, al contrario dei movimenti antipsichiatrici i quali, difatti, non concepiscono l'esistenza della malattia mentale. Romme sostiene che le persone che soffrono di malattia mentale esistono, ma la schizofrenia non è da considerarsi tale. A tale proposito si domanda su cosa sia in realtà la schizofrenia.

In una sua ricerca Romme, in collaborazione con alcuni suoi colleghi, prende come campione soggetti che sentono voci, e arriva alla conclusione che per il 77 per cento di essi, a

cui era stata precedentemente diagnostica schizofrenia, le voci sono causa di un'esperienza traumatica (ad esempio: abuso sessuale, atti di violenza durante il matrimonio, ecc...). Questi traumi, tendenzialmente rimossi, sono la causa della presenza di voci, ma solo nel momento in cui vengono in contatto con altre esperienze con le quali si scontrano o sono in contrasto.

Romme afferma che “i sintomi della schizofrenia non sono da considerarsi come il risultato di una mente malata. Il quadro della malattia è composto da sintomi primari che sono delle reazioni alle esperienze traumatiche che conducono ad una vulnerabilità psicologica, che include una seria difficoltà nella gestione delle emozioni”. (Cordano & Lepori, 2012, p.27) Questa vulnerabilità viene affrontata e gestita attraverso le voci. È una sorta di reazione secondaria che si manifesta poiché si è incapaci di gestire i sintomi primari.

Ciò che rimprovera Romme alla psichiatria tradizionale è la superficialità con cui ignora questi sintomi primari, cioè i traumi che il soggetto in questione ha vissuto nel corso della sua vita e che lo hanno portato in questa condizione di disagio. Se gli psichiatri non trascurassero queste esperienze traumatiche, sarebbero in grado di comprendere le conseguenze emozionali e i problemi che persistono nelle persone. I metodi che gli psichiatri mettono in atto non considerano le emozioni dei pazienti e non danno loro la possibilità di imparare a gestirle e a convivere serenamente. Essi costringono i pazienti a rimanere tali nel tempo e diventare cronici, prendendo le sembianze di una profezia che si auto-adempie.

Lo stesso autore sottolinea un altro aspetto: l'esistenza di persone che, pur sentendo le voci, non si rivolgono al sistema psichiatrico e al contrario hanno imparato a convivere quotidianamente. Inoltre in alcuni studi, è stato dimostrato che il 4 per cento della popolazione generale sente le voci. Ovviamente questo induce a pensare che il sentire le voci non sia da considerarsi come una malattia o un sintomo, ma piuttosto come una sofferenza. Nello specifico, una persona non si ammala perché sente le voci, ma piuttosto soffre perché non sa come affrontarle e gestirle. È quindi fondamentale aiutare le persone ad accettare e ad affrontare le proprie voci e i problemi che ne derivano.

A questo punto diviene chiara la posizione di Romme: fin quando si porrà l'attenzione sulla schizofrenia come malattia, non si sarà mai in grado di aiutare le persone che fanno esperienza di questi sintomi a risolvere il loro disagio.

“Il movimento degli Uditori di voci ha visto che coloro i quali si adattano alle cure del sistema psichiatrico e alle 'etichette' che esso fornisce, sembrano meno propensi a intraprendere la strada della guarigione rispetto a coloro che mostrano minor *compliance*,

coloro cioè che contestano la diagnosi e i trattamenti” (Cardano & Lepori, 2012, pp. 28).

I fautori del movimento degli Uditori di voci sono convinti che, chi ha fatto esperienza di voci, possa usare la propria esperienza sia con gli operatori che con gli altri pazienti, allo scopo di poter iniziare a parlare di questi argomenti e ascoltare ciò che è la loro esperienza. Si tratta di uno scambio di informazioni, emozioni, sensazioni, al fine di alleviare quelle che sono le tensioni e i malesseri causati dalla presenza di voci. Chi si pone in questa condizione di aiuto dovrebbe essere in grado di considerare quali aspetti della propria vita passata possano essere utili agli altri.

Dunque, secondo i promotori del movimento degli Uditori di voci, la schizofrenia come malattia non esiste e lo stesso concetto schizofrenia è dannoso perché falsifica quelli che in realtà sono i problemi sociali ed emozionali rendendo impossibile alleviare i disturbi.

2.4 Il movimento degli Uditori di voci in Italia

La progressiva diffusione dei gruppi di Uditori di voci in Olanda e nel Regno Unito, grazie alle imprese di Marius Romme, ha influenzato notevolmente il panorama europeo, sino ad arrivare in Italia. Sono nati così i primi gruppi di uditori italiani, alcuni all'interno dei servizi psichiatrici, gestiti e guidati dai *professional*, altri all'esterno dei servizi, autogestiti da utenti e/o ex utenti psichiatrici. Si tratta però di una diffusione modesta e non sempre si parla di gruppi che durano a lungo, anche se negli ultimi anni il numero ha subito un incremento.

Una delle peculiarità che caratterizza i gruppi italiani è che gli operatori hanno un ruolo importante: innanzitutto fanno da tramite tra l'utente e il servizio psichiatrico e, in secondo luogo, possono riportare i risultati in modo da poter favorire la diffusione di 'buone prassi'.

I gruppi in Italia si differenziano da quelli olandesi e inglesi per la loro posizione nei confronti del sistema psichiatrico tradizionale: il movimento italiano è meno aggressivo verso le politiche e gli interventi proposti dal servizio psichiatrico. Si pensa che questa presa di posizione sia dovuta alla formazione dei *professional*: coloro che ricoprono questo ruolo si sono formati e hanno sviluppato i propri ideali già in contesti di salute mentale. Infatti il movimento italiano sostiene che le voci siano un dono prezioso col quale interagire, ma allo stesso tempo, ritiene che nel processo di *recovery* anche i farmaci siano importanti, così come fondamentale è il ruolo dei professionisti interni al gruppo. Questa è una delle caratteristiche principali che li distingue dagli altri gruppi europei, in cui la critica alla psichiatria

tradizionale è radicale e si cerca di depatologizzare quella che è considerata una differenza, non etichettandola come una malattia, ma piuttosto come un altro modo di essere-nel-mondo.

La regola fondamentale su cui si è costruita l'impalcatura del gruppo è la non intenzionalità terapeutica: nessuno deve aspettarsi che il gruppo, né tanto meno gli operatori, siano in grado di curare, guarire totalmente, o addirittura di far sparire le voci.

Il Gruppo Voci ha quindi funzionato, e funziona tuttora, come gruppo di sostegno e Auto Mutuo Aiuto. La condivisione della propria esperienza ha permesso la formazione di un mondo condiviso e comune, nel quale ognuno dei partecipanti ha ottenuto dagli altri riconoscimento ed accettazione, senza nessun tipo di discriminazione o giudizio. All'interno del gruppo si è tutti uguali.

2.5 Caratteristiche del gruppo AMA per Uditori di voci

L'Auto Mutuo Aiuto molto spesso è organizzato, in una prospettiva clinica, attraverso una diagnosi. Questo, ovviamente, influenza e indirizza il gruppo verso una prospettiva e un linguaggio scientifico. L'alternativa è un auto-aiuto che si basa sulla condivisione dell'esperienza, in questo caso si tratterebbe di uditori di voci, che non necessariamente sono sotto cura.

Naturalmente, i gruppi AMA per Uditori di voci, hanno le stesse caratteristiche di tutti i gruppi di Auto Mutuo Aiuto descritte ed elencate già nel capitolo precedente.

Ci sono molte differenze tra questi due tipi di gruppi, ma ogni soggetto è libero di partecipare o all'uno o all'altro, in questo modo sono gli stessi individui a scegliere come si vogliono vedere e il modo in cui vogliono risolvere i loro problemi.

Escher (1993) ha svolto una serie di interviste con alcuni uditori di voci, ed è arrivata a sintetizzare quelli che sono i vantaggi di poter parlare delle proprie esperienze in un gruppo di supporto:

- aiuta a pensare in modo più positivo sulle voci riconoscendo un modello (pensare positivamente consente di ascoltare voci positive);
- si ha meno timore delle voci, al contrario, sfuggire e ignorarle provoca ansia e paura che esse possano ritornare;
- è utile riconoscere nei racconti degli altri stralci della propria esperienza: si diffonde la sensazione di non essere soli, di non essere gli unici, quindi si esce dall'isolamento e si

trova aiuto anche in altre persone;

- aiuta gli individui ad accettare le voci;
- si possono esternare gli aspetti positivi delle loro voci e accettare quelli negativi;
- si può riconoscere il significato delle proprie voci ascoltando quelle altrui.

Fornire sostegno in questo modo non vuol dire dare una soluzione immediata e funzionale al problema, ma significa stimolare l'individuo ad imparare a capire se stesso e ciò che gli appartiene (in questo caso, il riferimento va alle voci). “In altre parole, l'energia viene liberata per permettere alle persone di essere se stesse nel mondo esterno” (Romme & Escher, 2011, p.157). Questa esperienza è fondamentale se si vuole arrivare ad acquisire un nuovo equilibrio ed un'integrazione sociale.

I risultati che si possono ottenere ovviamente sono svariati e differenti, soprattutto quando le persone partono dalla loro esperienza e non dalla loro malattia (Coleman & Smith, 1977). Questa modalità di Auto Mutuo Aiuto non può essere prescritto né tanto meno si può obbligare a parteciparvi, bisogna avere il coraggio di intraprendere un viaggio, un percorso, un cammino, alla scoperta di se stessi (Reeves, 1997).

I professionisti della salute mentale non possono creare ed essere responsabili di un gruppo di Auto Mutuo Aiuto, ma possono contribuire all'organizzazione di essi, ad esempio: contribuire a definire i differenti ruoli all'interno del gruppo, prefissare degli obiettivi o delle strategie. Nei modelli di Auto Mutuo Aiuto si trova supporto reciproco, partecipazione e libertà di espressione. La scelta a quale dei due tipi di gruppi aderire è lasciata all'uditore di voce, che sceglierà quello più incline e adatto alle sue esigenze.

CAPITOLO 3

GRUPPO DI UDITORI DI VOCI E NON SOLO – L'ESPERIENZA A BOLOGNA

3.1 La storia del gruppo

La diffusione dei gruppi per uditori di voci in Italia è stata graduale e progressiva nel corso degli anni, arrivando ad espandersi in diverse regioni della penisola. In questo capitolo parleremo del gruppo di “Uditori di voci e non solo” di Bologna, più precisamente di Casalecchio di Reno, attualmente promosso dalla Cooperativa Sociale “Il Martin Pescatore”.

Questo gruppo, come del resto la maggior parte dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto, ha una storia che lo caratterizza, costituita da diverse tappe. Prima del 1999, il gruppo aveva una funzione solo ed esclusivamente comunitaria. Si trattava, più che altro, di rendere partecipe chi ne faceva parte delle decisioni che riguardavano i singoli membri e il gruppo nel suo insieme. I membri dell'équipe del centro diurno si riunivano una volta a settimana e durante l'incontro affrontavano discorsi inerenti al gruppo stesso, ad esempio: la gestione dell'agenda settimanale, come organizzare le attività nel centro diurno, la gestione interna dello stesso e come porre fine alle discussioni o risolvere i problemi fra gli utenti. Nonostante ci fosse all'interno del gruppo un medico, non si parlava mai di malattia, e quando i pazienti gli ponevano una domanda inerente ad essa, egli li rimandava al loro medico curante, non prendendosi alcuna responsabilità e cura del soggetto malato. In sostanza, era un incontro che aveva un solo scopo: l'organizzazione e la gestione della struttura stessa.

Verso il 2000, subentra all'interno del centro diurno un noto psichiatra, che assume il ruolo di coordinatore. Stravolge quelle che sono le caratteristiche del gruppo e in primis, ne cambia lo scopo finale: la funzione del gruppo è di tipo terapeutico, e non più comunitario. Lo psichiatra diede ai pazienti la possibilità di porre delle domande sulla malattia mentale, sui sintomi, sui sogni, sulle emozioni, fornendo quindi una risposta più terapeutica alle richieste dei pazienti. Per prima cosa definirono l'identità del gruppo: cos'è un gruppo, di cosa si occupa, quali sono le caratteristiche, quali sono gli obiettivi, quali sono i ruoli dell'operatore e di chi partecipa. Vennero poi definite le norme del gruppo stesso, tra le quali la più importante risulta essere quella sulla privacy: ciò che viene detto nel gruppo rimane all'interno di esso. In seguito si definirono altre regole, tra cui: la presenza continua nel gruppo, la partecipazione

agli incontri settimanali, il divieto di alzarsi e di uscire durante l'incontro, e quindi anche di fumare poiché ciò era causa di distrazione per tutti gli altri membri.

In accordo con lo psichiatra, gli operatori proposero al gruppo la visione dei film “A beautiful mind” ed “Elling”, allo scopo di preparare i membri, e gli operatori stessi, al futuro incontro con Ron Coleman.

Prima di proseguire, è corretto precisare chi è Ron Coleman. Nacque in Scozia nel 1958 e la sua infanzia fu segnata da abusi sessuali subiti all'interno dell'ambito religioso di cui faceva parte perché determinato a diventare prete. Abbandona la Scozia all'età di 17 anni, si arruola nell'esercito britannico e completa gli studi universitari laureandosi in economia e commercio. È in questi anni che Ron inizia a sentire le voci. In tre mesi il fenomeno peggiora notevolmente, sino a essere ricoverato con la diagnosi di schizofrenia cronica. Per 10 anni è utente dei servizi psichiatrici inglesi, ma il suo stato di salute mentale non migliora. La sua vita prende una svolta nel 1991 quando inizia a frequentare il gruppo di uditori di voci di Manchester. Il suo processo di guarigione trova fondamento nel lavoro di Marius Romme e Sandra Escher: le voci e le psicosi sono normali risposte a situazioni anormali. Dall'incontro con loro, lui stesso diventa promotore di sviluppo di esperienze di Auto Mutuo Aiuto e di pratiche di collaborazione tra operatori e utenti per costruire insieme percorsi di salute mentale, prescindendo da quelle che sono le pratiche di psichiatria tradizionale. Ad oggi, Coleman è formatore e consulente dei servizi psichiatrici e di molti altri paesi in tutto il mondo, tra cui anche l'Italia.

Lo stesso Coleman nell'ottobre 2004, organizzò un incontro in Italia, al quale il gruppo di Casalecchio partecipò. E fu da questo confronto con Ron e altri uditori di voci, che il gruppo decise di cambiare la propria identità, concentrandosi su ogni singolo membro, dando priorità alle loro sensazioni, alle loro percezioni e alle loro allucinazioni. Coleman rese chiaro che il problema non fosse il sentire le voci, ma piuttosto il rapporto che l'uditore ha con esse, se n'è vittima o vincitore e come, al di là dei ruoli istituzionali, operatori ed utenti possano lavorare insieme, gli uni a fianco degli altri, verso una guarigione possibile per tutti.

È un gruppo al cui interno ogni partecipante ha la stessa importanza, ognuno si deve sentire libero di esprimere le proprie esperienze, ciò che sente e percepisce, consapevole di non essere giudicato dagli altri. Negli incontri si parla di voci, di allucinazione uditive e non solo, si toccano diversi argomenti che riguardano la salute mentale. Un argomento a cui si fa spesso riferimento è quello dello stigma: esterno, cioè la percezione che gli altri hanno del

malato (le persone, la società); interno, la percezione che il malato ha di se stesso. Molto spesso, lo stigma interno prevarica su quello esterno: molti membri del gruppo hanno fatto propria la condizione di disagio in cui si trovano così tanto, che fanno fatica ad accettare la possibilità di poterne uscire invadendo la loro volontà.

Lo scopo degli “Uditori di voci e non solo” è, come nella maggior parte dei gruppi AMA, quello della *recovery*: rendere l'individuo in grado di assumersi la responsabilità della propria vita, sviluppando uno specifico insieme di strategie volto al fronteggiamento dei sintomi, ma anche delle minacce secondarie della disabilità mentale, che comprendono appunto lo stigma, la discriminazione e l'esclusione sociale. È un processo attivo, dinamico e altamente individuale.

Oggi il gruppo è una miniera di emozioni e di idee in cui “*esperti di esperienza*” ed “*esperti di formazione*” collaborano verso una crescita della partecipazione e della consapevolezza, ed una ricerca di soluzioni ai problemi associati al sentire le voci.

3.2 Il ruolo dell'operatore

Le tappe che hanno caratterizzato la crescita e lo sviluppo di questo gruppo hanno influenzato e cambiato anche il ruolo dell'operatore all'interno del gruppo.

Agli esordi del gruppo, tutti gli operatori seguivano tutti gli utenti: non vi era un legame di fiducia con un singolo operatore, ma al contrario, ogni membro del gruppo poteva fare riferimento a una qualsiasi di queste figure, indipendentemente dal problema e dalle esigenze.

Il primo cambiamento si ebbe nel 2003, quando si introdusse la figura dello “operatore di riferimento”: ogni paziente ha un unico operatore a cui potersi rivolgere. Questo permette l'instaurarsi di un rapporto di stima e lealtà reciproca, che giova entrambi gli interlocutori. In questo modo l'utente non parla più di sé, portando solo la sua esperienza di individuo, bensì testimonia quella che è la sua esperienza in relazione all'operatore, che a sua volta può portare il suo punto di vista sulla relazione e sul paziente, sempre nell'ottica di condivisione con il gruppo. L'operatore diviene quindi esperto, e la relazione con l'utente diventa fonte di beneficio per entrambi.

Il ruolo dell'operatore è controverso e faticoso. È un percorso all'interno del quale si incontrano mille ostacoli che vanno elaborati e dai quali bisogna trarne sempre beneficio. L'operatore all'interno del gruppo si deve configurare come “portatore di esperienza” e non

come formatore: non bisogna insegnare agli utenti qualcosa, ma è opportuno renderli partecipi delle esperienze altrui in modo che possano trarne giovamento.

Nel momento in cui ci si incontra, sia l'utente che l'operatore devono liberarsi da quello che è il loro stigma: l'utente deve smettere di fare il malato, l'operatore deve smettere di fare l'educatore. Questo permette a entrambi di cambiare il proprio atteggiamento, confluendo nella direzione di *fare insieme* mettendo a disposizione e in comune le proprie competenze, diventando esperti del proprio sapere.

Questo lavoro di “squadra” consente di trovare una strada alternativa al sistema psichiatrico tradizionale. Infatti nella psichiatria tradizione si lavora *per* l'altro, al contrario, nei gruppi di Auto Mutuo Aiuto si lavora *con* l'altro.

Per gli operatori non è facile staccarsi da questo ruolo poiché esso costituisce una sorta di difesa, ma in realtà mettersi in gioco non pregiudica il ruolo professionale poiché si tratta di un viaggio esperienziale che si fa insieme, nessuno escluso. Non si distinguono più due categorie (*noi*: operatori; *voi*: utenti), ma si parla di un'unica identità: *noi* come gruppo.

L'operatore non partecipa per dare risposte, ma per condividere un'esperienza, aderendo a una logica di scambio, di fare insieme e di partecipazione. Quando vengono formulate domande specifiche sulla diagnosi, si rimanda al gruppo stesso, rendendo partecipi tutti, cercando una risposta comune e uscendo da quella che è la logica lineare, cioè è l'operatore che deve fornire la risposta esatta alla domanda.

L'educatore in qualche modo è inglobato nel processo di cambiamento del gruppo mostrando, assieme agli altri, un percorso di valorizzazione di sé e delle proprie capacità. Solo rinunciando al suo ruolo è possibile aiutare gli altri, ma anche se stessi.

È un percorso di evoluzione personale continuo che coinvolge tutti gli individui e consiste nello scambio di esperienze e sostegno reciproco, mettendosi continuamente in gioco, senza il timore di cambiare.

3.3 Il gruppo: chi sono?

L'esperienza a Bologna si inserisce all'interno delle pratiche di “*evidence-based*” che vedono coinvolti allo stesso livello *esperti per formazione* (gli specialisti o operatori) ed *esperti per esperienza* (gli uditori di voci).

Il gruppo degli “Uditori di voci e non solo” è composto da circa 30 persone che si

riuniscono presso il Centro Diurno di Casalecchio di Reno, una volta a settimana (il venerdì) e la durata dell'incontro è di circa un'ora.

Vi è una frase di apertura da cui prende avvio la discussione, ed è: “*Cosa hanno detto le voci questa settimana fuori e dentro di noi e cosa è cambiato questa settimana fuori e dentro di noi?*”.

Come già detto, il gruppo si muove al di fuori di quelli che sono i ruoli di ogni individuo, poiché all'interno di esso si è tutti uguali e ci si dirige verso uno stesso obiettivo: la *recovery*. È un gruppo eterogeneo ed aperto a tutti, che ridefinisce e delinea la propria identità ogni volta che entra un nuovo membro. Per di più, è in grado di cambiare quando le condizioni interne ed esterne al gruppo si modificano: è un gruppo dinamico, in continua crescita e in perenne mutamento.

Si muove al di fuori delle categorie e della diagnosi, unendosi in una collaborazione verso la guarigione degli utenti in carico ai Centri di Salute Mentale ed operatori. La presenza all'interno di esso di utenti del Dipartimento di Salute Mentale con problematiche diverse (non è limitato ai soli uditori di voci) e di operatori socio-sanitari, rappresenta un grosso arricchimento per tutti i membri del gruppo e la conseguente liberazione dello stigma interno degli uni e degli altri: nessuno assume un ruolo, se non quello di portatore di esperienza.

Un compito fondamentale lo svolge il facilitatore, che si libera dal suo ruolo di psichiatra, e cerca di trovare un *filo conduttore* che leghi le storie e le esperienze di tutti. Egli mantiene il gruppo compatto e consente di mantenerne salda la struttura, favorendo la circolazione degli scambi e della comunicazione tra i partecipanti. Il suo obiettivo, e anche quello di tutti i membri, è quello di passare dalla concezione di *fare* gruppo a quella di *essere* gruppo.

I principi che guidano questo gruppo sono diversi e tutti ricoprono la stessa importanza:

- *condivisione e comunicazione*: la partecipazione a questo gruppo rappresenta la possibilità per chi sente le voci di poter evadere dalla condizione di isolamento in cui è inserito, di poter sperare in una qualità migliore di vita;
- *nessun giudizio e nessuno stigma*: nel gruppo si cerca di normalizzare l'esperienza comune attraverso la condivisione con tutti i membri delle proprie esperienze, non sottoponendo nessuno a giudizio e non attribuendo loro nessuno stigma;
- *sostegno*: all'interno del gruppo si trovano amici, alleati, persone di cui potersi fidare. Questo aiuta a ridurre l'ansia causata dalle voci e a trovare la giusta spinta per poterle

affrontare;

- *accettazione dell'esperienza*: grazie alla condivisione e al non giudizio, il soggetto che partecipa al gruppo può addirittura sviluppare un'identità positiva nonostante la sua esperienza, iniziando a considerare la voci come parte di sé e della propria persona;
- *ruolo attivo*: l'uditore di voce, in questo processo di crescita personale, può essere in grado di riconoscere le proprie potenzialità, le proprie risorse e competenze, riuscendo a sfidare il potere delle voci, iniziando a conoscere la propria esperienza e a convivere con essa;
- *responsabilità*: chi partecipa a questo gruppo diventa responsabile di se stesso. Ogni membro è consapevole di iniziare un percorso di *recovery* che lo porterà ad acquisire una maggiore gestione della propria vita, e quindi un controllo sulle proprie voci, diventando più autonomo rispetto ad esse, senza subirle e assecondarle, ma al contrario, affrontandole e convivendoci;
- *sperimentazione di nuovi modi di essere e comportarsi*: tendenzialmente, quando si modifica la relazione con le proprie voci (dialogo con esse e ascolto) vi è anche un cambiamento nell'identità dell'uditore stesso: può avvenire che il soggetto possa integrare queste parti della propria identità in modo positivo e salutare;
- *relazioni positive e sentimento di appartenenza*: il primo passo verso un percorso di guarigione è riuscire ad accettare la propria esperienza e a condividerla con gli altri. Sono le relazioni a guarire.

La straordinaria caratteristica di questo gruppo è la capacità di cambiamento: gruppo aperto che negli anni ha subito numerose modifiche, dal luogo di incontro, ai partecipanti, al suo contesto di appartenenza, alla sua organizzazione interna e alle sue peculiarità. È stato un cambiamento graduale, rispettando le esigenze di ogni singolo membro, non tralasciando nessuno, ma facendo propria ogni esperienza e conoscenza acquisita.

3.4 La testimonianza di Luca

In questo percorso di interessamento ai gruppi di Auto Mutuo Aiuto, in particolare dei gruppi di Uditori di Voci, e di ricerca di materiale, c'è stata l'occasione di poter assistere alla testimonianza di Luca, che si è prestato a raccontare la sua esperienza, sì come uditore di voce, ma in qualità di libero cittadino.

Luca è un ragazzo che partecipa al gruppo di “Uditori di voci e non solo” di Casalecchio. Non ha voluto definire la sua malattia, ma ne ha solo descritto la causa. È stato vittima di maltrattamenti da parte della madre. *“Quando eravamo bambini io e mia sorella, venivamo picchiati da nostra madre. Lei beveva, tanto. Lei dice di non ricordarselo, forse lo ha rimosso, forse lo tiene per sé, ma il suo cuore lo sa”*. Luca dice di aver avuto una vita difficile in cui, anche lui stesso, ha riversato i suoi dispiaceri nell'alcol: *“Bevevo tanto anche io”*. Da questo momento in poi, Luca ha iniziato a sentire le voci. Egli le ha definite come un *“mondo di protezione”*, mondo in cui ci si rifugia per non ricordare, per non soffrire, per riuscire ad affrontare la realtà esterna.

Le voci che sentiva Luca lo obbligavano a fare, a svolgere azioni, gli imponevano giudizi su altre persone: *“le voci mi dicevano di lasciar perdere alcune persone perché erano antipatiche o cattive, ma io in realtà non ci avevo neanche mai parlato”*.

Si rese conto che bere non era la soluzione ai suoi problemi e che ascoltare ciò che dicevano le voci lo rendeva schiavo di esse. Decise di prendere in mano la sua vita, e di scegliere da solo, ignorando ciò che gli dicevano le voci e suo padre: andò a lavorare in una cooperativa in Liguria. Fu un percorso che durò 4 anni, dal 2000 al 2004, in cui Luca prese in mano la sua vita: *“tutto si basa sul libero arbitrio, ognuno deve essere capace di fare le proprie scelte. Quando capisci che tu sei in grado di portare a termine ciò che hai deciso di fare e le conseguenze che ogni tua azione può produrre, è lì che sei veramente libero”*. È in questo periodo che Luca imparò a gestire le voci, a saperle controllare e a non lasciare che esse prendessero il sopravvento sulla sua vita.

Luca racconta anche della sua esperienza all'interno dei gruppi di “Uditori di voci e non solo”. Ci si riunisce una volta a settimana, e c'è una frase rituale che dà inizio al gruppo: *“Cosa hanno detto le voci questa settimana fuori e dentro di noi e cosa è cambiato questa settimana fuori e dentro di noi”*. Da qui ha inizio la discussione, si parte da un problema, e poi a turno si alza la mano e ognuno può esporre la sua opinione, o dare consigli o soluzioni personali al problema. Non ci sono solo uditori di voci, ma anche altri utenti con problemi mentali diversi.

Luca afferma con fermezza: *“c'è sempre qualcosa da imparare, sia da te stesso che dagli altri”*. È un gruppo talmente eterogeneo, che ognuno lo arricchisce con la propria esperienza e conoscenza.

Infine, egli sostiene: *“adesso ho la consapevolezza di ciò che sono, di cosa voglio, e ho*

imparato a gestire le voci, perché non sono guarito, ma so controllarle”.

È quindi un gruppo che dà speranza, che aiuta chi partecipa a prendere in mano la propria vita, rendendo i membri consapevoli di ciò che sono e di ciò che sono le voci. È un percorso di fiducia reciproca, tra utenti ed operatori, che permette in entrambi il desiderio di una vita migliore.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro di tesi di laurea ha voluto evidenziare come il fenomeno dell'Auto Mutuo Aiuto (AMA) sia in continua e graduale espansione sia sul panorama internazionale che su quello italiano. È una nuova modalità di approccio alla malattia mentale: si inizia a considerare l'individuo in quanto tale, come soggetto dotato di sentimenti, emozioni, vissuti ed identità personale, e non come un semplice malato.

In particolare, prendendo in esame il gruppo degli Uditori di voci, si è voluto dimostrare come le voci, sintomo peculiare della schizofrenia, possano essere assillanti e denigratorie, ma allo stesso come sia possibile conviverci e poterle gestire andando verso un percorso di guarigione per il quale non bastano solo gli psicofarmaci. Risulta fondamentale quindi il dialogo, la fiducia, il rispetto che questi gruppi di Auto Mutuo Aiuto sono in grado di offrire a chi vi partecipa. Uno degli aspetti fondamentali è la condivisione dell'esperienza: sapere di non essere soli, ma di poter contare sull'appoggio dell'altro.

È questo su cui si basa l'Auto Mutuo Aiuto.

Inoltre, l'esperienza nel territorio bolognese ha permesso di poter “ toccare con mano ” le caratteristiche e i principi finora descritti, mettendoli in pratica e permettendo a chi vi partecipa di poter ottenere dei miglioramenti e di riprendere in mano la propria vita. Fondamentale, in questo senso, è stata la testimonianza di Luca, un ragazzo uditore di voce, che partecipa al gruppo “Uditori di voci e non solo”. Si è dimostrato propenso e volenteroso nel raccontare la sua esperienza, e ha affermato con estrema sicurezza di aver riscontrato dei miglioramenti nella gestione delle voci e di essere consapevole di ciò che è, di ciò che potrà essere, certo e fiducioso di poter ancora progredire nel suo percorso di *recovery*.

In conclusione, il gruppo di Uditori di Voci e in generale i gruppi di Auto Mutuo Aiuto, hanno la straordinaria capacità di donare speranza: non si tratta di illudere, ma piuttosto di poter garantire una qualità della vita migliore, conforme a quelli che sono gli standard della vita quotidiana.

BIBLIOGRAFIA

Basaglia, F., & Basaglia, F.O. (a cura di), (1975). *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*. Torino: Einaudi.

Bertoldi, S., Vanzetta, M., (2002). *I gruppi di auto mutuo aiuto*. Associazione AMA Trento, Trento.

Broody, E. (1997). *Search for mental history of WFMH*. Alexandria, Virginia: William e Wilkins.

CAMAP – Coordinamento Auto Mutuo Aiuto Piemonte (2012). *Auto Mutuo Aiuto: Principi e prassi*. Torino.

Cardano, M., Lepori, G., (2012). *Udire la voce degli dei. L'esperienza del Gruppo Voci*. Milano, FrancoAngeli.

Cardella, V., (2012). *Deliri e allucinazioni: due patologie della credenza?*. Reti, Saperi, Linguaggi, n.1. pp. 83-88.

Cazzaniga, E. (2009). *Alcune dinamiche nei gruppi di Auto-Aiuto* in “I percorsi dell'auto aiuto”, Quaderni di Animazione Sociale. Gruppo Abele, Torino.

Cazzaniga, E., Noventa, A., (2010). *Manuale dell'Auto Mutuo Aiuto*. Edizioni AMA, Milano-Monza Brianza.

Cesario, S., Mariotti, F., & Sani, D. (2001). *L'Auto-aiuto psichiatrico. I processi aspecifici nella psicoterapia*. Milano: FrancoAngeli.

Coleman, R., (2001). *Guarire dal male mentale*. Roma, Manifestolibri.

Coleman, R., Smith, M., (1997). *Working with voices, Victim to Victor*. Handsell Publishing,

Gloucester.

Corlito, G. (1995). *Le reti di solidarietà dell'Amiata*. Grosseto, Comune di Castel del Piano.

Donati, P. P., (1984). *Risposte alla crisi dello stato sociale*. Angeli, Milano.

Escher, A., (1993). *Talking about voices* in Romme, M., Escher, A., (eds) *Accepting Voices*. Mind, Londo, pp. 50-59.

Evrard, R., Le Malefan, P., (2013). *Que changent les entendeurs de voix à l'écoute des hallucinations? I : Genèse d'un mouvement*. Annales Médico-Psychologiques, n. 171, pp. 623-628.

Focardi, F., Gori, F., & Raspini, R., (2006). *I gruppi di auto-aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*. Le briciole, n.8.

Fondazione Istituto Andrea Devoto, (1999). *Indagine conoscitiva sulle associazioni di auto aiuto e di tutela della salute: 1998-1999*. Fondazione Istituto Andre Devoto, Firenze.

Fortunati, O., (2009). *Introduzione in Ambiente ... insieme: il sostegno del gruppo di auto mutuo aiuto per le persone con disabilità*. Pubblicato con il patrocinio della Provincia di Milano.

Gartner, A., & Riessman, F., (1977). *Self-Help Revolution*. New York: Human Sciences Press.

Gielen, P., (2006). *Cittadini in cammino: auto-aiuto e solidarietà. V° convegno nazionale delle realtà di auto-aiuto e mostra documentariata*. Ravenna, Italia.

Janner, J.A., Wiersma, D., (2006). *L'efficacia degli interventi psicosociali per le allucinazioni uditive verbali*. Rivista sperimentale di freniatria, vol. CXXX, n.2, pp. 111-139.

Jaynes, J., (2002). *Il crollo della mente bicamerale e l'origine della coscienza*. Milano,

Adelphi (ed. orig. 1976).

Katz, A.H., Bender E., (1976). *Self-Help Groups in Western Society : History and Prospects*. Journal of Applied Behavioral Sciences, XII, 3.

Killilea, M., (1976). *Mutual Help Organizations: Interpretations in the Literature*, in Caplan-Killilea, 1976.

Jervis, G., (1997). *Manuale critico di psichiatria*. Feltrinelli Editore, Milano.

Mander, R. (2007). *I giorni rinascono dai giorni. Condividere la perdita di una persona cara in un gruppo di auto-mutuo aiuto*. Milano: Paoline.

Noventa, A., Nava,R., Oliva, P., (1990). *Self-help. Promozione della salute e gruppi di auto-aiuto*. EGA, Torino.

Noventa, A., (2008). *L'auto mutuo aiuto nella promozione della salute mentale. L'organizzazione e lo sviluppo della realtà di auto-aiuto* in Guida all'Auto Mutuo Aiuto. CSV, Bergamo.

Noventa, A. (2008), *I gruppi di auto mutuo aiuto: caratteristiche ed evoluzione* in Guida all'Auto Mutuo Aiuto. CSV, Bergamo.

Oliva, F., (1995). *Il movimento di Auto-Aiuto*. Quaderni di Animazione Sociale, Gruppo Abele, Torino, n. 12, pp. 19-26.

Oliva, F., Croce, M., (2009). *Il rapporto tra professionisti e auto-mutuo-aiuto. Il facilitatore risorsa per il gruppo*. Quaderni Animazione sociale, Gruppo Abele, Torino, pp. 129-136.

O.M.S., (1987). *Glossario* in Quaderni di Sanità Pubblica. P.S.S., Firenze.

Pacifico, R., Riccardi, I., Stratta, P., Rossi, A., (2008). *Psicopatologia della allucinazioni*

verbali uditive. Giornale italiano di psicopatologia, n.14, pp. 413-424.

Pini, P., (1981). *Un ambulatorio fuori dall'ambulatorio. Relazione per i medici di base*. Relazione per i medici di base, Firezne, Consiglio di quartiere 7.

Reeves, A., (1997). *Recovery-A Holistic Approach*. Handsell Publishing, Gloucester.

Romme, M., Escher, S., (1997). *Accettare le voci. Le allucinazioni uditive: capirle e conviverci*. Milano, Giuffrè Editore (ed. orig. 1993)

Romme, M., Escher, S., (2011). *Dare un senso alle voci. Una guida per operatori della salute mentale che lavorano con gli uditori di voci*. Nicomp L.E, Firenze.

Semprini, L., Canini, S., (2012). *Nuove frontiere per gli uditori di voci: un approccio 'evidence-based' alla guarigione*. Articolo parzialmente pubblicato in Quarant'anni dei Fogli d'informazione: Psichiatria, Psicoterapia, Istituzioni, n.21/24.

Semprini, L., Canini, S., (2012). *Nuove frontiere per gli uditori di voce: un approccio 'evidence-based' alla comprensione delle allucinazioni uditive*. Articolo parzialmente pubblicato in Quarant'anni dei Fogli d'informazione: Psichiatria, Psicoterapia, Istituzioni, n.21/24.

Spina, E., (2012). *Le trasformazioni dell'auto-mutuo aiuto in una prospettiva eliasiana*. Alcune esperienze europee. Cambio. 4, pp. 117-128.

Statuto di A.A Italia (2009). *Recupero, Unità, Servizio* adottato alla Conferenze dei Servizi Generali. Roma.

Tognetti Bordogna, M., (a cura di) (2005). *Promuovere i gruppi di self-help*. Milano, FranoAngeli

Totis, A., & Zanichelli G., (2007). *I gruppi auto-mutuo aiuto. Storia, definizioni e tipologie dell'aiuto*. Pubblicato sul sito www.amalo.it.

Vanucchi, S., (2012). *Gruppi di auto-aiuto psichiatrico: verso la ricostruzione dell'identità*. Psicoanalisi Neo Freudiana, n.1. (<http://www.ifefromm.it/rivista/2012-xx/1/>)

SITOGRAFIA

- <http://www.amalo.it/>
- <http://www.ausl.bologna.it>
- <http://autoaiuto.forumup.it/>
- <http://www.cristinacontini.it/2012/index.php>
- <http://www.dsmiseo.it/>
- <http://www.intervoiceonline.org/>
- <http://www.parlaconlevoci.it/>