

*Collana Scienze e salute*  
Coordinata da Mara Tognetti Bordogna

Il rapporto sempre più autonomo e responsabile che il cittadino intrattiene oggi con il proprio benessere fa di salute e malattia il terreno su cui si misurano bisogni individuali e collettivi, esigenze relazionali e alterazioni biofisiche, richieste di intervento di apparati normalizzanti (il complesso sanitario).

La ricaduta di tali eventi nel quotidiano richiede chiavi di lettura coerenti che ne determinino il significato in rapporto sia al campo disciplinare di interesse che al contesto in cui maturano, dove si generano comportamenti non comprensibili a partire da un'ottica meramente sanitaria.

D'altro canto il diritto alla salute, diventato parametro di qualità della vita, investe di nuove responsabilità il sistema di cura sia esso pubblico, privato o di terzo settore aprendo al tempo stesso nuovi scenari occupazionali. Tutto ciò richiede attenzione e impegno sia nel campo della formazione delle figure che promuovono la salute, sia della produzione di testi per gli operatori, come è fondamentale che le diverse discipline concorrano a definire di volta in volta che cosa sia "salute" e attraverso quali azioni possa essere efficacemente promossa nel mutato contesto sociale.

Di qui l'urgenza di una collana che, seguendo più direzioni (*Teorie, Ricerca, Formazione, Comunicazione e Saperi transculturali*) e avvalendosi anche di apporti internazionali, contribuisca ad abbattere gli steccati disciplinari in cui la salute è stata rinchiusa e ne promuova una concezione più ampia.

#### **Comitato editoriale della collana**

*Roberto Beneduce*, Etnopsichiatria, Università di Torino; *Gilles Bibeau*, Antropologia, McGill University, Università di Montreal; *Albino Claudio Bosio*, Psicologia medica, Università Cattolica di Milano; *Mario Cardano*, Metodologia della ricerca, Università di Torino; *Cesare Cislighi*, Economia sanitaria, Università di Milano; *Giorgio Cosmacini*, Università Vita-Salute dell'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele; *Antonio de Lillo*, Metodologia della ricerca, Università di Milano-Bicocca; *Pierpaolo Donati*, Sociologia della salute, Università di Bologna; *Claudine Herzlich*, Sociologia della medicina, CNRS-Ecoles Hautes Etudes en Sciences Sociales; *Marco Ingrosso*, Promozione della salute, Università di Ferrara; *Florentine Jaques*, Fitofarmacologia, Università di Metz; *Michele La Rosa*, Organizzazione sanitaria, Università di Bologna; *Sergio Manghi*, Sociologia della conoscenza, Università di Parma; *Mario Morcellini*, Scienze della comunicazione, Università di Roma; *Antonio Pagano*, Igiene e Medicina preventiva, Università di Milano; *Mariella Pandolfi*, Antropologia medica, Università di Montreal; *Benedetto Saraceno*, Riabilitazione, OMS, Ginevra; *Mara Tognetti*, Politiche socio-sanitarie, Medicine complementari, Università di Milano Bicocca, coordinatore della collana; *Giovanna Vicarelli*, Professioni sanitarie, Università Politecnica delle Marche; *Paolo Giovanni Vintani*, Farmacista in Barlassina (Mi).

I titoli della collana Scienze e salute sono sottoposti a referaggio anonimo.

### **Referenti della sezione *Saperi transculturali***

*Alfredo Ancora*, coordinatore della sezione, Psichiatria transculturale, Università di Siena; *Enzo Colombo*, Sociologia dei processi culturali e comunicativi, Università di Milano; *Antonella Delle Fave*, Psicologia generale, Università di Milano; *Bruno Callieri*, Psichiatria, Università di Roma; *Massimo Buscema*, Direttore Centro ricerche di scienze della comunicazione “Semeion” Roma; *Carla Corradi Musi*, Filologia Ugro-Finnica, Università di Bologna; *Franco Voltaggio*, Filosofia della scienza, Università di Macerata; *Marie Rose Moro*, Professore di Psichiatria infantile, Università Parigi 5; *Pierluigi Sacco*, Economia della cultura, Università Iuav di Venezia; *Mario Antonio Reda*, Psicologia generale e clinica, Università di Siena; *Mario Galzigna*, Storia della scienza ed epistemologia clinica, Università di Venezia; *Andrea Damascelli*, Storia delle religioni, Roma; *Eugenio Imbriani*, Antropologia culturale, Università di Lecce.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità

Mario Cardano  
Giulia Lepori

**Udire**  
**la voce degli dei**  
L'esperienza del Gruppo Voci

**FrancoAngeli**

Il libro è frutto del lavoro collettivo degli autori che ne condividono la responsabilità.

La stesura definitiva della parti di cui si compone è così ripartita: Mario Cardano ha scritto l'Introduzione e il terzo capitolo; Giulia Lepori ha scritto i capitoli 1 e 2.

I diritti d'autore derivanti dalla vendita di questo volume verranno devoluti al Gruppo Voci per la prosecuzione delle proprie attività.

In copertina particolare de *La rabbia di Achille* di Giovan Battista Tiepolo (1757)

*Grafica della copertina:* Elena Pellegrini

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Ristampa	Anno
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore. Sono vietate e sanzionate (se non espressamente autorizzate) la riproduzione in ogni modo e forma (comprese le fotocopie, la scansione, la memorizzazione elettronica) e la comunicazione (ivi inclusi a titolo esemplificativo ma non esaustivo: la distribuzione, l'adattamento, la traduzione e la rielaborazione, anche a mezzo di canali digitali interattivi e con qualsiasi modalità attualmente nota od in futuro sviluppata).

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale, possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali ([www.clearedi.org](http://www.clearedi.org); e-mail [autorizzazioni@clearedi.org](mailto:autorizzazioni@clearedi.org)).

Stampa: Tipomnza, via Merano 18, Milano.

# Indice

<b>Ringraziamenti</b>	pag.	7
<b>Introduzione</b>	»	9
<b>1. Il movimento degli Uditori di voci</b>	»	19
1. Le origini in Olanda e nel Regno Unito	»	19
2. Il movimento degli Uditori di voci in Italia	»	29
<b>2. Il Gruppo Voci</b>	»	37
1. La storia del Gruppo Voci	»	37
2. Gli uditori: una galleria di ritratti	»	44
3. Perché otto ore ci sembran poche. Un commento delle operatrici del Gruppo Voci	»	75
<b>3. In direzione ostinata e contraria: alterità e pratiche di resistenza</b>	»	81
1. Lo scenario: la medicalizzazione della differenza	»	82
2. In direzione ostinata e contraria: il movimento degli Uditori di voci	»	95
<b>Riferimenti bibliografici</b>	»	113



## *Ringraziamenti*

La stesura di questo libro non sarebbe stata possibile se Adriano, Anna Maria, Cristina, Dario, Giovanni, Osvaldo, Serena, Silvia, Tato e Ugo non avessero accettato di raccontare un pezzo della storia e se non ci avessero sollecitato con dolcezza, ma anche con determinazione a portare a termine il nostro compito. Grazie ad Antonello Lanteri, direttore del Centro di salute mentale che ha ospitato il Gruppo Voci, per aver consentito e sostenuto la realizzazione di questa impresa. Grazie inoltre a tutte le persone che, anche prima dell'avvio di questo studio, hanno condiviso con noi la loro esperienza del male mentale e della guarigione. Grazie a tutti gli uditori e i professionisti coinvolti nel movimento nazionale e internazionale con cui abbiamo avuto modo di confrontarci – formalmente o informalmente – nel corso di questi anni. In particolare grazie a Cristina Contini e a Jaqui Dillon, grazie ad Angelo Arecco, Marcello Macario, Daniela Fagni e molti altri ancora. Grazie anche ai due *referee* anonimi, per i commenti e i suggerimenti resi nella fase di valutazione del testo. Insieme ai nostri ringraziamenti vanno anche le nostre scuse per non essere sempre riusciti – talvolta deliberatamente – ad accogliere tutte le loro indicazioni. Da ultimo tocca ringraziare anche il piccolo Emilio per l'aiuto che ha dato a uno degli autori – il suo papà – nella scelta del titolo del libro.





## Introduzione

*Il folle «sragiona» spesso molto meno di quanto si creda,  
forse addirittura non sragiona mai.*

Eugène Minkowski (1998: 45; ed. orig. 1997)

La storia che questo piccolo libro si propone di raccontare comincia lontano, in Olanda, e si conclude – almeno in questa narrazione – a pochi chilometri da Torino, più precisamente a Settimo Torinese. A Settimo ha sede il Dipartimento di salute mentale che, per una decina di anni, ha ospitato il Gruppo Voci, un gruppo di persone accomunate da una caratteristica davvero speciale, quelle di udire voci. Prima di provare a rispondere alle domande che queste poche righe possono aver sollecitato – ad esempio: «cosa sono queste voci?» – è utile tornare in Olanda e a quel accadde nella seconda metà degli anni Ottanta. L'inconsapevole protagonista della vicenda fu Pasty Hage, una donna sulla trentina, in cura presso un servizio di salute mentale con una diagnosi severa: schizofrenia. Nel testo che poco più tardi sarebbe diventato un fondamentale punto di riferimento per il movimento degli Uditori di voci, *Accettare le voci*, Marius Romme, lo psichiatra che aveva in cura la signora Hage, ricostruisce l'antefatto che innescò la nascita e lo sviluppo del movimento degli Uditori di voci. La signora Hage era da tempo perseguitata dalle voci che sentiva nella sua testa; voci che gli psicofarmaci non riuscivano a far tacere; voci che, in modo sempre più insistente, si accompagnavano a pensieri suicidari. In questo scenario, decisamente tetro, emerge di lì a poco una nota rassicurante. Pasty Hage inizia a guardare alle voci dalle quali è abitata come non aveva mai fatto in precedenza, riconoscendo in questa sua differenza un modo di essere nel mondo che in passato era comune; un modo di essere nel mondo proprio degli eroi dell'antica Grecia, celebrati da Omero, che avevano il privilegio di udire la voce degli dei. A questa convinzione Pasty Hage era pervenuto sulla scorta della lettura del libro di un controverso psicologo statunitense, Julian Jaynes, *L'origine della coscienza e il crollo della mente bicamerale* (1976, trad. it. 2002), nel quale questa tesi viene sostenuta e difesa con un insieme composito di argomentazioni diverse nella loro plausibilità<sup>1</sup>.

1. Per un'analisi critica delle tesi di Jaynes, dal punto di vista neurologico, così come sul piano filologico nei suoi riferimenti all'Iliade vedi Cavanna, Trimble, Cinti, Monaco, 2007.

Alcuni frammenti della monografia di Jaynes tornano utili alla comprensione dell'itinerario lungo il quale Pasty si persuase che le voci che udiva si configuravano come un dono speciale.

(...) ci fu un tempo in cui la natura umana era scissa in due parti: una parte direttiva chiamata dio, e una parte soggetta chiamata uomo. (...) È inoltre molto probabile che le voci bicamerali dell'antichità fossero qualitativamente molto simili alle allucinazioni uditive delle persone del nostro tempo. Esse vengono udite in vario grado da molte persone assolutamente normali. (Jaynes, 1976, trad. it. 2002: 111 e 113).

Quella che noi chiamiamo oggi schizofrenia comincia dunque nella storia umana come rapporto col divino e solo attorno al 400 a.C. viene ad essere considerata la terribile malattia che conosciamo oggi. (...) La mia tesi è (...) che alcuni fra i sintomi fondamentali, più tipici e più comunemente osservati nella schizofrenia conclamata non sottoposta a trattamento medico presentano un accordo perfetto con la descrizione che ho dato nelle pagine precedenti della mente bicamerale. (*ibidem*: 483 e 485).

Dal libro di Jaynes, Pasty Hage trasse gli elementi, il sapere, utile alla costruzione di un discorso diverso sulla sua esperienza, un "contro-discorso" (Armstrong, Murphy, 2011), che le consentì di emanciparsi dallo stigma che discende dall'etichetta diagnostica di "schizofrenia" comunemente impiegata per qualificare la sua condizione. Marius Romme – come meglio si dirà nel cap. 1 in questo volume – incoraggiò Pasty Hage a condividere con altri pazienti la propria scoperta, costituendo il primo nucleo dei gruppi di auto mutuo aiuto della non ancora nata rete degli Uditori di voci. Di lì a poco l'esperienza di questa donna che scelse di rimanere sempre ai margini del movimento che aveva innescato (vedi Romme, Escher, Dillon et al., 2009: 260-64), divenne nota in un circuito culturale più ampio, dapprima con la Conferenza degli Uditori di voci di Utrecht del 1987 e poi nel Regno Unito, dove il movimento degli Uditori di voci ebbe il più pieno sviluppo (vedi Blackman, 2001). A partire dai primi anni Novanta il movimento degli Uditori di voci crebbe e si diffuse principalmente in Europa<sup>2</sup> e nel Nord America, ma anche in Australia, nella Nuova Zelanda, in Giappone e in Palestina, costituendo una rete internazionale, *Intervoice*, di cui anche i gruppi italiani di uditori sono parte<sup>3</sup>. I tratti distintivi di questo movimento internazionale possono essere identificati nell'impegno a una piena demedicalizzazione dell'esperienza delle voci (vedi *infra*, cap. 3) e nella costituzione di gruppi di mutuo aiuto, diretti a sostenere il processo di ridefinizione della propria condizione – dallo stigma al carisma – delle persone che odono le voci. I gruppi di mutuo aiuto

2. Dal sito di Intervoice, l'associazione internazionale degli Uditori di voci, presieduta da Marius Romme, apprendiamo che ci sono reti nazionali in Austria, Inghilterra, Scozia, Galles, Irlanda, Francia, Svezia, Norvegia, Spagna, Svizzera, Germania, Danimarca, Grecia, Olanda e, ultima, ma non meno importante, Italia.

3. La rete di Intervoice ha una pagina web, rintracciabile a questo indirizzo <http://www.intervoiconline.org/>. (consultato nell'ottobre 2011). In Italia ci sono gruppi attivi di uditori a Reggio Emilia, Catania, Imola, Milano, Roma, Prato, Trento, Trieste e, ovviamente a Settimo Torinese.

si configurano – qui come in altri contesti – come luoghi nei quali, attraverso la narrazione condivisa della propria esperienza si viene, per così dire, autorizzati ad essere ciò che si è; luoghi nei quali la propria esperienza diventa dicibile e nei quali diventa possibile riconoscersi in altri che la condividono (cfr. Tognetti Bordogna, 2005: 8-9).

In questo ampio scenario si colloca l'esperienza del Gruppo Voci di Settimo Torinese, di cui questo libro si propone di ricostruire la storia. Il Gruppo Voci si costituisce nel febbraio del 2001 dopo una lunga gestazione che vide impegnati uditori e operatori del Centro di Salute Mentale di Settimo in incontri, discussioni – anche animate – nelle quali ci si interrogava sull'opportunità di costituire un gruppo, di identificare un momento di discussione collettiva che superasse il modello convenzionale di rapporto a due fra paziente e terapeuta. Emerse da subito la decisione di *non* costituire un gruppo terapeutico, nella convinzione che di gruppi con quella finalità ce ne fossero già abbastanza. Quel che interessava alle persone che avrebbero poi costituito il Gruppo Voci era – innanzitutto – comprendere e, ove possibile, spiegare l'esperienza delle voci. Con queste finalità il Gruppo Voci si costituisce come *gruppo di ricerca sulle voci*, un gruppo che si proponeva di riconoscere agli uditori il compito di condurre in prima persona uno studio sulle “allucinazioni verbali uditive”, senza delegarlo ai professionisti della salute e della ricerca scientifica. Del gruppo fanno parte due operatrici del Centro di salute mentale, una psicologa e un'infermiera professionale, coinvolte in una relazione che – almeno nelle intenzioni – doveva essere alla pari o, se si preferisce, attribuendo loro il ruolo di assistenti di ricerca<sup>4</sup>. L'idea di scrivere un libro che raccogliesse i risultati di questo lavoro nacque con il gruppo stesso. Si trattava, allora, di un'idea vaga, che solo molto più tardi avrebbe assunto una forma meglio definita, quella del testo che, chi legge, ha fra le mani. Il gruppo iniziò così il proprio lavoro, incontrandosi ogni due settimane per analizzare le voci, cominciando proprio dalle voci udite dai membri del gruppo, di cui ciascuno dava conto nei contenuti e proponeva la propria interpretazione del significato in esse riposto e della loro origine. In seguito il gruppo – in modo necessariamente artigianale – si cimentò nella realizzazione di alcune interviste a esperti, chiamati a dar conto della loro interpretazione delle voci, e poi anche in un'inchiesta campionaria rivolta alla popolazione locale.

Nella primavera del 2007 il gruppo incontra gli autori di questo volume, dapprima Mario Cardano e, poco più tardi Giulia Lepori. Chi scrive era approdato a Settimo sulla scia di uno studio concepito per esaminare la relazione fra lavoro e disturbo psichico, più precisamente per individuare i fattori capaci di promuovere l'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici

4. Cogliamo qui due tratti che marcano in modo netto le differenze che separano il Gruppo Voci dal più vasto contesto del movimento degli Uditori di voci. Il Gruppo Voci nasce come gruppo di ricerca e non come gruppo di mutuo aiuto. Il Gruppo Voci valorizza l'apporto dei professionisti della salute mentale (vedi *infra*, cap. 2).

(vedi Cardano, 2005). A questo scopo vennero raccolte le storie di vita di un piccolo campione di pazienti psichiatriche in carico presso i Dipartimenti di salute mentale dell'area torinese, cui vennero accostate le narrazioni dei loro familiari e – ove possibile – quelle dei datori di lavoro e dei colleghi dei pazienti occupati. L'analisi di queste narrazioni consegnò un quadro variegato, sia per la forma impressa alla narrazione, sia per la rappresentazione del protagonista della narrazione, di chi raccontava di come e perché avesse attraversato la linea sottile che separa la salute dal male mentale<sup>5</sup>. La più parte delle narrazioni raffiguravano la traiettoria biografica del narratore, in questo caso del paziente, come una caduta, come la perdita irreparabile del bene prezioso della salute e, talvolta, anche della dignità (vedi Cardano, 2007: 30-38). Accanto a narrazioni dai toni così cupi, tragici, era comunque possibile riconoscere storie modellate sui tratti di un altro “genere”, quello della commedia o, più propriamente, del romanzo cavalleresco che prevede un fine più lieto: dalla riconquista della condizione originaria (le “restitution narrative” di cui dà conto Frank, 1985), sino alla costruzione di un sé più solido, rafforzato dall'attraversamento dei territori della sofferenza<sup>6</sup>. Fui colpito da questo modo di raffigurare l'esperienza del male mentale, in specifico dalla capacità di alcuni dei pazienti intervistati di trasformare lo stigma in carisma, di approdare a un'immagine di sé che conteneva i germi dell'*orgoglio* per la propria differenza (vedi *infra*, cap. 3). La condivisione, all'interno del gruppo di ricerca, di questa, da principio indistinta, impressione, mi condusse nel territorio degli Uditori di voci. In specifico fu Barbara Martini, la psichiatra impegnata con me nello studio sulla conciliazione fra lavoro e disturbo psichico a parlarmi del Gruppo Voci di Settimo e ai indurmi a bussare alla loro porta. Quel che accadde dopo è reso in modo molto efficace dal racconto – in prima persona – dei membri del Gruppo Voci, ecco come:

Mario venne da noi per conoscere la nostra storia e ascoltandola apprese del nostro progetto, quello di scrivere un libro. Non ci volle molto tempo per capire che le esigenze di ricerca di Mario e le nostre di dar forma ai molti materiali raccolti si potevano sposare. Mario offrì il suo aiuto alla stesura del libro e noi mettemmo a sua disposizione i nostri materiali e tutto il tempo necessario per discuterli e analizzarli. Gli incontri del gruppo, fattisi radi, ripresero con maggior frequenza e insieme cominciammo la progettazione del libro che ora – a quattro anni di distanza – ha finalmente preso corpo. (*infra*, cap. 2).

5. L'analisi di questo tipo di narrazioni – tecnicamente “narrazioni di malattia” – ha una lunga tradizione di ricerca nella quale i principali riferimenti possono essere individuati nei lavori di Bury (2001); Frank (1985); Good (1984, trad. it. 1999); Kleinman (1988).

6. Qui e negli studi richiamati nel testo la nozione di “genere” è intesa in un'accezione prossima a quella propria della critica della letteratura. Torna utile in tal senso la definizione di genere resa da Tzvetan Todorov che li qualifica come istituzioni che funzionano come «“orizzonti di attesa” per i lettori e come “modelli di scrittura” per i lettori» (Todorov, 1978, trad. it. 1999: 51). L'impiego della nozione di genere alle narrazioni autobiografiche è stato efficacemente sviluppato da Gergen (1984).

Di lì a poco, come emerge dalla ricostruzione della storia del Gruppo (vedi *infra*, par. 2.1), approdò a Settimo anche la seconda autrice del volume, Giulia Lepori, che finalizò la sua collaborazione alla preparazione della propria tesi di laurea magistrale.

Da tutto ciò emerge uno dei tratti distintivi di questo libro, il fatto che abbia preso forma a partire dalla collaborazione fra due diverse istanze di ricerca, quella di chi ha materialmente vergato le pagine di questo volume, inscrivendone i contenuti all'interno di una specifica cornice teorica, e quella di chi ha fatto ricerca sulla propria esperienza delle voci e a inteso rendere pubblici i risultati del proprio lavoro. In questo senso questo studio non si configura esclusivamente come un esercizio di ricerca azione partecipata (Kemmis, Mc Taggart 2000), ma come un tentativo – il lettore deciderà quanto riuscito ed efficace – di antropologia dialogica (vedi Clifford, 1983) nel quale l'alternanza delle voci non è solo resa dal consueto ricorso a citazioni (*quotation*) tratte dai materiali empirici, ma anche dalla condivisione del lavoro di scrittura, nel quale – ciascuno con le proprie capacità – si sono avvicinati gli autori del volume e i protagonisti delle vicende narrate.

Quest'ultima osservazione dà lo spunto a un approfondimento sugli aspetti di metodo che presiedono alla realizzazione di questo lavoro. Le riflessioni riportate nelle pagine che seguono si basano su di un insieme composito di materiali. Un primo nucleo è costituito dalle trascrizioni degli incontri del Gruppo Voci. Come meglio si dirà più oltre, il Gruppo Voci ha lavorato ricorrendo, almeno per i primi anni della propria attività, alla registrazione di tutti gli incontri e alla loro trascrizione. Questi materiali sono stati indispensabili per ricostruire le prime stagioni del Gruppo Voci. Li abbiamo esaminati con l'atteggiamento critico dello storiografo, ma potendo anche contare sulla possibilità di confrontare le nostre interpretazioni con quelle di chi aveva preso parte agli eventi narrati. Abbiamo inoltre condotto dieci interviste discorsive che hanno coinvolto i componenti più attivi del Gruppo Voci. Le interviste, trascritte integralmente, hanno poi guidato l'elaborazione delle nostre analisi e la composizione della prima stesura della galleria di ritratti presentata nel par. 2.2. Alla ricostruzione dell'esperienza del Gruppo Voci ha inoltre contribuito una ricca messe di materiali etnografici acquisiti attraverso la partecipazione agli incontri del gruppo tenutisi negli ultimi due anni. Decisiva, inoltre, fu la partecipazione, con una parte del Gruppo Voci, alla prima conferenza della rete nazionale degli Uditori di voci, il 9 e 10 maggio 2008. I materiali etnografici sono stati altresì arricchiti dalla partecipazione alla Conferenza internazionale del movimento degli uditori, tenutasi a Londra il 29 gennaio 2008, presso la University of East London. Completa il repertorio dei materiali empirici cui abbiamo attinto la videoregistrazione dei seminari della nascente rete italiana degli uditori e del Convegno di Reggio Emilia richiamato più sopra.

Il volume è organizzato in tre capitoli che si propongono di restituire il senso del nostro singolare viaggio nel mondo delle voci. Il primo capitolo

ricostruisce la cornice nazionale e internazionale che ha fatto da teatro alle vicende del Gruppo Voci. In questo capitolo viene ricostruita la storia del movimento internazionale degli uditori di voci, per poi dirigere lo sguardo sul contesto italiano. Vengono ripercorse le tappe che condussero alla nascita e alla diffusione dei gruppi di auto-mutuo aiuto di Uditori e alla costituzione della rete internazionale del movimento, con un doveroso approfondimento sul Gruppo Voci, di cui vengono colte le somiglianze e le differenze che, ora lo legano, ora lo separano dal movimento internazionale degli uditori. Il secondo capitolo – il cuore del libro – racconta la storia del Gruppo Voci. Il racconto è costruito in prima persona: un noi impiegato per descrivere la storia collettiva del Gruppo; un io impiegato per ricostruire le vicende personali degli uditori che hanno dato vita a questa esperienza. Con questa scelta stilistica abbiamo inteso rendere evidente la natura dialogica del testo, il fatto che alla sua composizione abbiano contribuito più mani. Il terzo capitolo affronta il tema delle voci in una prospettiva che è insieme più generale e più teorica. L'azione del movimento degli Uditori di voci viene interpretata come l'esercizio di una pratica di resistenza (Foucault, 1976, trad. it. 2006: 84 ss.; Armstrong, Murphy, 2011) volta a rivendicare la demedicalizzazione dell'esperienza delle voci. Questa tesi è collocata all'interno di una riflessione più generale sui processi di medicalizzazione delle differenze che hanno luogo in un insieme vasto ed eterogeneo di territori, dall'invicchiamento alla menopausa, dalla "bruttezza" all'omosessualità, sino alle differenze che si mostrano nelle modalità di apprendimento scolastico. Ci si sofferma, in particolare, sui processi di medicalizzazione di stati d'animo e modi di essere-nel-mondo, quali la tristezza e la timidezza, sviluppando queste riflessioni a partire da un'analisi critica della "bibbia della psichiatria" (Horwitz, Wakefield, 2007: 7), il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quest'analisi sorregge una conclusione che è opportuno anticipare. La medicalizzazione delle differenze conduce a una severa contrazione della gamma delle emozioni umane, impoverita di quei picchi, di quelle increspature che ne costituiscono il sale (cfr. Lane, 2007: 8; Borgna, 2010: xv; xvii). La medicalizzazione delle differenze produce una preoccupante contrazione, nel più vasto contesto societario, della capacità di tollerare e apprezzare ciò che non è conforme (cfr. Conrad, 2007: 148). Questa è dunque la mappa del percorso lungo il quale ci proponiamo di condurre il lettore. Prima di metterci in moto, torna utile un conciso esame di ciò che sta al centro di queste pagine: le voci.

Ci sono diversi modi di parlare delle voci. Lo si può fare richiamando le definizioni di questa esperienza raccolte nella letteratura clinica. Lungo questo itinerario le voci prendono il nome di "allucinazioni verbali uditive" e designano perlopiù il sintomo di una malattia. Ma si può parlare delle voci anche da un'altra prospettiva, restando ancorati all'esperienza di chi le ode<sup>7</sup>.

7. La distinzione proposta nel testo richiama l'opposizione fra "illness" e "disease", messa a punto da Arthur Kleinman per separare le rappresentazioni delle patologie croniche rese,

Sarà quest'ultima la strada che seguiremo e questo per almeno due ragioni. La prima discende dalla prudenza: nessuno degli autori è uno psichiatra e questo suggerisce di non avventurarsi in territori poco o nulla conosciuti. La seconda ragione, più decisiva, attiene alla scelta di adottare la medesima prospettiva analitica del Gruppo Voci, quella di valorizzare il «sapere per esperienza» dei suoi membri, di mettere in primo piano l'esperienza degli uditori, concentrandoci sulle sole voci (e non già sull'insieme di *sintomi* che il DSM vuole si accompagnino ad esse) con l'intento di riconoscere in questa esperienza più quanto la accomuna che quanto la separa dal modo di essere-nel-mondo del «popolo dei sordi» (vedi *infra*, cap. 3, nota 27), dal modo di essere-nel-mondo di chi non ode le voci.

L'esperienza delle voci è innanzitutto un'esperienza privata: fa parte del mondo proprio dell'uditore e non del mondo condiviso dalla più vasta compagine umana<sup>8</sup>. Mentre per le voci ordinarie, con cui viene tessuta la comunicazione nella vita quotidiana, è possibile immaginare che un altro, al nostro posto, le possa udire e che, talvolta, questi possa riconoscere la persona dalla quale la voce proviene; nel caso delle *voci* di cui ci occupiamo qui questo non accade. La voce è udita solo dall'uditore, che spesso non è neppure in grado di identificarne in modo chiaro la provenienza<sup>9</sup>. Sotto questo profilo l'esperienza delle voci assomiglia a quella del dolore fisico. Il nostro dolore è solo nostro, non lo possiamo mostrare ad altri, possiamo – questo sì – parlarne, descriverlo, ma nessuno potrà mai sentirlo come lo sentiamo noi (cfr. (Good, 1994, trad. it. 1999: 192). Le voci, inoltre, sono di norma distinte dall'uditore dalle altre e più comuni esperienze di comunicazione interumana. Maurice Merleau-Ponty, in *Fenomenologia della percezione*, descrive questo tratto con un'immagine di particolare efficacia. Le allucinazioni, dice Merleau-Ponty, «si svolgono su di una scena diversa da quella del mondo percepito, sono come *in sovrainpressione*.» (Merleau-Ponty, 1945, trad. it. 2003: 439, enfasi mia). Poco più in là, il filosofo francese soggiunge: «L'allucinazione non è nel mondo, ma “davanti” a esso» (*ibidem*: 440). Tutto ciò trova conferma nella constatazione – documentata da questo lavoro, e con esso dalla più parte degli studi dedicati al tema delle voci – che gli uditori, magari non subito, ma in breve tempo imparano a distinguere le voci dai di-

rispettivamente, dai sofferenti (*caregiver* compresi) e dai professionisti della salute (vedi Kleinman, 1988a: 3-8).

8. Nel testo alludo alla distinzione eraclitea fra mondo condiviso, tipico della veglia, e mondo proprio, tipico del sonno, distinzione ripresa dalle più prominenti figure della psichiatria fenomenologica: Eugène Minkowski e Ludwig Binswanger (vedi Binswanger, 1995, trad. it. 2007: pp. 91-124).

9. Si dà qui una sintonia con la definizione di allucinazioni acustiche uditive resa da Erwin Strauss, che al riguardo osserva: «Gli schizofrenici odono voci, non persone (che parlano) (...) Le voci non hanno una posizione determinabile. Sono ubiquitarie, chiamano di lato, di sotto, da dietro» (citato in Dalla Luche, 2006: 74).



scorsi proferiti da un parlante in carne ed ossa<sup>10</sup>. È dunque improprio pensare alle voci come a una percezione in tutto e per tutto assimilabile a tutte le altre, salvo per il fatto di non avere un oggetto, o meglio, di scaturire da un “oggetto” che anche gli altri non possono riconoscere come tale.

Il contenuto di queste voci e il tono con il quale si rivolgono all’uditore è estremamente variabile ma, come insegnano gli uditori, profondamente legato alle vicende biografiche di chi ode le voci e al contesto culturale entro cui questa esperienza prende forma. Apprendiamo così che le voci si sovrappongono (vedi più sopra) al mondo dell’uditore in modi diversi: come una sorta di voce fuori campo che commenta – ora benevolmente, ora meno – gli eventi; come un interlocutore che coinvolge l’uditore in una conversazione; come una voce disciplinante, che dà ordini, che comanda in tono perentorio<sup>11</sup>. Questa esperienza “privata”, ma non per questo irreale, viene vissuta, almeno una volta nella vita, da circa il 10-15% della popolazione occidentale (Jenner, Wiersma, 2006: 113). Fra tutti costoro, solo la metà richiede l’aiuto di un servizio di salute mentale (Romme, Escher, 2006: 146). Se poi volgiamo lo sguardo al di là dell’Occidente, o meglio, al di là dei Paesi industrializzati, possiamo osservare come l’esperienza delle voci in molte popolazioni indigene sia, non solo diffusa, ma anche oggetto di uno speciale riconoscimento sociale. È il caso degli sciamani delle tribù siberiane o degli Indiani d’America che, durante il lutto per la morte di una persona cara, ne odono la voce (su questi aspetti vedi *infra*, cap. 3).

Su questo profilo comune si innestano un insieme composito di tratti responsabili dell’eterogeneità dell’esperienza vissuta delle voci. *Vivere con le voci* è diverso in ragione del tempo trascorso con esse e in ragione del senso riposto in quest’esperienza. Rispetto al primo aspetto, il tempo, torna utile la

10. Al riguardo Giovanni Jervis osserva: «per lo più è lecito dubitare che le voci allucinatorie vengano *percepite* allo stesso modo delle voci vere: più probabilmente esse vengono *interpretate* come voci vere, e credute tali» (Jervis, 1997: 231). Questa interpretazione viene supportata anche dai materiali empirici raccolti da Vincenza Pellegrino in un recente studio sulle narrazioni di malattia raccolte fra i pazienti dell’area Triestina. A proposito delle narrazioni di malattia raccolte dagli uditori interpellati, Pellegrino osserva quel che segue. «In realtà i testimoni non raccontano mai propriamente di una confusione tra realtà e immaginazione, quanto piuttosto di un doppio registro o, tutt’al più, di una competizione tra registri. Non si confonde mai la voce di una persona reale e quella delle voci allucinatorie e, quand’anche a tratti i testimoni paiono considerare persecutorie le voci del medico e dei familiari, esse rimangono distanti ed esterne» (Pellegrino 2012: 101).

11. Nel primo convegno nazionale del movimento italiano degli Uditori di voci, tenutosi a Reggio Emilia nel dicembre del 2007, al quale il Gruppo Voci ha partecipato con una propria delegazione, Cristina Contini, leader della rete italiana degli Uditori di voci, ha illustrato con un’efficace messa in scena questa declinazione disciplinate delle voci, con comandi quali: «Fai la doccia!»; «Non fare la doccia!»; «Non bestemmiare!»; «Non mangiare fuori pasto!»; «Non salutare quella persona!»; «Bevi!»; «Ti dico di bestemmiare!»; «Va a camminare!»; «Non parlare agli altri delle voci!», fino al più drammatico «Non vali niente, falla finita!». Jenner e Wierma sostengono che le voci imperative, affliggono il 50% degli uditori (Jenner Wierma, 2006: 113).



classificazione proposta da Marius Romme e Sandra Escher elaborata a partire dai resoconti resi dagli uditori che parteciparono alla prima conferenza di Utrecht, nel 1987 (Romme, Escher, 1993, trad. it. 1997: 13 ss.). Romme ed Escher individuano, nel rapporto con le voci, tre fasi (vedi *infra*, cap. 1). La prima, di *sorpresa*, descrive il momento nel quale le voci irrompono nella vita dell'uditore, gettandolo in un mondo altro, talvolta confortevole, rassicurante, ma il più delle volte terrificante, non foss'altro perché profondamente dissimile da quello abitato sino a quel momento. La durata di questa fase è variabile: può accompagnare l'intera vita dell'uditore, ma può anche evolvere nella fase successiva, quella dell'*organizzazione*, a condizione che l'uditore sia disposto ad accettare le proprie voci. La fase di organizzazione si basa su di un'attività di selezione e comunicazione con le voci. L'uditore entra in questa fase quando riesce ad attivare una forma di ascolto e comunicazione selettiva con le voci da cui è abitato, prestando attenzione alle voci positive e cercando di ignorare o ridimensionare quelle negative, che aggrediscono la sua persona e la sua capacità di *agency*, di azione. La terza fase, di stabilizzazione, coincide con il pieno riconoscimento delle voci come di una parte di sé, con la quale la convivenza è possibile e talvolta felice. Quel che Romme ed Escher escludono è la via più battuta nei servizi di salute mentale, quella che passa dall'estirpazione chimica delle voci, messe a tacere dai neurolettici: efficaci – benché non sempre<sup>12</sup> – ma al prezzo di una schiera di effetti secondari di non poco conto, quali la sonnolenza, l'aumento di peso, la riduzione della libido e in generale la perdita della lucidità. Il secondo aspetto, quello del senso riposto nell'esperienza delle voci, si lega a doppio filo con il più generale atteggiamento nei confronti di questa esperienza, la sua accettazione o il suo rifiuto. L'accettazione – pilastro del movimento degli uditori – consente di trasformare l'esperienza delle voci dal segno di una patologia radicata dal cervello, uno *stigma*, a una differenza (un essere diversamente come direbbe Minkowski), che apre a una relazione con gli altri e con il mondo e che può configurarsi come un dono, un *carisma* (vedi *infra*, cap. 3).

12. Jenner e Wiersma documentano come, per oltre il 30% dei pazienti sottoposti a terapia antipsicotica, le voci persistono (Vedi Jenner, Wiersma, 2006: 115). Le tesi di Jenner e Wiersma trovano una vivida eco nelle parole di Adriano, colonna del Gruppo Voci, e da anni in cura con uno dei più diffusi psicolettici *depot*, a base di aloperidolo: «per me è come acqua fresca!» (vedi *infra*, cap. 2).



# 1. Il movimento degli Uditori di voci

*Lo spirito soffia dove vuole e tu ne odi la voce,  
ma non sai donde viene.*

Geremia 3.8

## 1. Le origini in Olanda e nel Regno Unito

Nella prima metà degli anni Novanta si costituisce in Olanda il Movimento degli *Uditori di voci*, a partire dall'esperienza di Marius Romme e Sandra Escher<sup>1</sup> fondatori di *Intervoice*. Esso si svilupperà negli anni successivi nel Regno Unito, che resta tutt'ora il Paese in cui gli *uditori* sono più attivi, ma anche in altri Paesi europei<sup>2</sup>, oltre che negli Stati Uniti, in Canada, in Australia, nella Nuova Zelanda, in Giappone e in Palestina.

Nelle prime pagine di *Accettare le voci* (1993, trad. it. 1997) lo psichiatra Marius Romme rievoca l'esperienza clinica dalla quale ebbe inizio l'avventura del movimento degli Uditori di voci. Romme racconta di una sua paziente, Pasty Hage, cui era stata attribuita la diagnosi di schizofrenia, e che, nonostante il massiccio ricorso a neurolettici, era ancora abitata da voci che le suscitavano profonda ansia. In quella vicenda – ricorda Romme – l'unica nota positiva era costituita da una singolare convinzione maturata dalla propria paziente, tratta dalla lettura del libro di Julian Jaynes, *L'origine della coscienza e il crollo della mente bicamerale* (1976, trad. it. 2002). La lettura di questa ponderosa monografia indusse la signora Hage a guardare alle voci dalle quali era abitata come non aveva mai fatto in precedenza, riconoscendo in questa sua differenza un modo di essere nel mondo che in passato era comune; un modo di essere nel mondo proprio degli eroi dell'antica Grecia, celebrati da Omero, che avevano il privilegio di udire la voce degli

1. Marius Romme ha insegnato psichiatria sociale all'Università di Maastricht dal 1974 al 1999 ed è uno dei fondatori del movimento degli Uditori di voci *Intervoice*. Sandra Escher è una giornalista scientifica, collabora con l'Università di Birmingham e si occupa da molti anni di salute mentale, in particolare dell'esperienza dell'udire voci.

2. Dal sito di *Intervoice*, L'associazione internazionale degli Uditori di voci, presieduta da Marius Romme, apprendiamo che ci sono reti nazionali in Austria, Inghilterra, Scozia, Galles, Irlanda, Francia, Svezia, Norvegia, Spagna, Svizzera, Germania, Danimarca, Grecia, Olanda e, ultima, ma non meno importante, Italia.

dei. Ma quali sono, in dettaglio, le tesi di questo controverso psicologo statunitense?

Julian Jaynes sostiene che, prima della nascita della psichiatria, *sentire le voci* era considerato un fenomeno piuttosto comune e un fatto abbastanza diffuso: le antiche teocrazie mesopotamiche, egiziane ed ebraiche si basavano sull'autorità della voce divina rivelata e mediata dai sacerdoti e dai profeti; nell'antica Grecia, la *trance* oracolare era un'istituzione diffusa e oggetto di venerazione. In epoca medioevale, le *voci* potevano essere attribuite ai santi, come risulta da alcune agiografie o alla simulazione, come nel caso di Giovanna d'Arco, o, in taluni casi, al demonio, ma non certo alla follia. Diversi profeti e anche eminenti figure della storia come Pitagora, Socrate, Galileo o Pascal, solo per citarne alcuni, hanno vissuto questa esperienza. La religione occidentale, cattolica in particolare – prosegue Jaynes – è permeata di voci provenienti dal politeismo Mediterraneo e deve ad una *Voce*, quella di Dio, la rivelazione del codice universale dei comportamenti umani; e sempre una *Voce* annunciò e accompagnò la nascita di un uomo, Gesù Cristo.

Lo studio di Julian Jaynes sviluppa la tesi secondo la quale l'esperienza del *sentire le voci* possa in qualche modo ritenersi vestigia di un'epoca in cui la coscienza umana, così come oggi la conosciamo, non era ancora sorta (Jaynes, 1976, trad. it. 2002). Egli afferma sostanzialmente che la coscienza, che crediamo connaturata agli esseri umani, sia un'invenzione umana abbastanza recente e che «ci fu un tempo in cui la natura umana era scissa in due parti: una parte direttiva chiamata dio, e una parte soggetta chiamata uomo» (*ibidem*: 111), un tempo in cui *sentire le voci* era la norma.

A sostegno della propria tesi, l'autore propone un insieme di presunte prove storico sociali e fornisce un'ipotesi di tipo organico all'origine delle *voci*. Tra le prove di tipo storico sociale, Jaynes, propone un'interessante studio dell'Iliade, ponendosi il seguente interrogativo: qual è la forma mentale rivelata dagli scritti più antichi dell'umanità? Il primo testo della storia umana – sostiene Jaynes – che essendo scritto in una lingua che possiamo tradurre con sufficiente sicurezza e che possiamo considerare in connessione con l'ipotesi proposta è l'Iliade. In generale nell'Iliade – scrive Jaynes – non esiste coscienza. Tuttavia ci sono alcune parole che in generale sono la massima approssimazione di un individuo, persona o dio, al possesso di una mente cosciente o di pensieri coscienti<sup>3</sup>. Nell'Iliade non è neppure presente una parola che sta ad indicare il concetto di volontà. Gli uomini nell'Iliade quindi, non hanno una coscienza, non hanno una propria volontà e certamente nessuna nozione di libero arbitrio. Essi non hanno momenti in cui si fermano a riflettere sul da farsi. Non hanno, come noi, una mente cosciente

3. Ad esempio la parola *psyche* che in seguito prese il significato di “anima” o “mente cosciente” designa nella maggior parte dei casi sostanze vitali come il sangue o il respiro. o la parola *thumos* che letteralmente si può tradurre con anima emozionale. Forse la parola che più si avvicina è *noos* che deriva dal verbo *noeo* e la sua traduzione più appropriata nell'Iliade ha che fare con qualcosa come “percezione” o “riconoscimento”.

e certamente non hanno la facoltà di introspezione. Sono gli dei a prendere il posto della coscienza: tutte le loro azioni non trovano il loro inizio in piani, ragioni e motivi coscienti bensì nelle azioni e nei discorsi degli dei. Così come lo stesso poema è il canto di una dea. Chi erano dunque questi dei? «Erano voci – osserva Jaynes – le cui parole e le cui istruzioni potevano essere udite dagli eroi dell’Iliade così distintamente come le voci udite da certi pazienti epilettici o schizofrenici o come le voci udite da Giovanna d’Arco. Gli dei erano organizzazioni del sistema nervoso centrale e li si può considerare come *personae* nel senso di forti presenze costanti nel tempo, amalgami di immagini parentali o ammonitorie. Il dio è parte dell’uomo (...). Gli dei sono quelli che noi oggi chiamiamo allucinazioni. Di solito essi sono visti e uditi solo da particolari eroi cui si rivolgono. A volte si presentano avvolti da una nebbia o emergono dalla spuma del mare o da un fiume, o scendono dal cielo, il che suggerisce che sono preceduti da un’aura visuale. Altre volte però compaiono semplicemente. Di solito si presentano direttamente con la loro identità, spesso come semplici voci, ma a volte assumono l’aspetto di persone molto vicine all’eroe» (*ibidem*: 100). L’uomo dell’Iliade non ha una soggettività come noi; non ha consapevolezza delle sua consapevolezza del mondo, non ha uno spazio mentale interno su cui esercitare l’introspezione. Per distinguerla dalla nostra mente cosciente soggettiva – scrive Jaynes – chiamiamo la forma mentale dei micenei “mente bicamerale”. La volizione, i progetti, l’iniziativa sono organizzati senza alcuna coscienza e vengono quindi “detti” all’individuo nel linguaggio che gli è familiare, a volte con l’aura visuale di un amico a lui caro o di una figura autorevole o di un “dio”, altre volte da una semplice voce. L’individuo obbediva a queste voci allucinatorie perché non riusciva a “vedere” da sé cosa fare. (Jaynes, *ibidem*). In conclusione – scrive Jaynes – «il testo più antico dell’umanità, scritto in una lingua che siamo veramente in grado di capire, se considerato in modo oggettivo, ci rivela una forma mentale molto diversa dalla nostra. E questo fatto io penso che debba essere accettato come vero. I pochi casi di narratizzazione, di ricorso all’analogo “io” o a uno spazio mentale, che compaiono qua e là nell’Iliade sono considerati dagli studiosi aggiunte posteriori. Il grosso del poema è coerente nella sua mancanza di una coscienza analogale e indica un tipo di natura umana molto diverso da noi. Poiché sappiamo che la cultura greca divenne rapidamente una letteratura della coscienza, possiamo considerare l’Iliade un’opera situata alla grande svolta dei tempi, una finestra su quei tempi privi di soggettività in cui ogni regno era essenzialmente una teocrazia e ogni uomo era lo schiavo di voci udite ogni volta che insorgeva una situazione nuova» (*ibidem*).

Quindi nell’Antica Grecia al posto della coscienza parlavano gli dei e questa credenza – sostiene Jaynes – era dovuta ad una reale modalità di funzionamento delle mente che produceva delle vere e proprie voci udibili distintamente. Nell’emisfero destro albergavano le voci degli dei che parlavano agli uomini ordinando loro cosa fare. Nello specifico, il sistema di voci in-

terveniva qualora occorresse prendere delle decisioni. Lo sviluppo dell'emisfero sinistro e del linguaggio avrebbe poi comportato una dislocazione della "voce-coscienza" all'interno del dialogo interiore. La coscienza ha quindi origine dalla scomparsa del comune udire voci, ovvero dal crollo del funzionamento della mente bicamerale. Jaynes ritiene che il fenomeno del *sentire le voci* possa essere funzione di aree del cervello oggi inutilizzate e che nell'*uditore di voci* in presenza di determinati fattori fisiologici, psicologici, personali si riattivi la mente bicamerale. Inoltre Jaynes sostiene che l'area dell'emisfero destro se stimolata elettricamente negli esseri umani, riproduca esperienze uditive simili a quelle provate da chi ode le voci.

Sulla solidità filologica dell'interpretazione di Jaynes del poema omerico, così come sulla consistenza del modello di mente proposto ne *Il crollo della mente bicamerale*, sono state avanzate numerose e fondate critiche (vedi Cavanna, Trimble, Cinti, Monaco, 2007). Qui, tuttavia, non è questo il punto. Il libro di Jaynes resta rilevante per la sua capacità di ispirare uno specifico "contro-discorso" (Armstrong, Murphy, 2011) sull'esperienza delle voci, un discorso capace di innescare quel processo di deopatologizzazione dell'alterità dell'uditore su cui si sofferma il capitolo 3 in questo volume.

Tornando alla vicenda di Pasty Hage, Romme ricorda come, per la propria paziente, l'attribuire alle proprie voci un'origine, insieme remota e nobile, le fu di gran conforto. Muovendo da questa constatazione, Romme cominciò a domandarsi se questa sua paziente fosse in grado di comunicare ad altri uditori di voci il proprio convincimento, e se questi ultimi avrebbero potuto trarre beneficio dall'adesione a questa credenza – almeno di primo acchito – singolare. Al riguardo l'opinione di Ron Coleman, uno fra i leader del movimento degli uditori, è particolarmente istruttiva:

Quando Patsy lesse il libro di Julian Jaynes non sapeva che le sue domande – quelle che il libro suscitò in lei – avrebbero poi così toccato tante persone. Di fatto si deve alle sue domande se il *network* degli Uditori di voci oggi esiste, e così la risonanza di questo e altri *network* nel mondo. Che lei lo voglia o no, le spetta un posto di premier nella storia del movimento degli Uditori di voci. (Coleman, 1999, trad. it. 2001: 22).

Romme iniziò così ad organizzare alcuni incontri, prima individuali e poi collettivi, con altre persone che udivano le *voci*. Osserva al riguardo Romme:

Quando mi trovai seduto là ad ascoltare le loro conversazioni, fui colpito dalla vivacità con la quale queste persone mostravano di riconoscere le loro reciproche esperienze. All'inizio trovai difficile seguire queste conversazioni; ai miei orecchi, i contenuti erano strani e fuori dall'ordinario e inoltre il tutto era discusso liberamente, come se costituissero un mondo reale a sé stante (Romme, Escher, 1993, trad. it. 1997: 8).

Si susseguirono diversi colloqui e la partecipazione ad un popolare programma televisivo olandese, profilatasi come l'unica strada per parlare con chiarezza di questa esperienza, per raggiungere un numero sufficientemente ampio di persone e per avere la possibilità di raccogliere testimonianze di

non internati e di chi avesse sviluppato una buona strategia per fronteggiare le proprie voci, «un modo per aiutare gli altri ad ottenere maggior controllo sulle loro voci» (*ibidem*, pag. 8). Alla trasmissione televisiva parteciparono sia Romme sia la sua paziente e invitarono gli spettatori che vivevano o avevano vissuto questa esperienza, a contattarli. Risposero all'appello 700 persone, di cui 450 uditori di voci, 300 dei quali si descrivevano come incapaci ad affrontare le voci e 150 che avevano invece trovato un metodo per affrontarle.

Romme decise poi di inviare un questionario alle persone che avevano risposto all'appello televisivo, in modo da raccogliere maggiori informazioni: l'età alla quale, per la prima volta, sentirono le voci, il numero e la natura delle voci, eventi ed esperienze precedenti la prima volta in cui erano state udite, le modalità di fronteggiamento e l'ampiezza del controllo su di esse. L'interesse più immediato era costituito dalle differenze tra coloro che erano riusciti a tenere testa alle loro voci e coloro che non vi erano riusciti e proprio su questa differenza vennero organizzati i dati in due gruppi, uno costituito da coloro che affermarono che erano in grado di affrontare le voci e l'altro da coloro che dissero che non lo erano. Un altro aspetto interessante rilevato fu la differenza tra chi era stato paziente psichiatrico e chi no. I confronti tra i due gruppi portarono Romme e i suoi collaboratori ad un'importante 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: 13).

Ad alcuni degli uditori che restituiscono il questionario venne chiesto di partecipare ad un'intervista discorsiva e tra questi ultimi, ne vennero scelti venti, cui Romme chiese di raccontare la propria esperienza in una conferenza che si tenne in una grande sala di proprietà di un'organizzazione sindacale, senza alcun collegamento con alcuna istituzione psichiatrica, sebbene alcuni membri del dipartimento di psichiatria a cui afferivano anche Romme e Escher, fossero presenti per coordinare l'organizzazione dell'incontro. Gli interventi del mattino furono tenuti tutti da persone che udivano voci e che avevano risposto all'appello televisivo. Durante il pomeriggio vi furono una serie di gruppi di lavoro più piccoli in cui partecipavano alcuni membri del dipartimento di psichiatria nel ruolo di facilitatori. Nelle narrazioni condivise dai partecipanti al convegno Romme individuò nell'esperienza delle voci tre fasi tipiche: la fase della sorpresa, la fase di organizzazione e la fase di stabilizzazione.

La prima fase descrive l'inizio dell'esperienza dell'udire le voci, e viene presentata come un'esperienza del tutto improvvisa, causa di ansia e ricordata generalmente dagli uditori come un momento preciso. Alcuni raccontarono di aver sentito le voci a seguito di un trauma e descrissero due tipi principali di impatto: per i più fortunati le voci vennero percepite come positive, di sostegno e come un aspetto comprensibile dal loro sé interiore; per gli altri le voci sperimentate erano aggressive e generalmente negative sin dal primo momento e non vennero accettate come parti di sé o comunque come fenomeni generati dal proprio interno. Solo coloro che furono capaci ad accettare le proprie voci – sostiene Romme – riuscirono ad adottare delle efficaci strategie di fronteggiamento, descritte nella seconda fase definita appunto *dell'organizzazione*. Emerse dai resoconti degli uditori che alcune delle strategie di maggior efficacia e maggiormente utilizzate consistevano, ora nell'ignorare le voci, ora nell'ascoltarle selettivamente, ora nell'avviare volontariamente un dialogo con loro e stabilire con esse accordi precisi. Uno dei metodi più proficui fu quello di selezionare le voci positive, ascoltandole e parlando con loro, nel tentativo di capirle, decidendo, per contro, di ignorare le voci negative. La terza fase presentata dall'autore, riguarda coloro i quali imparando a gestire le voci, trovarono un certo equilibrio, e le considerano come parti integranti di se stessi e della loro vita. Durante questa fase il soggetto è in grado di scegliere se seguire gli avvertimenti delle voci oppure le proprie idee e – riporta Romme – può dire: “odo voci e sono contento di udirle” (Romme, Escher, 1993, trad. it. 1997: 21).

In seguito Romme e Escher parteciparono a Trieste ad una conferenza dal titolo “La questione della psichiatria”, patrocinata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità alla quale incontrarono Paul Baker, già attivo nella promozione e sviluppo nella ricerca di soluzioni non mediche ai problemi di salute mentale<sup>4</sup>. Baker rimase colpito dai risultati delle ricerche condotte dagli studiosi olandesi, in particolare dall'interpretazione di questi risultati resa da Romme e Escher: “le persone odono per davvero le voci e queste hanno significati che vanno al di là della saggezza di senso comune che vuole che siano mere allucinazioni” (Romme, Escher, 1993 trad. it. 1997: 29). Nel novembre dello stesso anno Baker fu invitato 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: rimase colpito dall'approccio adottato e in particolare dall'accento posto sull'alleanza tra gli Uditori di voci e professionisti che dovrebbero seguire le loro indicazioni. L'invito di Romme a questa conferenza fu esplicito:

vi chiedo di provare a fare la stessa cosa in Inghilterra. In ogni paese devono essere costituiti dei gruppi nei quali la gente possa parlare insieme dell'udire voci... gruppi di

4. Sulle radici triestine del movimento degli Uditori di voci vedi Crossley, 2006: 169-170.



persone con la stessa esperienza finiscono per cambiare atteggiamenti...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 e Escher, 1993, trad. it. 1997: 31).

Successivamente a questo incontro, Baker si attiverà in Inghilterra per diffondere gli studi di Romme e Escher e per promuovere la rete degli uditori. Si susseguirono così una serie di iniziative e furono avviati i primi gruppi di auto mutuo aiuto dapprima in Olanda e in Inghilterra, ma col passare del tempo anche in altri Paesi europei e recentemente anche in Italia. Fu fondata *Intervoice*<sup>5</sup> (*The International Network for Training, Education and Research into Hearing voices*), un *network* internazionale per uditori di voci a cui è possibile accedere attraverso l'omonimo sito web, il quale risponde alla necessità di disporre di una struttura organizzata e formale per coordinare le numerose iniziative internazionali che si sono e si stanno susseguendo.

Alla valorizzazione delle voci corrisponde la contestazione della raffigurazione di questa esperienza proposta dal mondo della psichiatria convenzionale attraverso l'etichetta di schizofrenia, che gli uditori rifiutano. Marius Romme in un articolo pubblicato su *Intervoice* nel 2007, illustra le motivazioni alla base della campagna per l'abolizione dell'etichetta "schizofrenia", nel quale possiamo trovare una sintesi dei principi e delle idee fondanti il movimento. Prima di tutto – sostiene l'autore – non ci sono prove scientifiche né test fisici o psicologici sufficienti a dimostrare l'esistenza della schizofrenia, malgrado in ambito psichiatrico si sostenga che essa sia una malattia accertata e i trattamenti offerti e la maggior parte delle informazioni a disposizione delle gente comune «perpetuano questa finzione».

È opportuno ricordare a questo proposito lo studio effettuato da Rosenham (1988) sull'etichettamento dei malati mentali. Rosenham era convinto che le categorie sociali di salute e malattia mentale poggiassero solo in misura ridotta su dati obiettivi e che, in molti casi, l'attribuzione a un individuo dello *status* di malato fosse perlopiù una costruzione sociale. In specifico Rosenham si chiese se nella definizione della diagnosi di malato mentale contino di più le caratteristiche dei pazienti o quelle dei luoghi nei quali si trovano, il contesto – in genere un'istituzione psichiatrica – in cui viene applicata la diagnosi. Per rispondere a questa domanda Rosenham escogita un esperimento, a dir poco, diabolico. Otto suoi collaboratori, perfettamente sani, chiesero di farsi ricoverare rivolgendosi a 12 ospedali distribuiti in cinque diverse città degli Stati Uniti, ospedali diversi fra loro quanto alle dimensioni, al carattere pubblico o privato, al profilo scientifico: avanzati *versus* arretrati. Gli otto pseudopazienti costituivano un gruppo diversificato tra di loro c'era uno studente di psicologia, tre psicologi, un pediatra, uno psichiatra e una casalinga. Dopo aver fissato un appuntamento telefonico, gli pseudopazienti si recavano all'accettazione e lì lamentavano di «sentire delle voci», di avere cioè del-

5. Vedi <http://www.intervoiceonline.org/>.

le allucinazioni uditive verbali. Questa, con la dichiarazione di una professione diversa da quella svolta, era l'unica *bugia* degli otto pseudopazienti. Interpellati raccontavano della loro vita, della loro famiglia in modo veritiero, presentando un'immagine di sé di assoluta normalità. Gli otto vennero tutti ricoverati e benché, una volta giunti in reparto, avessero immediatamente interrotto la messinscena, vennero trattenuti a lungo, per essere poi dimessi – tutti indistintamente – con la diagnosi di «schizofrenia in remissione»<sup>6</sup>. Addirittura durante la degenza gli otto simulatori procedettero alla redazione di appunti di campo, dapprima in modo coperto, poi palese; cosa quest'ultima che suscitò i sospetti, non già dello *staff* sanitario, ma degli altri ricoverati che riconobbero in loro dei simulatori. Gli otto ricercatori poterono così fare esperienza delle conseguenze dell'essere sano in un posto insano. Non pago di questo risultato Rosenham progettò una controprova. Comunicò all'equipe medica di un ospedale che conosceva la ricerca di Rosenhan e riteneva impossibile che errori così macroscopici potessero accadere tra le sue mura, che nei successivi tre mesi uno o più pseudopazienti avrebbero tentato di esservi ammessi. Lo disse, ma non lo fece. Ebbene, in quel periodo, su 193 pazienti ammessi nell'ospedale preso di mira da Rosenham, 41 vennero dichiarati dall'*équipe* dei simulatori. L'esperimento di Rosenham, con tutti i limiti metodologici che lo contraddistinguono – primo fra tutti l'assenza di un gruppo di controllo in entrambi gli esperimenti – consegna comunque un risultato degno di nota, relativo alla gracilità della diagnosi psichiatrica.

Negli ultimi Trenta anni – sostiene Romme – si è formata l'idea tra i *professional* che il *background* sociale ed emozionale dei pazienti non sia particolarmente importante nello sviluppo della psicosi e sebbene potrebbe avere un ruolo come evento scatenante, non è considerato come causa. La cosa assurda e dannosa è che questa prassi ha la pretesa di essere rigorosamente medica e di fatto in psichiatria clinica una diagnosi nell'area della psicosi è costruita unicamente sulla base del comportamento e dell'esperienza<sup>7</sup>. Il grosso problema è che il trattamento conseguente è prescritto senza considerare le cause di questo comportamento. Questo sistema può essere paragonato a quello giudiziario che reagisce al comportamento deviante ed è lontano dal prenderne in considerazione le cause.

Alla base del movimento degli *Uditori di voci*, tuttavia, non c'è la negazione dell'esistenza della malattia mentale, ed è questo uno degli aspetti sostanziali che lo differenzia dalle concezioni cosiddette antipsichiatriche, che appunto negano l'esistenza della malattia mentale. Scrive Romme «le persone che vivono l'esperienza della malattia mentale esistono, ma il disturbo *schizofrenia*, e in questo senso la malattia, non esiste». Ma allora – si chiede l'autore – la schizofrenia se non è una malattia, che cosa è? Non esistono o

6. Gli otto simulatori vennero trattenuti negli ospedali cui si erano rivolti dai 7 ai 52 giorni, con una durata media di degenza pari a 19 giorni.

7. Per un'analisi critica della diagnosi in psichiatria si rinvia al par 3.1 in questo volume.

comunque non sono note le cause, tuttavia alcuni studi dimostrano che è possibile individuarle per i singoli sintomi della schizofrenia. Infatti da una ricerca condotta da Romme e colleghi su persone che sentono le voci, emerge che per il 77 per cento di esse<sup>8</sup>, a cui è stata diagnosticata la schizofrenia, il sentire voci è correlato ad un'esperienza traumatica che può variare dall'abuso sessuale, all'aver subito atti di violenza durante il matrimonio, solo per citare alcuni esempi. Traumi che spesso vengono rimossi e le persone iniziano a sentire le voci ma generalmente solo dopo lo svilupparsi di altre esperienze.

I sintomi della schizofrenia non sono da considerarsi il risultato di un'entità 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. Il sentire le voci è considerato quindi un modo per gestire questa vulnerabilità psicologica, è una reazione secondaria che si sviluppa a partire dall'incapacità di gestire i sintomi primari. Tuttavia la psichiatria tradizionale tende ad ignorare i sintomi primari, i traumi che una persona ha vissuto nel corso della sua vita. Ed è proprio su questo aspetto che insiste Romme nell'articolo richiamato più sopra:

questa è una grave trascuratezza, se [gli psichiatri] considerassero seriamente le esperienze traumatiche potrebbero forse comprendere le conseguenze emozionali e i problemi che persistono nelle persone. Non facendo questo, la psichiatria sta abdicando la sua responsabilità di aiutare le persone a capire le relazioni tra le loro voci e le loro esperienze, a supportarle per trovare un altro modo per gestire le voci e le emozioni derivanti dalle loro esperienze traumatiche.

I metodi della psichiatria che Romme etichetta come “tradizionali” *non* considerando le emozioni dei pazienti, non danno loro la possibilità di imparare a gestirle e in ultima analisi, costringono i pazienti a rimanere tali nel tempo a diventare pazienti cronici e in questo senso, l'approccio convenzionale viene considerato dai promotori di questo movimento una profezia che si autoadempie.

Un altro aspetto sottolineato da Romme è l'esistenza di persone che, pur sentendo le voci, non si rivolgono al sistema psichiatrico e, di alcune di esse, che dichiarano di riuscire a convivere quotidianamente. Inoltre alcuni studi epidemiologici riportano che circa il quattro per cento della popolazione generale – non psichiatrizzata – sente le voci e ciò porta a pensare che il sentire le voci in sé non sia una malattia o un sintomo<sup>9</sup>. Infatti una delle idee basilari del movimento degli uditori è il ritenere che una persona non si ammali per le voci, ma ne soffra perché *non* sa come affrontarle e a causa dei problemi

8. Si tratta dei risultati dello studio sviluppatosi a partire dalla partecipazione dei due studiosi e un'uditrice ad un popolare programma televisivo olandese, di cui si è detto più sopra.

9. La percentuale di “uditori” sale al 10-15% se si considera la prevalenza nell'intero corso della vita, ovvero l'aver sperimentato, almeno una volta, l'esperienza delle voci (Jenner, Wiersma 2006: 113).

che questa incapacità può generare. Ecco che questa doppia incapacità rende importante il non mettere l'accento su un disturbo le cui cause non sono del tutto note e rende fondamentale aiutare le persone ad accettare e affrontare le proprie voci e i problemi che ne derivano. Diviene chiara l'idea che sta dietro queste considerazioni: porre l'attenzione sulla schizofrenia significa non risolvere i problemi che soggiacciono alle radici del disturbo, in quanto la schizofrenia – osserva Romme – intesa come malattia non esiste. E fintantoché le diagnosi e i trattamenti rimangono concentrati sul concetto di malattia, di schizofrenia, i *professional* non saranno mai in grado di aiutare le persone che fanno esperienza di questi sintomi a risolvere i loro problemi.

L'essere critico nei confronti della psichiatria – la *non compliance* – può avere dei risvolti positivi nella salute dei pazienti. Infatti all'interno del movimento esistono numerose persone che hanno iniziato un percorso di *empowerment* (vedi Barnes, Bowl, 2001, trad. it. 2003), proprio partendo dalla critica e dalla rabbia nei confronti del sistema psichiatrico. Il risentimento verso questo sistema sembra aver motivato le persone a riprendere la propria vita nelle proprie mani e ha fornito loro la possibilità di guardare verso altre direzioni. In realtà – sottolinea l'autore – generalmente il risentimento, l'essere critici, la rabbia sono visti come parte della malattia, sebbene non siano propriamente dei sintomi della schizofrenia, essi vengono interpretati come una perdita nella capacità di introspezione. Questo aspetto del sistema psichiatrico disincentiva sicuramente la possibilità di guarigione. D'altro canto, 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<sup>10</sup>.

I fautori del movimento non si aspettano che gli uditori siano in grado di cambiare il sistema psichiatrico e non ritengono che sia necessario iniziare una mobilitazione di massa contro l'etichetta di schizofrenia a causa del pregiudizio e del danno che causa. Ma essi sostengono che l'uditore possa usare la propria esperienza, i propri contatti con il sistema psichiatrico, con gli operatori della salute mentale e gli altri pazienti per iniziare a parlare di questi argomenti e ascoltare ciò che gli altri hanno da dire in proposito. Inoltre egli dovrebbe considerare quali aspetti della sua vita passata potrebbero essere collegati all'esperienza di psicosi e chiederlo anche ad altri. Un altro aspetto importante è il provare a distinguere i tipi di esperienza come il sentire le voci, l'aver visioni o allucinazioni o altri sintomi negativi come la mancanza di iniziativa, l'isolamento e chiedersi quale è la difficoltà di *coping*, di fronteggiamento, di queste esperienze<sup>11</sup>. Provare, inoltre, a riflette-

10. Queste esperienze sono ben documentate da alcuni noti *survivor* psichiatrici, primo fra tutti Ron Coleman.

11. Il termine *coping* può essere tradotto con i termini "fronteggiamento" o "adattamento

re su come esse si sviluppano nel tempo e come sono intrecciate fra di loro. Questo potrebbe aiutare a comprendere meglio l'ansia, la depressione, l'impotenza. In sintesi secondo i promotori del movimento degli Uditori di voci la schizofrenia come malattia non esiste e lo stesso concetto di schizofrenia è dannoso perché mistifica i problemi sociali ed emozionali e rende impossibile risolvere i disturbi.

La cura nella salute mentale potrebbe essere affrontata imparando a gestire i disturbi e non già cercando di estirparli, tramite l'analisi delle cause e imparando ad affrontare le emozioni, lavorando attraverso la *recovery* e la crescita della persona. Infatti uno degli aspetti sicuramente tra i più importanti e originali, di questo movimento, è l'illustrazione e la promozione dei metodi utili ad affrontare le *voci*. È presente nell'approccio degli studiosi olandesi un'importante critica alla psichiatria tradizionale e soprattutto a come essa generalmente affronta la questione delle voci. Esso ha sicuramente il merito di aver proposto (o riproposto) il tema della schizofrenia, simbolo sacro della psichiatria (Szasz, 1976, trad. it. 1984) all'attenzione della comunità scientifica e della società civile e se in esso è carente, una riflessione politica, tuttavia è presente il richiamo ad una pratica politica, tipica forse di un certo pragmatismo anglosassone. Mi riferisco ad esempio alla campagna per l'abolizione della schizofrenia, ai convegni e alle iniziative promosse dagli stessi sofferenti psichiatrici, alla nascita dei gruppi di auto mutuo aiuto e delle associazioni di utenti attivi anche nel diffondere il pensiero del movimento e in generale nell'esprimere la volontà di renderli protagonisti del proprio percorso di *recovery* e della lotta alla stigmatizzazione della sofferenza psichica.

## 2. Il movimento degli Uditori di voci in Italia

Negli ultimi anni, sulla scia delle esperienze olandesi promosse da Rome e Escher e quelle del Regno Unito, anche gli uditori italiani hanno incominciato a *dare voce alle loro voci*. Sono nati i primi gruppi di uditori, alcuni all'interno dei servizi psichiatrici, guidati da *professional*, altri all'esterno dei servizi, autogestiti da utenti e/o ex utenti psichiatrici. La diffusione di questi gruppi in Italia è per ora modesta e non sempre si tratta di gruppi longevi, anche se negli ultimi anni sta crescendo notevolmente il loro numero. Attualmente sono presenti a Lodi, Milano, Prato, Reggio Emilia, Roma, Settimo Torinese, Venaria, Trento, Trieste<sup>12</sup>.

Dal confronto fra l'*Hearing voices Network* e le esperienze italiane e in particolare reggiane<sup>13</sup> si può notare come per i primi vi è la presenza di una

attivo" e si riferisce ai modi o abilità di una persona di far fronte a problemi o situazioni difficili. Si veda anche Meo (2000).

12. Sull'esperienza di Prato si veda Cesario, Miccinesi, Pini (2002).

13. Vedi l'Introduzione per gli aspetti metodologici della comparazione.

chiave di lettura specifica alle voci: esse derivano da un trauma non rielaborato, argomento non specificato in modo così assoluto in Italia in cui vi è un'interpretazione pluralista delle voci. Gli uditori anglosassoni si autopresentano come “testimoni” o “sopravvissuti”, in Italia invece l'autodefinizione che propongono gli uditori oscilla tra stigma e carisma (Cardano, 2008).

Il nascente movimento italiano come quello internazionale, mette al centro del percorso di *empowerment* e di *recovery* l'uditore, considerato come il migliore esperto sulla questione e ritiene fondamentale la formazione di gruppi di auto mutuo aiuto di uditori di voci (vedi Pini 2005). Gli operatori, e qui sta una delle peculiarità italiane, hanno un ruolo importante: servono innanzitutto da tramite tra l'utente e il servizio psichiatrico, possono riportare i risultati ottenuti in modo da contribuire alla diffusione di “buone prassi”. Non bisogna dimenticare di evidenziare che i *professional* coinvolti in Italia sono quelli che per formazione e ideali hanno già un approccio alla salute mentale caratterizzato da una presa in considerazione dell'utente e generalmente queste esperienze nascono in quei dipartimenti che storicamente hanno avuto un ruolo attivo nella deistituzionalizzazione della psichiatria (il DSM di Reggio Emilia, ad esempio, è nato proprio negli anni dell'utopia basagliana). E forse per questo motivo che il movimento italiano è meno aggressivo contro le politiche e gli interventi proposti dalla psichiatria tradizionale rispetto a quello anglosassone ad esempio. È come se ci fosse in Italia, un certo imbarazzo nel mettere in discussione le istituzioni nate da quella che è stata definita, almeno da molti, la migliore legge sulla salute mentale. E probabilmente a ragione visto che essa è spesso oggetto di critica da quelle parti politiche che si propongono di modificarla non certo per migliorarla. E ancora oggi ogni tanto si sente parlare di riapertura dei manicomi... Tuttavia lo stesso Basaglia aveva dichiarato come la 180 dovesse essere un momento di passaggio e non di arrivo:

una legge transitoria, fatta per evitare i referendum e perciò non immune da compromessi politici. Attenzione quindi alle facili euforie. Non si deve credere di aver trovato la panacea a tutti i problemi del malato di mente con il suo inserimento negli ospedali tradizionali. La nuova legge cerca di omologare la psichiatria alla medicina, cioè il comportamento umano al corpo. È come se volessimo omologare i cani alle banane<sup>14</sup>.

Il Gruppo Voci di Settimo Torinese ha un rapporto ambivalente con il movimento degli uditori. Ne condivide sicuramente lo spirito: i primi testi ad essere letti nel gruppo sono quelli di Romme e Escher e di Coleman. Tuttavia il modo di raffigurare l'esperienza delle voci oscilla tra patologizzazione e valorizzazione: esse da un lato rendono incapace l'individuo di entrare in relazione con gli altri ma allo stesso tempo sono ritenute “strumenti di relazione”. Le *voci* non sono una malattia da curare esclusivamente con i farma-

14. Citazione tratta da un'intervista che Franco Basaglia rilascia a “La Stampa” il 12/05/1978 riportata in parte da Colucci, Di Vittorio (2001 p. 303).

ci ma configurano comunque una forma di sofferenza, di *pathos*, che deve essere compresa nei suoi contenuti emotivi e che, talvolta, può essere lenita con un farmaco.

Questo aspetto accomuna il gruppo al movimento italiano, per cui le voci sono considerate un dono prezioso ma allo stesso tempo si ritiene che nel processo di *recovery* i farmaci siano, se non una panacea, almeno importanti e anche il ruolo dei *professional* è considerato decisivo. Atteggiamento che – come già detto – separa i gruppi italiani dal movimento europeo in cui la critica alla psichiatria tradizionale è radicale e vi è una chiara volontà nelle azioni dei partecipanti al movimento di depatologizzare quella che è considerata una differenza, un altro modo di essere-nel-mondo e in assoluto non una malattia.

Anche la riflessione sullo stigma è ben presente nel lavoro del Gruppo Voci sin dai suoi esordi e l'attenzione sui processi di stigmatizzazione ben inserisce questo gruppo nel più ampio movimento. La questione è stata affrontata anche attraverso la costruzione e somministrazione di un questionario alla popolazione del territorio di appartenenza, con l'obiettivo di sondare l'opinione generale sulla questione delle voci (vedi *infra*, cap. 2).

Al Gruppo Voci manca però quel passaggio tipico che accomuna il movimento internazionale degli uditori ad altri movimenti (dei gay, o dei neri ad esempio) in cui si è passati dalle fase di rivendicazione di pari diritti e pari dignità (“noi siamo come voi”) alla fase “noi siamo diversi da voi e siamo fieri e orgogliosi di questa diversità”. Manca la rivendicazione orgogliosa della propria differenza (vedi *infra*, cap. 3).

Tuttavia, per certi versi, il Gruppo Voci mostra un atteggiamento più radicale: si propone come gruppo di studio e di ricerca e non come gruppo di auto mutuo aiuto perché solo attraverso la formazione di un gruppo del primo tipo gli utenti possono essere realmente protagonisti. A questo proposito è utile riportare direttamente le parole con cui il gruppo si è presentato nel 2005 ad un convegno sulla salute mentale:

È negli spazi vissuti quotidianamente da utenti ed operatori del servizio, dall'incrociarsi dei loro interessi e bisogni che nasce l'idea del gruppo. La questione delle voci ricorreva molto frequentemente, sia durante i momenti “formali” di discussione collettiva sia nelle informali chiacchierate negli spazi del Centro Diurno. Molti pazienti lamentavano il fatto che gli psicofarmaci non rappresentassero una risposta soddisfacente al loro problema, si chiedevano quali spiegazioni proponesse la psichiatria, per dar conto di un'esperienza così particolare.

L'idea di fondo era (ed è tuttora) che la fondamentale conoscenza/esperienza di cui sono portatori gli utenti potesse essere valorizzata, condivisa e confrontata con le conoscenze scientifiche sull'argomento. Connotandosi come gruppo di studio, il Gruppo Voci, prevede che la soddisfazione del bisogno di conoscenza avvenga tramite la messa in gioco delle competenze



specifiche di ciascuno dei componenti: gli operatori, sfruttando la possibilità di accedere con più facilità al materiale bibliografico disponibile e la maggior dimestichezza con i mezzi informatici; gli utenti, principalmente portando l'esperienza diretta, ma anche quelle abilità utili per svolgere un lavoro di ricerca (come nel caso di Serena, la cui ottima conoscenza dell'inglese è stata indispensabile per effettuare la traduzione di molti documenti). Obiettivo ultimo condiviso: approdare ad una conoscenza più completa del fenomeno e scrivere un libro sull'argomento, per integrare il sapere "per scienza" con quello "per esperienza" (vedi *infra*, cap. 2).

La "regola fondamentale", su cui si è costruita l'impalcatura del gruppo, è la non intenzionalità terapeutica: nessuno deve aspettarsi che il gruppo "curi" o faccia scomparire le voci, né tanto meno deve aspettarselo dagli operatori, che vi partecipano svestendosi dal loro abituale ruolo di professionisti (solitamente chiamati ad elargire risposte e soluzioni), per diventare persone interessate a conoscere il fenomeno, ascoltando le esperienze e rivolgendo domande agli utenti, riconosciuti come i veri esperti. Su questi aspetti le parole di una delle operatrici, Anna Maria Accetta, risultano particolarmente eloquenti:

l'idea di non fare terapia era nata un po' per il fatto che ci sembrava che una delle ricadute della terapia è che poi le persone non riuscivano più ad essere, come dire, un po' protagoniste, no? Nel senso che dando un alto livello di assistenza e di terapia anche le capacità... a volte le capacità delle persone, si riducono, era un po' la stella polare, quello cui si pensava di mirare proprio perché il problema delle persone che poi diventano molto dipendenti e molto passive rispetto al servizio è un problema che come operatori ci eravamo posti. Abbiamo proposto una cosa di questo tipo a chi aveva voglia di metterci del proprio, e puntando molto su questo, sul fatto che le persone si sentissero anche di portare il proprio pezzo (tratto dalla registrazione dell'incontro del 14 luglio 2008).

Tuttavia, in pratica, il Gruppo Voci ha funzionato anche come gruppo di sostegno e auto mutuo aiuto. La condivisione – con finalità di ricerca – dell'esperienza delle voci propria di ciascun membro del gruppo ha creato un mondo condiviso, nel quale ciascuno ha ottenuto dagli altri quel riconoscimento e quella accettazione propria dei gruppi di mutuo aiuto (vedi Tognetti Bordogna, 2005: 8-11). Questo esito, quasi un effetto secondario delle pratiche di ricerca, ha preso forma in un contesto alleggerito degli elementi di autocommiserazione che talvolta appesantiscono l'atmosfera dell'auto aiuto. Un'altra sostanziale differenza che allontana l'esperienza di questo gruppo dal movimento internazionale degli uditori, è la presenza da parte delle operatrici di una riflessione politico-sociale. Le *voci* sono considerate una malattia solo nel momento in cui la loro presenza impedisce all'uditore di vivere una vita soddisfacente per se stessi, riflessione riconducibile ad una visione pragmatica realistica sulla questione. Ci si interroga su che cosa significhi realmente "salute mentale". Ci si chiede quando una persona può essere considerata malata mentalmente. Ci si interroga su quali siano i criteri che deve



soddisfare la vita di una persona ritenuta malata: in base alla produttività, all'inserimento sociale o essere sani significa vivere una vita soddisfacente secondo i propri personali criteri di soddisfazione?

Riflessioni che avvicinano l'esperienza del gruppo alle posizioni basagliane e che non troviamo espresse con la stessa chiarezza dai partecipanti al movimento italiano: in cui pur essendo presenti interventi sulla questione della guarigione intesa come un processo di riappropriazione di poteri, sembrerebbe mancare una adeguata riflessione politico-sociale. Sembra utile ricordare le origini da cui ha preso l'avvio il DSM di Settimo Torinese, ben illustrate nella prima parte dell'opuscolo preparato dal gruppo per il convegno del 2005 tenutosi a Cuneo:

“Se la formazione degli operatori è quindi essenzialmente un processo continuo e critico nel rapporto con le persone sofferenti, è anche un imparare da loro. C'è una conoscenza che distilla i suoi prodotti attraverso l'angoscia. Non consideriamo meno valida o meno scientifica questa forma di apprendimento che ci viene quotidianamente da chi soffre”. Con queste parole Enrico Pascal, primo responsabile del SSM dell'USL 28 di Settimo, si esprimeva per descrivere lo stile di lavoro dei primissimi operatori psichiatrici di territorio, in relazione al “problema del sapere tecnico”.

La pratica territoriale è iniziata nel Comune di Settimo Torinese nel febbraio del 1971, dunque sei anni prima dell'approvazione della Legge 180. Un gruppo di operatori cominciò a lavorare con l'intento di reinserire e riabilitare sul territorio quanti più internati possibili, tentando contemporaneamente di impedire nuovi ricoveri, attraverso la ricerca e l'invenzione di interventi alternativi. La pratica anti-istituzionale delle origini ha lasciato una riconoscibile impronta sull'organizzazione dell'attuale CSM che, riconosce come obiettivi prioritari:

- la presa in carico collettiva (d'équipe) di soggetti ed il mantenimento della continuità terapeutica;
- la prevenzione della cronicità;
- l'attuazione di interventi alternativi al ricovero e all'istituzionalizzazione;
- la risposta all'urgenza e la gestione e protezione della crisi sul territorio.

Inoltre attraverso il mantenimento di funzioni quali la continuità terapeutica e la valorizzazione della crisi come momento ricco di potenzialità di cambiamento, l'équipe ritiene, come caratterizzante il proprio orientamento e la propria modalità operativa, la condivisione dell'esperienza della follia attraverso l'incontro e il processo di costruzione di senso dell'esperienza attraverso la progettazione comune utente-operatore”.

Proprio in questo quadro di sostanziale continuità storica, nasce l'esperienza del Gruppo Voci. Più in generale, lo studio di cui qui presentiamo i risultati ci ha permesso di fare una prima verifica su come e se le esperienze promosse dagli utenti psichiatrici e in particolare i gruppi di auto mutuo aiuto degli uditori di voci organizzati all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, si possano inserire nel solco delle tradizioni ereditate da Basaglia.

«È solo dalla ricerca di uno spazio reciproco di soggettivazione che possono scaturire i bisogni e insieme il tipo di risposte necessarie ed è nella comune ricerca di una liberazione pratica che il tecnico non tradisce il proprio

committente», scriveva Basaglia in *Crimini di pace* (1975). E ancora nella parte introduttiva a *L'istituzione negata* (1968: 13) sintetizzando l'iniziale significato dell'esperienza goriziana scriveva:

non è che noi prescindiamo dalla malattia, ma riteniamo che, per avere un rapporto con un individuo, sia necessario impostarlo indipendentemente da quello che è l'etichetta che lo definisce... nel momento in cui io dico: questo è uno "schizofrenico" (con tutto ciò che per ragioni culturali è implicito in questo termine) io mi rapporto con lui in modo particolare, sapendo appunto che la schizofrenia è una malattia per la quale non c'è niente da fare: il mio rapporto sarà solo quello di colui che si aspetta soltanto della "schizofrenicità" dal suo interlocutore... per questo è necessario avvicinarsi a lui mettendo tra parentesi la malattia perché la definizione della sindrome ha assunto ormai il peso di un giudizio di valore, di un etichettamento che va oltre il significato reale della malattia stessa. La diagnosi ha il valore di un giudizio discriminante senza che con ciò si neghi che il malato sia in qualche modo malato. Questo è il senso della nostra messa tra parentesi della malattia, che è messa tra parentesi della definizione e dell'etichettamento. Ciò che importa è prendere coscienza di ciò che questo individuo è per me, quale è la realtà sociale in cui vive, quale è il suo rapporto con la realtà...

Siamo quindi d'accordo con Piccione (2004) quando sostiene che in generale le iniziative promosse dai soli utenti (anche se in Italia sono ancora poche) e soprattutto l'associazionismo articolato in gruppi auto mutuo aiuto può essere inteso come «l'evoluzione naturale delle lotte antistituzionali degli anni Sessanta e Settanta, antagonizza[no] ogni tentativo di ridurre la follia a semplice malattia e [sono] il presupposto di ogni pratica di liberazione». Essi sono caratterizzati, tenendo conto delle specificità dei gruppi, dalla partecipazione attiva degli utenti e degli operatori, e qualunque sia il tipo di rapporto con il servizio in cui sono inseriti essi generano con esso comunque un confronto. E sono tutti accomunati, sempre tenendo conto delle singole peculiarità, dalla volontà di mettere in discussione l'etichettamento e la stigmatizzazione prodotti dalla patologizzazione delle voci da parte degli approcci psichiatrici tradizionali. Tuttavia viene da chiedersi come mai proprio nel nostro Paese in cui è in vigore una delle migliori leggi che disciplina la salute mentale questi tipi di gruppi o di associazioni siano ancora scarse.

Abbiamo provato a formulare una prima ipotesi che richiederebbe un più accurato approfondimento. I miglioramenti e in generale i cambiamenti del sistema psichiatrico italiano degli ultimi trenta anni hanno certamente rivoluzionato alcuni suoi aspetti, basti pensare alla chiusura dei manicomi. Ma forse, proprio a causa di questi cambiamenti, è più complesso che in altri Paesi criticare il sistema psichiatrico e proporre modelli alternativi che tengano maggiormente in conto la persona intesa come soggetto attivo, partecipe al suo percorso di guarigione e non oggetto di contenzione, esclusione sociale inserito in un sistema che lo rende dipendente e isolato. Come dire che da un lato è più semplice criticare, ribellarsi ad un sistema più rigido, opprimente e violento piuttosto che ad uno più democratico e aperto, almeno all'apparenza; e dall'altro che con una tale legge è arduo proporre dei miglioramenti

senza incorrere in attacchi e polemiche (quanto ai tentativi di peggioramento delle legislazione in materia essi sono stati numerosi e per fortuna, almeno per ora, non andati a buon fine!).

Infine uno degli aspetti su cui abbiamo potuto riflettere attraverso questo studio e che meriterebbe sicuramente un ulteriore approfondimento è la questione della *medicalizzazione* della sofferenza psichica. Con l'introduzione della Legge Basaglia la *folia* diviene a tutti gli effetti *malattia*, *malattia mentale* e quindi la psichiatria viene in qualche modo assimilata alla medicina, i manicomi vengono chiusi e vengono aperti invece dei reparti (gli SPDC) all'interno degli ospedali. Tuttavia «se una legge sanitaria si è resa necessaria – sostiene Colucci (2001) – per riconoscere il diritto a essere curati e non internati, allo stesso tempo, proprio in quanto legge sanitaria, è stata accusata di semplificare eccessivamente la complessità delle implicazioni sociali e individuali della sofferenza mentale sotto l'etichetta di malattia».

Già Basaglia (2009) sosteneva che il nuovo manicomio su cui bisognerebbe agire non è la psichiatria ma la medicina:

una delle cose importanti della nuova legge italiana non è tanto o non solo il problema della chiusura dei manicomi, quanto l'aver inserito la psichiatria all'interno dell'assistenza sanitaria perché il vero manicomio non è la psichiatria ma la medicina. Ebbene, su questo nuovo manicomio dobbiamo agire. Nel momento in cui la psichiatria come fatto sociale entra nella medicina si sviluppa un'enorme contraddizione, ed è da questo punto di vista che io considero molto importante quella che sarà l'evoluzione ulteriore, non perché la medicina possa essere capace di risolvere le contraddizioni ma perché tutte le contraddizioni della psichiatria entreranno nella medicina.

Quindi una medicalizzazione della *folia* può essere accettata solo se filtrata da un costante lavoro di critica sulle istituzioni di cura e sul ruolo degli operatori di salute. Solo se la persona resta soggetto di diritti e non viene ridotta automaticamente ad un paziente malato.

Ecco che ben si inserisce il lavoro del movimento degli Uditori di voci; essi ritengono di non essere né folli né malati, e per certi versi le loro posizioni vanno oltre. Si ritengono orgogliosamente portatori di un'altra esperienza e rivendicano il diritto di poterla vivere senza essere stigmatizzati, isolati ma neanche “bombardati” di farmaci, e chiedono che venga prestato loro *ascolto*, nel momento in cui, in fasi critiche, si rivolgono al sistema psichiatrico.

Il loro contributo si fa ancora più importante in un periodo in cui, come quello che stiamo vivendo, stanno prendendo sempre maggiore forza gli approcci di tipo biologico in psichiatria, che prendono in considerazione solamente o prevalentemente gli aspetti biologici della malattia. Approcci criticabili in generale per qualunque malattia ma forse ancora più inopportuni per la malattia mentale.



## 2. *Il Gruppo Voci*

*Una cosa piccola non è una piccola cosa.*

Hakuyu Taizan Maezumi

In questo capitolo i protagonisti delle vicende narrate riprendono la parola e, in prima persona (nella forma dell'io o del noi) raccontano la loro storia e quella del gruppo entro cui, per alcuni anni hanno condiviso la loro esperienza delle voci. Il primo paragrafo ricostruisce la storia del gruppo; quello che segue raccoglie, come in una galleria di ritratti, il racconto di alcuni dei protagonisti del Gruppo Voci. Con questa scelta stilistica abbiamo inteso rendere evidente la natura dialogica (vedi Clifford, 1983) del testo, il fatto che alla sua composizione abbiano contribuito più mani. Chiude il capitolo una breve riflessione elaborata dalle operatrici impegnate nel gruppo, Anna Maria Accetta e Cristina Contini.

### 1. **La storia del Gruppo Voci**

Il Gruppo Voci è nato nel febbraio del 2001, dopo una lunga gestazione che vide impegnati uditori e operatori in incontri, discussioni – anche animate – nelle quali ci si interrogava sull'opportunità di costituire un gruppo, di identificare un momento di discussione collettiva che superasse il modello convenzionale di rapporto a due fra paziente e terapeuta. Volevamo allontanarci da questo modello nel modo più radicale. In specifico non intendevamo costituire un nuovo gruppo terapeutico: di quelli ce n'erano già tanti, e molti di noi già li frequentava. Volevamo qualcosa di diverso, un contesto nel quale *non* avremmo dovuto scambiare la nostra sofferenza con qualche buon consiglio o con delle medicine. Intendevamo costruire qualcosa che fosse più nostro, un luogo, un contesto nel quale i protagonisti saremmo stati noi. Volevamo incontrarci per parlare fra noi della nostra esperienza, delle voci ma soprattutto volevamo documentarci, informarci per capire e confrontarci. Le soluzioni proposte dalla psichiatria tradizionale non ci convincevano del tutto, certamente c'era chi era stato meglio grazie alle cure dei medici e al so-

stegno degli operatori. Tuttavia le risposte che ci venivano fornite non erano sufficienti, volevamo iniziare un nostro percorso sulle voci, capire quali erano le varie interpretazioni, cosa ne pensavano le persone che non le avevano mai sentite, insomma volevamo iniziare un percorso di studio e di ricerca su questo fenomeno. L'idea era più che supportata dalla dottoressa Annamaria Accetta, psicologa del Centro, che sosteneva già da tempo come il ricorso a livelli elevati di assistenza si potesse tradurre in una svalutazione delle capacità, dell'autonomia delle persone. Da qui la scelta di fare un gruppo di ricerca: questa era un po' la stella polare del nostro gruppo.

Il Gruppo Voci sarebbe stato un *gruppo di ricerca sulle voci*; un luogo nel quale saremmo stati noi, gli uditori, a studiare la nostra esperienza, sostenuti, ma non sostituiti dagli operatori. Avevamo in mente un modello organizzativo capace di restituire all'uditore, dunque a ciascuno di noi, il ruolo di protagonista; un luogo in cui ognuno avrebbe potuto portare il proprio pezzo di storia, contribuendo con ciò, se non ad eliminare la dipendenza dai servizi, almeno ad alleviarla. Pensavamo a un gruppo nel quale – almeno per una volta – operatori e utenti sarebbero stati alla pari.

Così nel febbraio del 2001 abbiamo dato il via a questa avventura. Sin dall'inizio avvertimmo la necessità di raccogliere i risultati della nostra ricerca in un libro; un libro con il quale ci proponevamo di raccontare la nostra esperienza di ricerca e con ciò di descrivere l'esperienza delle voci. Sulla fattibilità di questo progetto – indubbiamente ambizioso – tutti, chi più chi meno, avevamo dei dubbi, ma l'idea del libro ci diede energia e diffuse in tutti noi l'entusiasmo necessario per impegnarci in una nuova impresa.

Alle prime riunioni del Gruppo eravamo parecchi. Eravamo anche abbastanza organizzati: registravamo tutti gli incontri e qualcuno di noi si occupava della sbobinatura. A partire dal secondo incontro definimmo in modo puntale una scaletta dei lavori. Avremmo dedicato ciascuno degli incontri successivi all'analisi di un aspetto specifico della nostra esperienza, rispondendo a un insieme compatto di domande, che compaiono in quest'ordine e con questa formulazione nella trascrizione del secondo incontro:

- cosa è la voce?
- perché si sente?
- per essere guariti non si devono più sentire le voci?
- quali sono i metodi che ciascuno trova per tenere sotto controllo le voci?
- quando si diventa coscienti delle voci?
- quale è il potere delle voci?
- cosa offre la scienza medica/psicologica per curare le persone che hanno voci?
- è una malattia sentire le voci?
- qual è il rapporto tra le voci e l'aggressività?

Rispondendo a queste domande avremmo composto quelli che cominciamo a intravedere come i primi tre capitoli del nostro libro, dedicati uno a

descrivere le voci, l'altro ai modi con cui è possibile convivere con loro e, da ultimo al tema della guarigione, o meglio, della *recovery*, come dice Ron Coleman, del processo con il quale l'uditore riprende in mano la propria vita, accettando le voci che lo abitano o mettendole a tacere. Di fatto ci occupammo principalmente della prima delle tre questioni, la qualificazione dell'esperienza delle voci: abbiamo discusso molto della natura delle voci, del loro potere, della loro origine e ad ogni incontro c'è stato almeno un intervento in cui uno di noi ha parlato di sé e della propria esperienza con le voci al di là di quale fosse l'ordine del giorno. Il racconto della propria esperienza serviva sempre due scopi: costituiva un contributo alla ricerca che avevamo avviato, ma anche, e talvolta soprattutto, offriva un importante contributo emotivo al gruppo. Ciascuno di noi capiva davvero che l'esperienza delle voci non era esclusivamente un suo problema, che non era il solo a dover fronteggiare le voci. Il confronto fra le nostre esperienze metteva inoltre a disposizione di tutti un repertorio di strategie, di piccoli trucchi con i quali dare senso alla nostra esperienza e fronteggiarla. Sentivamo cioè di essere capiti davvero e perceivamo il sostegno reciproco degli altri.

In effetti, ragionandoci adesso che sono passati diversi anni dal primo incontro, il nostro gruppo non è stato solo un gruppo di studio e di ricerca sulle voci, ma ha funzionato anche come gruppo di sostegno, di auto mutuo aiuto. Il mutuo-aiuto – questo è un aspetto importante – nel nostro caso è stato una sorta di effetto secondario delle nostre attività, nate non già con l'intento di lenire le nostre sofferenze, ma mettendole per un attimo fra parentesi, per concentrarci sulle nostre speciali capacità di uditori; capacità che ci consentivano di studiare, come “esperti per esperienza” il mondo singolare e poco conosciuto delle voci.

La breve storia del nostro gruppo può essere suddivisa in quattro stagioni. La prima copre il periodo che va dalla costituzione del gruppo alla prima metà del 2002. In questi primi diciotto mesi abbiamo lavorato soprattutto sulla nostra esperienza personale, registrando tutti gli incontri per poi procedere alla loro trascrizione. Volevamo da principio trarre profitto dalle nostre esperienze, capire quel che accadeva a noi, prima di poter affrontare il mondo là fuori. Quel che imparammo ascoltandoci l'un l'altro è che ciascuno di noi aveva un'esperienza e soprattutto una spiegazione delle proprie voci diversa dagli altri. Alcuni individuavano le radici delle proprie voci in un evento del proprio passato, altri nell'intervento di agenti esterni, di questo o dell'altro mondo. Per tutti noi comunque le voci erano state, e per qualcuno continuavano ad essere, un problema serio, i cui contorni si mostreranno in modo più chiaro nel capitolo che segue, nel quale ciascuno di noi racconta la propria storia.

L'apertura all'esterno impronta la seconda stagione del gruppo, che va dalla seconda metà del 2002 sino a tutto il 2003. Il gruppo, dopo essersi consolidato, inizia ad aprirsi verso l'esterno, innanzitutto organizzando alcuni incontri con degli esperti. Avevamo discusso a lungo delle nostre esperienze,

avevamo fatto delle letture sulle allucinazioni uditive, consultando la letteratura psichiatrica e psicologica. Ora, volevamo vedere, volevamo ascoltare e poter discutere con degli esperti di varie discipline. Così organizzammo una serie di incontri coinvolgendo un giudice, uno psicologo, uno studioso di fenomeni religiosi e un farmacologo. A ciascuno di loro rivolgemmo un insieme di domande, dettate essenzialmente dalla nostra esperienza personale. Al giudice, Cesare Castellani, rivolgemmo un insieme di domande dirette a rilevare cosa prevede il Codice penale e, più in generale, le leggi che vigono nel nostro Paese a proposito dei reati compiuti da persone che sono comandate a compierli dalle voci di cui sono abitati. Castellani, individuò nella presenza di voci imperative, che comandano un crimine una specifica attenuante della responsabilità dell'uditore, la cui portata – tuttavia – poteva essere valutata solo caso per caso. Castellani venne inoltre sollecitato da Ugo che gli chiese se la nostra legislazione prevede forme di responsabilità per le persone che, impossessandosi di un individuo, lo inducono a compiere azioni riprovevoli. Ugo aveva in mente la sua esperienza (vedi più oltre), quella di essere accompagnato dalla voce di una persona – una donna – che, dice Ugo, ha preso possesso di lui, cui deve costantemente resistere. Allo psicologo Diego Menchi, impegnato in un SerT (Servizio per le tossicodipendenze), Sandro – uno fra i fondatori del Gruppo Voci – chiese conto del legame fra consumo di droghe, in specifico *hashish*, e l'irrompere delle voci, ottenendo in risposta la negazione in un rapporto deterministico fra le due esperienze: non tutti quelli che consumano *hashish* odono le voci e non tutti coloro che odono le voci hanno fumato *hashish*. Al farmacologo, Piero Gianotti, più d'uno di noi rivolse una domanda impegnativa: «è possibile far tacere le voci con un farmaco?». La domanda, e ancor più le risposte di Gianotti, solleccitarono un acceso dibattito che ci fece approdare a una conclusione decisamente disarmante. L'esperienza di Adriano mostrava a tutti noi come, anche con l'assunzione di farmaci, le voci non venissero meno e che quel risultato – l'assenza di voci – potesse essere ottenuto sempre e comunque solo con dosi così massicce che farebbero dormire anche un elefante... L'incontro con l'esperto di fenomeni religiosi, Massimo Introvigne, fu forse il meno produttivo. Alle domande di Adriano sull'esistenza del mondo dell'Ultravisibile, Introvigne rispose con altre domande: era lui che ci intervistava e non il contrario. Messo alle corde, comunque concluse negando l'esistenza dell'Ultravisibile, ma senza avanzare al riguardo argomenti che ci convinsero. Avevamo in animo di interpellare anche altri due esperti, un esorcista e un antropologo, ma non riuscimmo a incontrare la loro disponibilità.

Sempre nello stesso periodo, decidemmo di preparare anche un questionario indirizzato alla popolazione di Settimo, per conoscere l'opinione dei nostri concittadini sulle voci e su chi le ode. La messa a punto del questionario ci prese molto tempo: per ogni domanda discutevamo almeno un'ora, assorbendo quasi per intero il tempo dell'incontro di gruppo. D'altronde, eravamo tutti preoccupati! Il questionario era indirizzato alla popolazione di



Settimo e noi ci riunivamo nel Csm di Settimo. Era un po' come ufficializzare la nostra presenza all'esterno. E soprattutto eravamo tutti seriamente coinvolti nel cercare di scrivere delle domande sensate! Volevamo farci capire! Avevamo paura del giudizio della gente *normale*. E poi, chissà cosa avrebbero risposto... Eravamo convinti che nessuno o quasi conosceva il mondo delle voci. E invece, con grande stupore, quando raccogliemmo i questionari e analizzammo i risultati, la prima cosa che riscontrammo fu che su 600 persone interpellate circa l'80% era a conoscenza del fenomeno: o perché aveva avuto qualche esperienza diretta o perché un suo familiare o amico ne era coinvolto o gliene aveva parlato.

La terza stagione è quella, per usare una parola d'altri tempi, del riflusso. Avevamo a disposizione molto materiale, le trascrizioni di tutti gli incontri che venivano puntualmente registrati, le risposte ai questionari, le numerose letture sulla sofferenza psichica. In quel periodo entra a far del Gruppo un ragazzo giovane, Dario che ricorda così il suo ingresso:

Sarà intorno al 2005, 2004, comunque dopo il questionario, infatti sono arrivato in una fase un po' calante secondo me, dal mio punto di vista, c'erano ancora delle riunioni... però non ci si riusciva a sbloccare. C'è stato una specie di blocco perché avevamo tanto materiale ma non si sapeva come legarlo tutti insieme, come gestirlo, materiale poi di un certo peso. La motivazione c'era ma non si sapeva bene come fare... poi io per esempio io non ho mai fatto un libro, non so proprio da dove bisogna partire... se poi un libro di questo genere... è ancora più difficile... poi siete arrivati *voi*... e avete semplificato un po' le cose...

Il voi di Dario si riferisce ai curatori di questo volume, Mario Cardano e Giulia Lepori, che si sono avvicinati al gruppo, rispettivamente nella primavera del 2007 e del 2008. Mario Cardano, per tutti noi "il professore", a dispetto delle sue continue richieste ad essere chiamato semplicemente Mario, si avvicinò al gruppo con l'intento di sviluppare il suo percorso di ricerca sul male mentale, avviato con una ricerca sul rapporto fra lavoro e disagio psichico e proseguito poi con l'analisi delle narrazioni del male mentale. Mario si mise in contatto con noi attraverso Anna Maria, la nostra psicologa e ci fece avere, quasi come una sorta di biglietto da visita, un suo saggio sulle narrazioni di malattia: «E poi cominciai a sentire le voci... Narrazioni del male mentale». Era un saggio "tosto" che pochi di noi riuscirono a leggere fino all'ultima riga. Ci fu comunque chiaro che quel professore non era uno psichiatra – di psichiatri ne conoscevamo già tanti – e che il suo interesse per le voci era genuino. Mario venne da noi per conoscere la nostra storia e ascoltandola apprese del nostro progetto, quello di scrivere un libro. Non ci volle molto tempo per capire che le esigenze di ricerca di Mario e le nostre di dar forma ai molti materiali raccolti si potevano sposare. Mario offrì il suo aiuto alla stesura del libro e noi mettemmo a sua disposizione i nostri materiali e tutto il tempo necessario per discuterli e analizzarli. Gli incontri del gruppo, fattisi radi, ripresero con maggior frequenza e insieme cominciam-

mo la progettazione del libro che ora – a quattro anni di distanza – ha finalmente preso corpo.

L'anno successivo è entrata a far parte del nostro gruppo la seconda curatrice del libro, Giulia Lepori. Giulia si è presentata nel mese di maggio del 2008 come una collaboratrice del professore e dopo qualche tempo ci ha detto che avrebbe preparato la sua tesi di laurea specialistica in sociologia sull'esperienza delle voci e che la nostra storia avrebbe avuto un ruolo importante nel suo lavoro. Avevamo già avuto in passato tra noi una tesista, anche lei ha scritto la tesi sul nostro gruppo, ci piaceva molto quella ragazza ma poi quando è andata via dal gruppo ci siamo rimasti molto male. Così eravamo curiosi e contenti per l'arrivo di quest'altra studentessa, ma anche un po' preoccupati: sarà anche questa una meteora, che compare, fa la tesi e poi si dissolve nel nulla? Noi ci stavamo organizzando per partecipare ad un convegno, il primo convegno nazionale sulle voci e così la dottoressa Accetta propose ai due nuovi venuti, Mario e Giulia, di unirsi al gruppo diretto in quel di Reggio Emilia.

Quello di Reggio Emilia non era, tuttavia, il primo convegno cui avevamo partecipato. Prima c'erano stati i convegni di Trento, Cuneo e Millesimo. E tra tutti i convegni a cui abbiamo partecipato, un momento sicuramente tra i più importanti è stato il primo incontro con Ron Coleman. Serena ricorda in proposito:

Sinceramente la prima volta mi ha lasciato un po'... capivo che era una persona che aveva molto sofferto, però mi dava l'impressione un po'... non so neanche io come spiegare... di una persona che soffriva ancora... nonostante tutto quello che diceva, che era riuscito a tirarsi fuori da questo manicomio dove lo avevano messo e tutto quanto, però io l'avevo visto ancora come una persona sofferente proprio fisicamente mi sembrava che non stava benissimo. Però mi ha proprio colpito perché cavoli, fossi io a pensare di prendere andare in un altro Paese e di raccontare... cioè io non ce la farei mai. Invece questo qui... bu... non lo so.

Particolarmente significativo per il gruppo è stato il convegno di Cuneo del maggio 2005, nel quale presentammo una breve comunicazione, raccontando in pubblico della nostra esperienza e dei nostri propositi. Non è stata un'improvvisazione: ci eravamo preparati prima del convegno, ognuno aveva un pezzetto da leggere. Non fu facile, anche se scegliemmo di non dire i nostri nomi, di rimanere, per così dire, nell'ombra. In questa scelta si coglie una delle maggiori difficoltà con le quali ci siamo scontrati e che forse dà conto, più di ogni altra cosa, della così lenta e travagliata gestazione del nostro libro: la difficoltà del gruppo a presentarsi in pubblico.

Questo problema è emerso da subito. A ridosso della conclusione della nostra piccola ricerca sulle voci, condotta con un questionario proposto ai nostri concittadini, prendemmo in esame la possibilità di organizzare un convegno. Il Comune ci mise a disposizione la sala, la spinta a cogliere l'occasione era forte, ma non abbastanza. Il timore di esporci in pubblico ci bloccò

e il convegno nella nostra città non si fece. Il medesimo problema si pose in occasione degli incontri con gli esperti. Nessuno si è mai esposto presentandosi come singolo con il proprio nome e cognome ma come Gruppo Voci interessato ad approfondire una questione.

Quando sono entrati a far parte del gruppo il professor Cardano e in seguito Giulia la situazione è cambiata: la partecipazione, l'ascolto e soprattutto la collaborazione con persone esterne al DSM e provenienti dal mondo universitario hanno contribuito a trasmetterci maggior fiducia e consapevolezza del nostro ruolo. Lo abbiamo notato tutti noi e con noi anche le due operatrici. Anna Maria e Cristina.

Si può dire che con l'arrivo dell'università, del professore e di Giulia, comincia la quarta stagione del gruppo, quella che ha visto coronare il nostro piccolo sogno. In questa vicenda, tuttavia, non ci sono solo luci, ma anche un'ombra, di cui merita dar conto.

Assieme al progetto del libro sulla nostra esperienza decidemmo, con Mario e Giulia, di aprirci all'esterno anche con un lavoro di ricerca. Partecipammo così a un bando pubblico sulla ricerca sanitaria finalizzata, con la messa a punto di un progetto di ricerca nel quale noi, "i matti" avremmo studiato degli altri "matti". In specifico la ricerca aveva per oggetto le strategie di fronteggiamento del disturbo psichico elaborate – all'interno o al di fuori dei circuiti psichiatrici convenzionali – da persone affette da disturbi psichici severi. Volevamo puntare l'attenzione sui gruppi di auto-mutuo aiuto promossi e condotti da pazienti, sulle associazioni di pazienti ed ex-pazienti e sulle numerose reti attraverso le quali queste iniziative vengono collegate fra loro. Volevamo descrivere questo mondo e anche abbozzare una prima valutazione dell'efficacia di queste forme non convenzionali di cura. Tutti noi eravamo lanciati, Mario ci fece alcune lezioni sulla conduzione delle interviste e alcuni di noi cominciarono ad esercitarsi conducendo alcune interviste alle persone che in passato avevano frequentato il gruppo. La ricerca, purtroppo, non venne finanziata, quelle poche migliaia di euro che avevamo richiesto non ci vennero date. Fu una vera doccia fredda!

Assorbito il colpo, decidemmo di concentrarci sul libro, senza altre distrazioni e senza altre illusioni. Cominciammo così a definire più in dettaglio il piano di lavoro e la struttura del testo. Questa svolta operativa non fu indolore, il gruppo dovette darsi una disciplina, e soprattutto dovette confrontarsi su di un terreno concreto sull'idea di libro che intendevamo costruire. Di tutto ciò – almeno in prima battuta – ne fece le spese Ugo che non riuscì ad accettare i cambiamenti imposti alla forma e ai contenuti degli incontri del gruppo. Ugo, che parla della propria esperienza con le voci come di una possessione, si vide costretto a lasciare il gruppo – almeno temporaneamente. In specifico Ugo giunse a contestare alla radice il progetto del libro, sostenendo che la sua esperienza – irriducibile a quella degli altri – non poteva essere raccontata in un libro e, soprattutto, che non poteva essere impiegata per suscitare la curiosità o l'interesse del lettore. Per fortuna poi, Ugo decise

di tornare sui suoi passi per contribuire, almeno dall'esterno, alla stesura del libro. Con l'aiuto di Anna Maria, mise così, nero su bianco, la sua storia e la sua concezione delle voci, ed è con la storia di Ugo che si apre il capitolo che segue.

L'allontanamento di Ugo si può rubricare fra i costi di questo passaggio cruciale nella storia del Gruppo Voci: da gruppo che si dichiara di ricerca ma che poi lavora in buona sostanza come un gruppo di auto aiuto, a gruppo che, con l'ausilio di esterni provenienti dall'Università, decide di essere maggiormente operativo sul fronte della ricerca, stabilendo di dedicare un'ultima parte di ogni incontro al confronto sulle voci e sul proprio malessere.

Il lavoro per il libro ad ogni modo prosegue. Durante gli incontri si inizia a cogliere, soprattutto da parte di alcuni, un certo interesse: se ne organizza uno strutturato come un'*intervista collettiva*, in cui si ricostruisce la storia del gruppo, si inizia a pensare di fare delle interviste sia ai membri del gruppo magari condotte in *tandem* sia ai fuoriusciti. Il lavoro comincia e, ora che il libro è pubblicato, possiamo dire che è finito. Possiamo tirare il fiato: una cosa è fatta!

## 2. Gli Uditori: una galleria di ritratti

Nel capitolo precedente la storia del Gruppo Voci è scritta da un soggetto collettivo, un noi che si riferisce al gruppo nel suo insieme. In questo capitolo alcuni dei membri del Gruppo raccontano, uno alla volta, la propria storia, avvicinandoci in modo concreto e diretto all'esperienza delle voci.

*Ugo*

Sono nato in un paesino della Sicilia, mio padre faceva il calzolaio e quando non andavo a scuola mi toccava andare ad aiutarlo. Era una vita di stenti: mio padre doveva dar da mangiare a quattro persone, cinque con me, e anche per me non era una vita tanto bella: a me piaceva andare a divertirmi a pallone e invece dovevo stare al lavoro ad aiutare mio padre.

Descrivere tutta la mia esperienza infantile ci vuole molto tempo, quindi passerei all'adolescenza. A quattordici anni ci siamo trasferiti al Nord, che c'era anche mia zia che ci ha chiamati e aiutati. Per mio padre è stato un sospiro di sollievo: erano cinque stipendi. Quanto a me, non mi trovavo molto. È vero che le prime mille lire le ho viste qui: mi sentivo un re a tenerle in tasca, era il 1964. Cominciai a lavorare a 15 anni compiuti e lavoravo mattino, secondo turno e notte. È stata un'esperienza positiva: il più piccolo della fabbrica ero io e tutti mi prendevano un po' a ridere, un po' a scherzare, ma io non ci facevo caso.

A 17 anni mentre passavo dalla stazione c'era uno stampato con scritto: "Vieni in Marina sarai un tecnico e girerai il mondo!". L'impatto è stato ab-

bastanza potente, mi ha scosso, feci la domanda e mi chiamarono alla visita a La Spezia, dove controllarono tutto, la vista, l'udito, la visita psicologica e tutte le visite corporali. Venni chiamato e mi mandarono alla Maddalena alla scuola CEMM: Corpi Equipaggiati Militari Marittimi. Mio padre e mia madre firmarono perché ero ancora minorenne. Mi avevano dato la categoria di furiere, mi insegnavano a scrivere a macchina, ma la disciplina era troppa, io ero ancora ragazzo, volevo divertirmi, e allora scrissi ai miei per ritornare a casa, quando lo dissi al capitano di corvetta lui rideva sotto i baffi. Avevo 17 anni ma sono stato considerato un bambino.

Ritornai a casa e cominciai a lavorare, poi prestai il servizio militare in Marina, dopo due anni mi congedarono. Siamo arrivati alla fine della mia vita che avevo vissuta. Incontrai un gruppo di ragazzi di circa 16 anni, una di queste mi ha fatto colpo. Ero ricambiato abbastanza bene, ma era troppo piccola per me, io avevo 24 anni, lei 17, era una bambina. Siamo andati in discoteca, venne lei a chiedermi di ballare, per me era strano, ma andai in pista, mi stringeva, era la prima volta che abbracciavo una ragazza. Io da parte mia non me la sentivo di iniziare perché era troppo piccola per me e allora lasciai perdere. Da lì ho smesso di andare al bar a Cit Turin, dove avevo parecchie conoscenze, e anche per questo lei si è trovata un altro, ma più che un amore era soltanto un modo come proteggersi dal sentimento che provava per me. Al principio fui un tantino intontito, erano andati in una sala da ballo dove c'era anche un amico mio, un conoscente e quando l'ho visto la sera gli ho chiesto: "Dove sei andato oggi?" la risposta è stata: "Siamo andati a Cuoragnè e c'era anche quella ragazza in macchina con me che si sbaciacchiava con uno". A me sembrò strano, erano appena passati sette giorni, ma ammetto che tutto è possibile, comunque lasciai correre ma più tempo passava più andavo in depressione. Ormai ero una vittima di loro due, ancora non sapevo in quale vortice mi ero messo. Più passava il tempo, più i nervi salivano alla testa. Ma ormai si era fatto autunno e me ne sono andato dal bar. Ormai ero in pieno esaurimento nervoso, in fabbrica, circondato, non riuscivo a stare fermo, avevo sempre bisogno di camminare, mangiavo ma poi vomitavo tutto. È passato Natale, Capodanno. Mi nascondevo agli altri per paura e ogni volta che li vedevo insieme – lei e quel ragazzo – soffrivo.

Sono stati un inverno e una primavera davvero molti brutti, tanto che a giugno dell'anno '74 mi ricoverai in una clinica psichiatrica a Bra provincia di Cuneo, alla Clinica San Michele. Per me è stata una fortuna, con tutte quelle medicine è vero che mi sentivo scoppiare il cervello, ma allo stesso tempo dimenticai subito, non provavo più niente. Saranno stati i farmaci? Chissà, ma senz'altro i farmaci hanno contato. Allora decisi di non andare più nel bar dove avevo tutte le mie conoscenze e cominciai a frequentare un altro bar, lontano dal centro. Tutti mi volevano bene, con quello sguardo spaurito che non lasciava trasparire nulla, perché non c'era nulla, né le donne, né gli uomini si sentivano toccare. Da allora cominciai a frequentare amici e di lì è nata la mia passione per l'ippica, per i cavalli. Cominciai ad

andare all'ippodromo di Vinovo, giocavo poco perché lo stipendio non poteva permettere grosse scommesse, giocavo le dieci, le ventimila lire di allora; ch  ancora non c'era l'euro. La mia prima scommessa fu mille lire, andavo anche alle sale corse che ci sono a Torino, dove si poteva scommettere, si poteva giocare negli altri campi e prendevi l  stesso i soldi. Sar  per quello che ho provato, ma io ero felicissimo, ormai il mio passato non mi apparteneva pi , anche i miei se ne sono accorti, mia madre era ingrassata di dieci venti chili, non avevo paura di niente. Tutto questo per alcuni anni e allora attraverso una ragazza mi pot  all'Under 33, una discoteca per ragazzi, avevo amicizie, tornavo alle tre di notte, la sera si giocava a poker, conoscevo tutti:   stata un'esperienza bella.

All'inizio di questa infatuazione conobbi la scrittura di Luigi Pirandello. La prima raccolta di novelle l'ho presa che mi trovavo davanti all'edicola e c'era *La vita nuda*. Io conoscevo Pirandello ma non avevo mai letto niente tranne *La Giara*, comprai questi libri e lo trovai talmente affabile verso il lettore. Da lui ho imparato un'infinit  di cose. Ho comprato sedici raccolte di novelle, 160 novelle, e sei romanzi, *Novelle per un anno*. Io ricordo di essere stato un tipo non molto difficile, per me quelle letture mi hanno squarciato il cervello. Bastava che vedessi qualcuno gli faceva la fotocopia, ho girato tutte le edicole di Torino, chiedevo tutto quello che avevano di Pirandello, fino alla raccolta finale dei sei romanzi. In quel periodo ero in Cassa integrazione, avevo tanto tempo libero e leggevo dalla mattina alla sera, vocabolario alla mano perch  tutte le parole scritte non le capivo. Sessualmente non potendo trovare una ragazza fissa, quando vedevo una bella ragazza la compravo.

Questi dieci anni vissuti felicissimi sono inciampati nella fabbrica in cui lavoravo, ho fatto il possibile per resistere, ma andare contro tutti mi   costato un esaurimento, quasi pazzia. Impazzire perch ? In quanto la fabbrica era dello Stato, quindi l  dentro oltre a lavorare si faceva politica e quelli della CISL agivano come padroni, la CGIL non esisteva pi , esisteva la camorra fondata da una dozzina di ignoranti che pensavano di non aver paura di niente, in quanto il capo del personale lo avevano messo sotto, ma questo non lo impensieriva tanto, si produceva pi  di tremila parabrezza al giorno. Quindi per uno come me che conosceva la politica, che sa cosa vuol dire essere affiliato alla DC, che sa qual   il dovere della CGIL, quello di proteggere quelli del partito comunista, la classe operaia... Ma potevo lasciarmi assoggettare da quattro straccioni puzzolenti? Lavoravo pi  che potevo perch  non volevo essere considerato uno che parla e poi non ha voglia di fare niente. L'unico mezzo per combattere questo squallore   quello di lavorare con tutte le tue forze. Tutto questo a loro non piaceva affatto. E loro cercavano in tutti i modi di mettermi in difficolt  ma producendo tanto facevo il loro stesso piacere, facevo quello che piace ai padroni. Avevo conosciuto una cuoca che lavorava per la mensa della fabbrica, l'ho conosciuta nel veglione 85/86. Non c'  stato nulla, perch  la volevo avvertire: "guarda che l  dentro non rispettano nessuno, se vengono a sapere che siamo usciti insieme ti prendono a bizzeffe".

Ma, come se non le avessi detto nulla, già il due gennaio sapevano tutto e, conoscendo l'ambiente, non si poteva escludere che ci fosse stato qualcosa. La cosa mi ha colpito molto allora mi sono preso due mesi di mutua pensando col tempo si dimentica. Quando rientrai al lavoro l'ho accompagnata in fabbrica in macchina alla mensa, già io sapevo tutto quello che aveva raccontato attraverso gli infermieri della fabbrica. Era andata a raccontare tutto. La prima cosa che mi disse fu: "venerdì è l'ultimo giorno", allora in un secondo capii tutto: l'avevano messa alla berlina, il cervello non gli ragionava più e ha dovuto licenziarsi. La fine sua è stata anche la mia, saranno state cinquanta persone uno solo contro tanti: non potevo venire alle mani con tutti. Ecco la mia pazzia, un pazzo veramente, non che facessi paura ero come un bambino, mi aveva colpito nella parte piccola.

Sono passati parecchi anni, pure facendo il raffronto di come avevo vissuto ero felice, intanto dalla fabbrica continuavano a telefonarmi di giorno e di notte senza avere il coraggio di dire chi era, i primi 10 anni giornalmente, poi, saltuariamente. Era per me una pazzia perché si ricordavano chi ero io, era a partecipazione statale, c'era la DC e la CISL faceva quello che voleva. Io ero della CGIL, e quello della CGIL pur di non far sciopero il capo del personale gli ha dato il lavoretto leggero o pure di non farsi accorgere, c'è sempre qualcosa che non andava. E tutto finì con la pazzia. Il mio cervello non funzionava più fino a quando un giorno il dottor De Maggio, dottore di salute mentale, mi portò in un ritrovo di persone colpite da questioni mentali. In principio ero un po'... Non so come dire, ma poi prendendo confidenza e stavo bene con tutti.

Io mi sono esaurito nel 1986 ha avuto tre esaurimenti nervosi, sia dove lavoravo, sia dove andavo a divertirmi alle corse dei cavalli e anche in casa con mia madre, con mia sorella, sempre discussioni. Ma quello che mi ha portato al Centro di salute mentale è stato del tutto casuale. Ero ricoverato al reparto psichiatrico dove ho conosciuto il dottor De Maggio che mi ha portato al Centro di salute mentale. Ero in condizioni pietose, ma dopo tanta sofferenza, piano, piano, sono riuscito a riprendermi fino al punto di farmi dimenticare di quando stavo male e di quanto ho sofferto.

Lavoravo in una fabbrica di parabrezza, era un lavoro normale, solo che il sindacato non esisteva nemmeno, erano gli anni Ottanta, e tutto questo mi portava a stare male, la cosa fu ripetuta negli anni. Il sindacato non esisteva nemmeno perché la fabbrica era del parastato fino a quando non mi esaurii. In fabbrica erano tutti contro di me e io non potevo farci niente. Uno contro tanti. Ormai il mio cervello cominciava a non funzionare più e avevo paura di tutto, anche dei carrelli che si muovevano. Io che in quel reparto lì avevo vissuto diversi anni, ma poi, d'un tratto, avevo paura, quindi si può immaginare quanto soffrivo, fino al punto che ho dovuto licenziarmi, cosa molto grave. È già brutto quando hai un esaurimento, figuriamoci tre.

Avevo avuto un esaurimento nel 1973, poi, dopo un ricovero di due mesi sono stato bene per dieci anni. Mi divertivo alle corse dei cavalli. Adesso



vado a letto molto presto alle diciotto perché ho bisogno di riposare, non guardo più la tv. A mezzanotte, alle due mi sveglio perché ho paura che mia madre scivoli così la accompagno in bagno.

L'esaurimento poi è diventato qualche cosa d'altro, si parla di vera e propria possessione. Come si fa a dialogare a seicento chilometri di distanza come se si fosse a casa propria e si sta parlando con una figlia o con la propria moglie? Io non riesco a credere che la cosa potesse esistere, e adesso che la vivo stento ancora a crederci. Le voci possono essere parecchie in quanto quando vieni posseduto da qualche persona che ha il cervello molto più forte degli altri, che ti fa di tutto e non ti lascia vivere. Sono ormai dieci anni che lotto con questa possessione e convivo con questa persona 24 ore su 24. Lei è sempre presente, in passato ho dovuto subire tutte le angherie che la mente umana sprigiona nella sua misera esistenza. In passato ho sofferto tanto, ma non tanto per le voci, ma per la forza del suo cervello rispetto al mio: mi sentivo bruciare su tutto il corpo ma ormai ero arrivato al punto più cruciale ovvero alla bestia primordiale. Fin quando questa forza era sul corpo, pressappoco riuscivo ancora a tollerarla ma poi l'ha diretta sul mio cervello: era un dolore insopportabile e per la prima volta ho temuto di non riuscire a trovare le forze per contrastarla. La sofferenza di questi dieci anni mi ha portato a privarmi di tutto. Trovarsi in questa situazione è molto difficile, cioè è molto difficile essere sereni. Il culmine della mia esistenza è avvenuto circa quattro anni fa, quando sono andato dai Carabinieri per togliermi questa persona di torno, per liberarmi di questa presenza, ma non ho ottenuto nulla, però da allora sono riuscito a farmi capire dagli altri.

Le voci arrivano ma non si sa da dove; parecchi le sentono ma solo qualcuno dialoga con le voci. Dialogare non è facile e nemmeno si può asserire che sia una pazzia. Al Centro di Salute Mentale sono in parecchi a sentire le voci, con molti di loro mi sono confrontato, però neanche loro capiscono quello che effettivamente sentono. Io una certa idea me la sono fatta: fra quelli che sentono le voci ci sono quelli che stanno solo a sentire e quelli che arrivano a dialogare con queste voci, e questo è il mio caso.

Prima di sentire le voci io frequentavo il Centro diurno, fui mandato a casa per delle cose che nemmeno io so, e da lì cominciai dopo alcuni giorni a sentire le voci. Sentii parlarmi con una voce femminile, rispondevo pure io e lei chiedeva come mai fossi lì e non andassi al Centro diurno, e da lì cominciai a dialogare. Questo dialogo durava tutto il giorno, io la pregavo di lasciarmi andare al Centro diurno per poter parlare con gli altri, ma lei si divertiva a parlare e a offendere con tutte le cose più disgustose. Andai avanti così per anni e oggi è esattamente come dieci anni fa, come se il tempo non fosse passato. Ma invece io ho raggiunto un grado di ragionamento, forza morale, quasi come una persona normale, giro per tutti i supermarket della città a fare la spesa e, paragonando le condizioni in cui ero, c'è una differenza immensa: sono rientrato nella mia persona, incomincio a ricordare tutto della mia vita.



Se sono arrivato in queste condizioni è grazie alla dottoressa Accetta, che mi ha compreso e quando io le dico che vado a denunciare alle forze dell'ordine, "lei", quella che mi possiede, si mette una paura e non riesce a fare nulla e va sempre più giù. Le sue minacce mi irritano molto perché tutto questo avviene per via del bene che voglio a mia madre e giuro che in certi momenti vorrei che mia madre non esistesse per poi fare i conti con lei. Lei mi racconta tutto di sé, so tutto sulla sua vita. Questo – tuttavia – non ha niente a che fare con le voci. Questo è un fatto personale.

### *Dario*

Ho 28 anni, i capelli castani e gli occhi chiari; sono alto e, fino a qualche anno fa avrei detto robusto, ora direi gonfio. Infatti, a causa dei farmaci, sono ingrassato molto, almeno di venti chili. Fino all'età di cinque anni si occupava di me e mia sorella maggiore mia zia, perché il mio papà lavorava tutto il giorno e la mia mamma non stava molto bene, aveva una specie di depressione che è durata molti anni. Forse l'origine di questa sua condizione è il periodo dopo la seconda gravidanza, cioè quando sono nato io. Così, i primi anni della mia infanzia, era mia zia ad occuparsi di me; era diventata come una seconda mamma e io trascorrevi gran parte del mio tempo con mia sorella e mio cugino. Ero il più piccolo dei tre e ricordo che ci divertivamo un sacco, ne combinavamo di tutti i colori... solo che poi sgridavano sempre me, perché le cose funzionavano un po' in questo modo: loro erano la mente e io ero il braccio.

Quando avevo cinque anni la mia mamma ha smesso di lavorare e così ha avuto più tempo per me. Purtroppo però stava male: era triste e qualche volta un po' depressa e io ricordo che sin da piccolo volevo aiutarla. Litigava spesso con mio padre e a volte anche con i miei zii. Nessuno riusciva veramente a capire come si sentiva. E che mio padre è un po' come un "venetasso", molto inquadrato, non ha mai saputo cogliere quello che è veramente importante secondo me in una famiglia: l'armonia e l'affettività, invece era più basato su: "io devo lavorare e mantenervi tutti". E questo è sempre stato un motivo di fatica nei nostri rapporti.

Quando ero ancora ragazzino i miei genitori si separarono, mia mamma andò via di casa e io rimasi con mio padre. Ero felice per lei. Sicuramente, liberandosi di mio padre, sarebbe stata meglio. Solo che da quel momento in avanti l'ho sopportato io! Ero io da solo con lui e tutte le sue ansie, tutte le sue frustrazioni del lavoro, della vita. E forse da quel momento in avanti è anche peggiorato il nostro rapporto. Invece mia sorella ha sempre reagito in maniera diversa da me e poi, non appena ha potuto, è andata via di casa.

Alle scuole superiori ho frequentato un istituto per diventare tecnico dell'industria meccanica. Mi piaceva e in quel periodo avevo anche una fidanzata a cui volevo molto bene. Mi scriveva delle belle lettere. Anche io avrei voluto scriverle, ma io ho sempre preferito dirle a voce le cose e poi,

ad essere sincero, mi sono sempre vergognato un po' della mia scrittura, al massimo le lettere avrei potuto batterle al computer.

Mi ricordo che ho iniziato a stare male verso la quarta superiore, forse per tutto lo stress accumulato in quegli anni in famiglia. Non parlavo con nessuno dei miei problemi, della mia situazione. E in famiglia mio padre non riusciva a comprendere e ad accettare il mio malessere; l'unica che mi capiva era mia sorella, parlavamo molto e le avevo confidato di sentirmi in difficoltà, stavo male e non capivo bene cosa mi stesse succedendo. Solo che lei, anche se molto paziente e comprensiva, non sapeva come aiutarmi, non aveva – come si dice – gli strumenti giusti per farlo. In quarta superiore lasciai la scuola, stavo proprio male e non riuscivo più ad andarci. A ventun'anni ho avuto la prima crisi, avevo delle allucinazioni di tutti i tipi: uditive, visive, tattili. Ero arrivato al punto di non farcela più. Oramai non riuscivo più a distinguere la realtà dall'allucinazione, era tutto mescolato e confuso. È come se a un certo punto non riuscissi più a sopportare tutto il peso che mi portavo sulle spalle. Il rapporto con mio padre era inesistente, eravamo come cane e gatto, lui continuava ad insistere su certe cose e io non ce la facevo proprio più, a me veniva il magone e riuscivo solo a piangere. Era uno stress psicologico ma anche fisico.

Mio padre e mio zio decisero di portarmi in ospedale. Non ricordo molto di quei momenti, ricordo solo che i medici continuavano a dirmi: “Te li senti gli schizzi, tu te li senti ma non sei schizofrenico”. Poi mi hanno portato qui, al Centro di salute mentale dove c'era Cristina, che non conoscevo ancora, ricordo solo che mi ha detto: “Ora ti facciamo una flebo e ti addormenterai” e io credo di avere detto: “Va bene”, e mi sono risvegliato in repartino. Il mio, non credo sia stato un TSO. Anche se non ero lì proprio di mia spontanea volontà...

Il ricovero in repartino è stata un'esperienza traumatica. Appena arrivato ho assistito ad una scena che mi ha spaventato molto. C'era una ragazza parecchio agitata e un gruppo di infermieri l'hanno presa bruscamente e – come si dice – l'hanno contenuta, l'hanno legata polsi e piedi al letto. Io avrei voluto fare qualcosa, anche solo dire qualcosa. Ma ero tramortito dai farmaci e poi, ad essere sincero, ho avuto paura: e se avessero preso anche me in quel modo? se avessero legato anche me?

In repartino si stava sempre tutti insieme. Si avevano degli orari fissi, non si faceva un granché, si guardava tanta televisione e alle otto e mezza di sera bisognava andare a dormire. Qualche infermiere sembrava darti un po' di speranza, con qualcuno si poteva chiacchierare, ma in generale avevi come l'impressione di non poter più uscire da lì. Ricordo che una sera, erano già le otto, ma io avevo voglia di fumarmi ancora una sigaretta, e così chiesi il permesso all'infermiere di turno: “Assolutamente no! Sono le otto e come tutti devi andartene a dormire!”. Io ho insistito, cosa poteva cambiare se andavo a dormire pochi minuti più tardi? Io avevo solo voglia di fumarmi un'ultima sigaretta. Poco dopo è arrivato un nanerottolo, un infermiere, che mi tira

un pugno in pancia e mi dice: “Ti abbiamo detto che devi andare a dormire, non puoi stare qui”. Mi sono spaventato, ma non sono riuscito a reagire. Ero sconvolto. Così la prima cosa che mi è venuta in mente è stata andare al telefono pubblico per chiamare i carabinieri. Ma non sono mai arrivati, non sono mai intervenuti i carabinieri a proteggermi. Forse avrei fatto meglio a chiamare mia cugina, lei è un’assistente sociale e forse, lei mi avrebbe potuto aiutare. Poco dopo la telefonata, l’infermiere di turno mi ha chiesto: “Cosa hai fatto?” e io, molto ingenuamente ho risposto: “Sono andato a chiamare i carabinieri!” E allora l’infermiere è andato su e ha chiamato le guardie dell’ospedale. Mi hanno preso – non so quanti – e mi hanno legato e mi hanno fatto un’iniezione. Ricordo che sono anche riuscito a chiedergli: “Cosa mi state facendo nella puntura?”, però la risposta non la ricordo più o forse mi sono addormentato prima di poterla sentire. Ricordo bene invece, di essermi svegliato legato e che per tutto il tempo che lo sono stato ho cercato di liberarmi. In quei momenti credo che ti venga d’istinto, perché essere legati dalla testa ai piedi a un letto è qualcosa di inumano. Poi verso sera è passata un’infermiera e mi ha slegato. Ho provato a spiegarle che cosa mi era successo, le ho detto che gli infermieri mi avevano fatto male, che mi sentivo tutto rotto e che non mi avevano neanche fatto una radiografia. Ma la cosa non deve essere mai stata segnalata. L’ho detto anche a mio padre quando è venuto a prendermi; gli ho raccontato di come mi avevano trattato, ma mio padre guardandomi fisso negli occhi mi ha detto: “Dario, lascia stare andiamo via”. E così ho fatto, sono andato via senza dire una parola.

Da quel momento in poi ho iniziato a frequentare il Centro. Piano, piano ho superato quella che io chiamo la prima crisi, il primo esaurimento. Era come fossi esploso per tutti i problemi accumulati da quando ero nato. Ho cercato di trovare la forza in me stesso per andare avanti, per capire cosa mi stava succedendo. Continuavo ad avere visioni, a provare emozioni molto forti che mi portavano ad uscire dalla realtà. Pian, piano sono riuscito a sopportare quel peso. Mi sono iscritto di nuovo a scuola e sono riuscito a terminare gli studi in due anni. Dopo il diploma, grazie al sostegno del Centro di salute mentale, ho iniziato a lavorare con una borsa lavoro. All’inizio non l’ accettavo: sì, certamente è una buona cosa per reintegrarti, per farti capire come funziona il mondo del lavoro, per riabilitarti; però se si pensa che facendo otto ore di lavoro al giorno la paga è di soli 480 euro al mese, facendo il lavoro che fanno gli altri, a me è sempre sembrato ingiusto. In ogni caso ho accettato e per un po’ è andata anche bene.

Poi però c’è stato qualcosa che mi ha fatto star male di nuovo e sono stato di nuovo ricoverato, ma questa volta qui al Centro di Salute Mentale di Settimo. Ci ho messo un po’ a capire che cosa fosse più giusto per me, avevo di nuovo tutti gli stessi sintomi. È come se in un piccolo periodo fossi stato bene, poi di nuovo voci, visioni; ad esempio vedevo l’infermiere passare attraverso la porta, sapevo che era una allucinazione però non riuscivo a darmi una spiegazione. Per un po’ ti rendi conto di star male, poi è come se diversi

mondi mentali si sovrapponevano e arrivai a un punto che la malattia arriva all'apice e non riesci proprio più a controllarti.

Le voci secondo me sono una manifestazione di pensieri. Per un periodo io, ad esempio, ho sentito le voci dei carabinieri che mi dicevano di smettere di fumare, magari era un po' come una forma di presa di coscienza, con la coscienza che si rivolge direttamente a te, che ti parla. Se fumo mi fa male – mi dicevo – quindi con quella voce ho cercato di smettere di fumare. È un po' come se il tuo cervello creasse questa voce minacciosa che vuole stimolarti. Non so, questa è l'impressione che ho avuto io. È come se l'anima, il cervello, qualcosa o tu stesso, il tuo inconscio ti dicesse: “guarda che se fumi ti fa male”. Alla fine la scelta spetta a te e io posso dire anche che era Dio a dirmi di non fumare. In fondo però l'uomo è libero di scegliere: se io voglio fumare, decido di fumare, infatti per il momento fumo.

Quando, pian, piano, ho superato la fase più acuta della seconda crisi – che in un certo senso è stata il prolungamento della prima – non appena ho potuto, ho iniziato a leggere, a informarmi sulla mia malattia, sulle salute mentale e sui diritti del malato. Da un lato avevo il sostegno degli operatori del Centro, ma allo stesso tempo ho sempre cercato di mandare avanti un percorso individuale, un percorso di consapevolezza e di conoscenza della malattia mentale, perché secondo me e soprattutto all'inizio pensavo che per sconfiggere il tuo nemico lo devi conoscere! Così con il tempo mi sono fatto questa idea: tutte queste voci, questo amplificarsi di pensieri è un po' come un rimescolamento di quello che hai dentro, è come se le voci cercassero di darti uno spunto per farti capire qualcosa di te, per farti comprendere meglio una situazione. È come se fossi tu stesso a usare questo metodo chiamato “malattia mentale” per darti delle spiegazioni. A volte c'è qualcuno che si ferma qui, che rimane bloccato, invischiato, che non riesce ad andare oltre. C'è poi qualcun'altro che va avanti, scopre sempre più cose di se stesso e bene o male riesce ad arginare questo malessere, a controllarlo e stare bene senza l'uso di farmaci. Ad esempio, io in sei anni ho imparato alcune cose qui al Csm e spero mi possano dare ancora qualcosa. Capisco però che c'è un limite, non si può imparare per sempre e probabilmente un giorno si fermerà anche questa mia ricerca qua dentro.

Sempre qui al Centro ho conosciuto un ragazzo, Luciano. Siamo diventati subito molto amici, uscivamo spesso insieme: cose semplici una birra, due chiacchiere ai giardini, parlavamo delle nostre cose. Per un po' è come se avessimo fatto un percorso di sostegno reciproco, un percorso di crescita insieme. All'inizio è stato molto utile per entrambi, non parlavamo mai di cose troppo personali, ma di come arginare questa malattia. Poi però, dopo un po', io mi sentivo come soffocare da questo rapporto, mi sentivo un po' come un raccoglitore delle sue paranoie. E quindi pian, piano non ci siamo più visti come prima. Luciano, poi si è trovato una fidanzata, ora sta meglio, sono contento per lui, siamo sempre amici, ci sentiamo ma non più come prima.

Al lavoro io ho fatto del mio meglio, anche se mi stressava molto, solo che finita la borsa mi hanno detto: “Fuori! Non abbiamo più bisogno di te!”. Così dopo un anno di lavoro, io che non avevo mai lavorato, lo stress, il rapporto sempre conflittuale con mio padre e un insieme di cose mi han fatto stare di nuovo male. Ho avuto quella che io chiamo la terza crisi. E come tutte le altre volte che ho avuto delle crisi o che sono stato molto male insomma, le ho superate qui al Centro. All’inizio me ne andavo a casa, volevo capire da solo come mai mi stava succedendo tutto questo. Solo che da soli è dura. È difficile se non hai qualcuno con cui confrontarti o che ti aiuta a capire qualcosa, perché è tutto un groviglio interiore a te stesso, e diventa molto complicato e poi tutte quelle discussioni con mio padre mentre stavo male, così quando ho avuto questa crisi ho deciso di farmi ricoverare qui. È di nuovo mi hanno imbottito di farmaci. Anche se qui a differenza del repartino non ti somministrano dosi massicce di farmaci, però sono farmaci che ti stroncano comunque le gambe.

Oggi, dopo tutte queste esperienze, sto un po’ meglio e sono arrivato al punto di prendere il minimo consigliabile delle terapie. Ma non escludo di stare di nuovo male. Mi sono reso conto quasi per caso, dimenticandomi di prendere la terapia, di stare meglio e così ho voluto provare almeno a diminuire le dosi. Il mio psichiatra non è d’accordo e mi ha detto: “Dario, per la mole di peso che hai, prendere quella dose minima è come non prenderla”, ma io penso che, anche quel poco di medicine che prendo un effetto ce l’abbiano, ma negativo: mi fanno stare male. Anche perché io penso che, smettendo di prendere i farmaci, uno potrebbe recuperare la forza mentale, i ragionamenti. Questo perché io sono abbastanza convinto che la malattia mentale, ma anche gli stessi farmaci, ti portino a una certa regressione. Sei sempre più schiavo del “sistema malattia”. Non è che dici cose che non hanno un senso, solo che quello che dici gli altri non lo capiscono: Quelle cose hanno un senso solo per te, e solo se l’altro vuole approfondire potranno avere un senso anche per lui. Non è che diventi meno intelligente, però dici sempre le stesse cose che ti vengono in mente, spesso fatti di quando eri bambino. Allo stesso tempo però, se si sospendesse l’assunzione di farmaci, potrebbe tornarti la malattia più forte quindi questa è una valutazione che bisogna saper fare.

Io non so cosa succederà in futuro, magari continuerò la mia ricerca individualmente, in altri libri. Tutto dipenderà dal fatto se starò male di nuovo oppure no. Se mi fermo così, posso andare bene, se mi fermo così non ho più voci, più allucinazioni. Bè ho un po’ di ansia quando mi alzo presto al mattino, ma non mi sembra poi una cosa così fuori dal mondo. Poi non so, io la vedo così, non so come mi vedono gli altri.

In generale penso che la follia sia una cosa molto affascinante, per questo molti si fermano perché è un mondo a parte, perché sai che in qualche modo sei tutelato, magari hai anche qualche soldo senza lavorare. È come se avesse un fascino intrinseco, interiore, che ti spinge sempre di più a diventarlo. Magari certe problematiche non ce la fai a superarle, proprio perché sono pro-

blematiche! Però i sintomi della follia sono affascinanti per chi li vive, sono emozioni fortissime che non hai mai provato, sono cose che non hai mai visto, cose che non hai mai sentito. È una situazione che ti porta all'estremo, e per estremo intendo anche alla morte, perché in certi momenti stai talmente male che neanche i farmaci ti aiutano e allora pensi: "non ce la faccio più la faccio finita", oppure all'altro estremo senti delle voci che ti dicono di ammazzare qualcun altro, però se riesci a controllarti... Devi avere sempre un paletto ben piantato, così anche nei momenti più critici riesci a fermarti un attimo, riesci a fermarti in tempo.

Quando sono stato male la prima volta ho lasciato la scuola. Poi sono riuscito a concluderla. Sono andato al lavoro e poi sono stato di nuovo male e ho cambiato strada. Adesso provo questa strada qua, proverò anche di nuovo lavorare. Tutto sta nel fatto di saper crescere e, come dire, andare avanti, avere meno tensioni possibili all'esterno o comunque cercare di minimizzarle e magari questo ti riporterà a stare di nuovo male perché si riempirà di nuovo il fondo del barile fino all'ultima goccia, oppure ti porterà a crescere sempre di più. Nessuno è uguale ad un altro, quindi dipende tutto dalla persona e da come funzionano i tuoi meccanismi mentali, e poi magari qualcosa ti va nel barile, qualcosa ti va per crescere. Però dipende, io l'ho pensata fino ad ottanta anni. Mi piacerebbe avere un lavoro, una famiglia, dei figli. So che è difficile accettare la mia malattia per un altro che non ce l'ha, anche se poi io vivo giorno per giorno, se riesco mi programmo al massimo per una settimana o due perché poi la vita ti porta a cambiare sempre. Per il momento che non lavoro, ho comunque una mia routine: devo cercar di portare avanti i mie progetti, di allungare il tempo, devo farlo piano, piano, cioè io non ho fretta.

Non esiste una cura alla malattia mentale, in verità nessuno lo sa, quello che so è che molti dei farmaci che assumiamo sono stati inventati durante la seconda guerra mondiale e sono stati sperimentati dai nazisti sugli ebrei. Noi ci portiamo dietro quello che hanno sperimentato altri, i nazisti. È una specie di filosofia che mi sono fatto io sul mondo, che secondo me gira al contrario: io adesso posso prendere un farmaco e stare meglio, migliorare la mia vita, ma se prima questo farmaco è stato sperimentato su una persona chiusa in un lager... È una cosa bruttissima! Così come le guerre preventive in Iraq! E poi se l'uomo ha bisogno di una guerra per evolversi, vuol dire che l'uomo non ha capito proprio un cazzo! Perché le conoscenze ce l'abbiamo per stare meglio. L'uomo spende tanti di quei soldi per andare nello spazio, ma perché? L'uomo ha bisogno di conoscenza mi va bene, è nato per questo. Bisogna sperimentare, conoscere. Però se tutti questi soldi venissero dati a chi sta male, o se si cercasse di fare un mondo in cui vivere meglio; poi quando hai risolto questo problema, allora si inizia a valutare la possibilità di andare in un altro pianeta per colonizzare l'universo. Sarebbe più sensato secondo me. Invece c'è chi muore di fame e gli danno quei wafer energetici, quelli mangiano, vivono però non hanno acqua per coltivare, stanno lì.

Io vorrei che in questo libro fosse scritta la soluzione, come se in un libro sul diabete ci fosse scritta la soluzione al diabete, o in un libro sull'Aids la soluzione all'Aids, ma questo è impossibile per la malattia mentale. Mi auguro almeno che possa essere utile a chi è all'inizio dei problemi mentali o ha problemi mentali e agli psicologi e psichiatri per comprendere meglio questo mondo. Perché dipende tutto da quello che si vuole fare per gli altri, perché se si pensa che a raccontar la propria esperienza, nei limiti che la si vuole raccontare, questo racconto possa aiutare qualcuno a identificarsi, a capire qualcosa in più della propria condizione allora raccontare in questo libro le nostre storie è utile.

### *Serena*

Ho da poco superato i quaranta anni. Ho sempre vissuto con i miei genitori in una bella casa grande e accogliente. Fino a diciassette, diciotto anni la mia vita era come quella di tutte le altre ragazze: la scuola, gli amici, gli amori. Non ho mai avuto grossi problemi. Sin da quando ero bambina, ogni sera, prima di addormentarmi, sentivo qualche vocina, ma non ho mai dato molto peso alla cosa. Sono sempre stata molto religiosa, ho anche frequentato le scuole dalle suore e ho sempre pensato che fosse la voce della mia coscienza o il mio Angelo Custode a parlarmi la sera. E poi, ad essere sincera, non ne parlavo mai con nessuno.

Ricordo che è stato durante l'ultimo anno delle scuole superiori, l'anno della maturità, che ho iniziato ad avere i primi problemi. Studiavo tantissimo ed ero molto preoccupata per il mio futuro. Sognavo, finito l'esame, di prendermi qualche mese di riposo, di fare una bella vacanza. Pensavo: "Finalmente dopo la maturità, per un po' non farò nulla, proprio nulla! Solo riposo!". Mio padre però, ansioso per il mio futuro, mi assillava e continuava a ripetermi di darmi da fare, che non avevo tempo da perdere, che dovevo mettermi sin da subito a cercare un lavoro. Forse, ripensandoci oggi, aveva ragione lui, ma in quei giorni, io non lo sopportavo! Ma che ne sapeva lui di come mi sentivo? Ero così stanca, mi sentivo così stressata! Anche la relazione con il mio ragazzo, con cui stavo insieme da due anni, non andava più molto bene, che tristezza! E pensare che io sognavo di trovare un lavoro, mettere via qualche risparmio e poi sposarmi.

In ogni caso, non mi sono lasciata prendere dallo sconforto e, anche se a malincuore, ho ascoltato i consigli di mio padre. Così, non appena diplomata, iniziai da subito a inviare il mio curriculum ovunque e a studiare per tutti i concorsi che trovavo. Ricordo che ne ho provati tanti e nessuno andava mai bene, le risposte dopo anni, in centinaia per un posto solo... Che fatica quei giorni! Sempre in ansia per la ricerca di un lavoro.

Nel frattempo, consigliata da una mia compagna di scuola, mi ero iscritta ad un corso post diploma per imparare ad utilizzare il computer. L'istituto superiore in cui mi ero diplomata, mi aveva preparato per essere una segreta-



ria di azienda ma sfortunatamente i computer erano stati introdotti solo l'anno successivo. Così, anche se a fatica, per sei mesi ho seguito il corso e ho continuato a studiare per i concorsi. Ero stressatissima ma in qualche modo andavo avanti.

Finito il corso, subito ero molto sfiduciata. Mi ricordo che pensai: "Ecco ora ho un altro pezzo di carta! Che non mi servirà a nulla!". E invece, con mia grande sorpresa, qualche mese dopo ricevetti una telefonata dalla scuola di formazione dove avevo frequentato quel corso post diploma: un commercialista, dati i miei ottimi voti, voleva assumermi come sua collaboratrice. Ero sorpresa e contenta ma anche un po' spaventata. In fondo, io cercavo un semplice posto da impiegata, se avessi voluto lavorare nello studio di un commercialista avrei continuato gli studi, mi sarei iscritta all'università, pensavo tra me. Ma io ero stanca di studiare, e poi iscriversi all'università avrebbe voluto dire continuare a vivere con i miei genitori – con cui mi trovavo bene, per carità! – a parte l'ansia di mio padre per il mio futuro... Invece, io sognavo un lavoro semplice, risparmiare qualche soldo e sposarmi con il mio fidanzato, mettere su famiglia. Così rifiutai quel lavoro.

Per fortuna e con mio grande stupore, mentre continuavo la mia affannosa ricerca di un posto, qualche mese dopo la fine del corso post diploma, ricevetti un'altra telefonata dalla scuola dove avevo frequentato il corso. Questa volta mi proponevano il lavoro che faceva per me: mi avrebbero assunta come impiegata negli uffici della stessa scuola da cui mi chiamavano. Ero contentissima! Non ci potevo credere! Dopo tanta fatica finalmente un lavoro! E proprio quello che cercavo io! Così ho iniziato a lavorare, ero contenta, ma c'era qualcosa che non andava. Con il mio ragazzo non era più come prima, la storia era proprio giunta al termine e poco dopo che iniziai a lavorare ci lasciammo. Che tristezza! Che depressione!

Forse per lo stress accumulato nei mesi precedenti, forse per la fine di questa relazione, ho iniziato ad avere degli attacchi di panico. Mi ricordo che una volta sono salita in macchina e non riuscivo più a guidare, mi sentivo come paralizzata, avevo paura di tutto e tutti. Una sensazione bruttissima, mai provata. Ero terrorizzata! Cavoli! Proprio ora che avevo trovato il lavoro, chi l'avrebbe sentito poi mio padre se avessi perso il posto perché non stavo bene? Allora, accompagnata da mia madre, ho iniziato ad andare da un neuropsichiatra infantile e piano, piano, grazie alla mia forza di volontà e al sostegno di mia madre, ho superato la cosa. Ce l'ho fatta e ho continuato ad andare a lavorare. Solo che anche sul lavoro le cose non andavano poi così bene. Sì, mi avevano assunto a tempo indeterminato e la paga non era male, ma continuavano a cambiarmi di ufficio, e ogni volta dovevo imparare tutto daccapo. E poi, che colleghe! C'erano un paio di colleghe proprio insopportabili, tutto il giorno a spettegolare. Si erano fissate su una certa ragazza, erano convinte che avesse una relazione con il capo ufficio. Io avevo provato a spiegare loro che il capo, non avendo figli, magari si era preso a cuore questa ragazza giovane. Ma loro no, insistevano, ogni giorno a fare battute e che



parole usavano! Dicevano che non era come la vedevo io e continuavano a ripetere che questa ragazza aveva fatto tutto – proprio di tutto! – con il capo e che li avevano pure visti insieme! Io non le sopportavo più. E un giorno presa dalla disperazione sono andata in direzione. Ho spiegato che non mi trovavo bene in quella scuola, che ero stressata e ho chiesto se mi potevano trasferire da un'altra parte. “Vediamo cosa si può fare” mi hanno risposto. Invece dopo diversi mesi io ero ancora lì, sempre lì. E per di più continuavano a trasferirmi di ufficio, e ogni volta dovevo imparare tutto dall'inizio. Io mi sono sempre impegnata, ho sempre cercato di fare del mio meglio. Ma le colleghe, la fine della prima storia importante della mia vita, i miei genitori, mio padre soprattutto, che non riusciva a capire come mai non stavo bene. A volte, anzi spesso, non avevo più la forza di andare avanti, mi sentivo così stanca, così confusa. Stavo proprio male, non ce la facevo proprio più.

Continuavo ad andare dal neuropsichiatra che mi aveva prescritto una cura pesante, dovevo fare delle iniezioni che mi rallentavano, mi facevano dormire. E forse la cura, adesso che ci ripenso, non l'ho mai seguita così bene, chissà se l'avessi fatto ora non sarei qui. Solo che prendere quelle medicine mi faceva fare il doppio della fatica al lavoro e il non prenderle aggravava comunque la situazione. Mi sentivo come in un circolo vizioso. Che fatica andare al lavoro in quei giorni! Ma io ho resistito. Finché ho potuto, tutte le mattine mi alzavo e andavo a lavorare. Finché un giorno il mio medico mi ha prescritto venti giorni di mutua dicendomi: “Signorina Serena, è meglio che per un po' si riposi. Mi raccomando, non pensi a niente, non faccia niente, pensi solo a riposarsi e basta”. E così ho fatto, o almeno, ci ho provato. Finiti i giorni di mutua io non volevo più rientrare al lavoro, mi sentivo sempre stanca, demotivata. Niente aveva senso, volevo solo dormire, non pensare a niente. Ma mio padre ha insistito, continuava ad insistere: “Se non rientri perdi il lavoro! e poi, hai visto come è difficile oggiogiorno trovare un lavoro! Devi darti da fare! Devi rientrare a lavorare!”. E così ho fatto.

Chissà, forse se mio padre avesse capito un po' di più come mi sentivo, come stavo, forse non avrebbe insistito, forse, se avesse saputo cosa mi sarebbe successo dopo, neanche lui avrebbe insistito così tanto. Sì, perché il giorno successivo, terminato il periodo di mutua, ho ascoltato le parole di mio padre e sono rientrata a lavoro. Ma c'era qualcosa che proprio non andava, quel giorno. Mi sentivo strana. Una cosa così non mi era mai successa. Era come se fossi in balia di tutto e tutti, non sentivo più il mio corpo. Mi sentivo come fatta di solo spirito, in balia di tutti. Mi sentivo come dissociata. Quando, anni dopo, l'ho raccontato qui agli operatori del Centro di salute mentale mi han detto che forse non stavo seguendo bene la cura, che quei farmaci che mi aveva prescritto il medico erano molto forti e non fare bene la cura probabilmente aveva contribuito al mio malessere. Chissà, se avessi assunto i farmaci con regolarità, forse adesso non sarei qui.

Fatto sta che è stata la prima volta che mi è capitata una cosa del genere. Non ricordo con esattezza cosa sia successo. Ricordo solo che ero al lavoro,

seduta alla scrivania e ad un certo punto si avvicina un uomo e io ho urlato: «Ahhhhhhhhhhhhhhhh!». E poi, non ricordo più nulla. So solo che mi sono risvegliata a casa mia, nel mio letto. E mi sono messa a dormire. I ricordi sono un po' confusi, forse anche dai medicinali. Ricordo bene però che ad un certo punto sentii il campanello suonare. Era una mia collega, non una di quelle che non sopportavo, era Cristina, una ragazza giovane come me, che avevano assunto da poco, con cui mi trovavo bene. Muovendomi a fatica dal mio letto alla porta ho tentato di arrivare al citofono, ma devo essere andata talmente a rilento che quando stavo per risponderle ho visto dalla finestra che era già salita in macchina e andata via. Chissà! Se fossi arrivata in tempo, se non fossi stata così rallentata, chissà, se fossi riuscita ad accoglierla in casa mia, chissà, magari sarei rientrata a lavoro.

Il periodo che segue quel giorno l'ho trascorso per lo più in casa, sempre tra letto e divano. A me non sembrava di stare poi così male, ero stanca, forse ero solamente depressa. Ma mio padre e anche mia madre erano molto molto preoccupati e mi spronarono a cambiare specialista. Mi ricordo che mio padre mi disse: "Serena, non ti devi preoccupare per i soldi, te lo pago io un altro medico. L'importante è che tu stia meglio, che tu guarisca e riprenda ad andare a lavoro, a fare una vita normale". Così ho iniziato ad andare da un altro specialista, uno psicologo mi sembra. Non stavo bene, ma non mi ero ancora del tutto persa d'animo e anche se a fatica ho frequentato altri corsi di formazione post diploma. Pensavo che nell'attesa di stare meglio quei corsi mi sarebbero serviti. La mia vita proseguiva così tra le sedute del medico, a casa a riposo e lo studio per i corsi.

Un giorno, dopo qualche anno, vado al solito appuntamento con lo specialista, che finita la seduta mi dice: "Signorina Serena, lei ora è pronta per rientrare a lavoro!" "Nooooooooooooooooo!" ho urlato e poi di nuovo il vuoto... un po' come quell'altra volta, solo che questa volta mi ricordo che dopo aver urlato mi sono ritrovata, come risvegliata, in Chiesa, dal mio parroco. E sì, perché spesso andavo a chiedere consiglio, a sfogarmi anche da un parroco. Pensavo che mi avrebbe potuto aiutare, e poi io sono sempre stata molto religiosa. Non ricordo bene cosa sia successo dopo, so solo che io al lavoro non ci volevo rientrare. Tutto, ma in quella scuola, in quegli uffici, io non volevo rientrare mai più.

Qualche anno dopo mio padre, che nel frattempo si era gravemente ammalato, muore. Ed è stata come l'ultima goccia che ha fatto traboccare un vaso, che forse neanche io mi rendevo conto di quanto fosse ormai pieno... Dopo la morte di mio padre decisi di andare autonomamente al Gad, un Centro di ascolto per il disagio giovanile vicino al paese in cui abitavo. Per fortuna la patente sono sempre riuscita a tenerla, così andavo da sola una volta a settimana in questo Centro. Lì mi ha accolto una delle mie professoresse delle medie, una di quelle con cui mi trovavo bene, sempre molto attenta e disponibile. Ho frequentato per un po' questo Centro, ma le cose non migliorarono, anzi più il tempo passava più peggioravo. Non so spiegare bene come

mi sentivo in quei giorni, i ricordi sono talmente confusi, non ricordo quasi nulla. Credo che la professoressa, a un certo punto, si deve essere resa conto che c'era qualcosa che proprio non andava, che la mia situazione era grave, e deve aver deciso di parlare con mia madre. Ricordo solo che qualche tempo dopo mi hanno accompagnato assieme qui, al Centro di salute mentale di Settimo. Oramai più di dieci anni fa.

Ed è qui al CSM che io ho iniziato a sentire le prime voci, o meglio, ad averne consapevolezza. Prima non capivo, forse ne avevo, ne sentivo proprio tante. Mi sentivo come fossi nel Grande Fratello di Orwell, sempre sotto controllo. E poi anche le macchine, ogni macchina che passava mi sembrava volesse dirmi qualcosa. Io sentivo delle voci, a volte più confuse, a volte più nitide, che provenivano dalle macchine, e a volte i personaggi della televisione sembrava si rivolgessero a me.

Qualche anno dopo che ho iniziato a frequentare questo Centro di salute mentale abbiamo fondato il Gruppo Voci. Ed è proprio con il gruppo e con la psicologa, la dottoressa Annamaria Accetta che ho iniziato ad avere sempre maggiore consapevolezza del mio malessere, delle mie voci, di quante voci mi assillavano, di cosa mi dicevano, in quali momenti o periodi erano più assillanti. Io prima, da sola, non riuscivo proprio a comprendere e anzi più cercavo di capire che cosa mi stesse capitando, più mi spaventavo, e più mi sentivo come paralizzata, in balia delle voci.

Così, piano piano, ho iniziato ad avere più consapevolezza delle mie voci, a distinguerle le une dalle altre, a capire in quali momenti si accentuavano e in quali altri momenti mi assillavano meno. E anche grazie alla frequentazione del Gruppo Voci ho iniziato ad elaborare le mie teorie sulle voci. Tuttavia anche oggi che non mi assillano più come prima, io non sono certa di cosa siano e da dove provengano. Una volta pensavo che avessero a che fare con la Chiesa, che cerca di fare stare meglio le persone. Solo che a volte queste voci sono troppo invadenti, e qualche volta sembrano voci che vengono dall'al di là, di persone morte, di spiriti, qualcosa di paranormale insomma. A volte però penso che siano le voci di persone vive, che magari ci osservano, ci tengono sotto controllo, come capita a me dalle automobili e dalla televisione. Solo che è difficile da capire se è veramente così, perché non si hanno le prove e a volte penso che non avremo mai delle prove certe.

Il confronto con gli altri del gruppo mi ha fatto sentire meglio. Vedere e parlare con altri come me mi ha aiutato molto. E poi, scoprire che c'è chi sta veramente peggio mi ha fatto capire che in fondo la mia situazione non era poi così grave. Inoltre forse qui finalmente mi hanno dato la cura giusta, e questa volta sono riuscita a seguirla con regolarità e mi è servito. Chissà se l'avessi seguita anche prima? Forse starei meglio già da tempo, ma a volte penso che lo specialista da cui andavo prima di venire qui non avesse mai prescritto i farmaci giusti!

I primi tempi con il gruppo mi sono impegnata molto, ricordo che si registravano gli incontri e io insieme ad altri sbobinavo e trascrivevo tutto. Per

un certo periodo ho anche tradotto delle parti di testi dall'inglese all'italiano con una ragazza che faceva un tirocinio qui da noi, per diventare infermiera mi sembra. Mi ha aiutato molto impegnarmi in questo modo, riacquistare fiducia anche nelle mie capacità, fare qualche cosa di concreto per me e per gli altri del gruppo.

Adesso sono tanti anni che frequento il gruppo, tranne rari casi, non ho mai saltato un incontro, e sono andata a quasi tutte le uscite che abbiamo organizzato per andare ai Convegni fuori città. Oggi mi sento bene, sto meglio, ogni tanto sento ancora qualche vocina, quando sono sola la sera o sono in bagno, ma non ho più avuto grosse crisi. È già da qualche anno che lavoro in un negozietto gestito dal Centro, è un negozio di prodotti equo-solidali, mi trovo molto bene con i colleghi, vado volentieri al lavoro, e di sicuro tutta un'altra cosa da dove lavoravo prima! E ora che è passato un po' di tempo dall'inizio della frequentazione del Gruppo Voci posso dire che grazie a questa esperienza, e alla maggiore consapevolezza che ho della mia condizione, delle mie voci ora sono più in grado di intendere, non che prima non fossi in grado di intendere e di volere, ma ero più confusa.

### *Tato*

Sono nato di dieci mesi come i "ciucci", a Torino. La mia famiglia è originaria di un paese in provincia di Napoli. Ho due fratelli, io sono quello di mezzo. Sin da piccolo ho avuto problemi alla vista, così già a cinque anni ho iniziato a portare gli occhiali. Fino a tredici anni ho fatto la pipì a letto, anche se non ho mai capito il perché. A quattordici anni mi sono accorto di avere un testicolo più gonfio dell'altro, l'ho detto a mia madre, che mi ha portato dal medico, che mi ha diagnosticato il varicocele. Mi hanno operato dicendomi che forse non avrei mai potuto avere figli. La cosa mi ha scosso molto: ero molto giovane allora, però il pensiero di non avere figli mi aveva davvero scosso. Nello stesso periodo viene a mancare un mio caro amico, Angelo, annegando nel Po. Era proprio un bravo ragazzo, anche lui, come me, figlio di immigrati dal Sud. Ci sentivamo ogni giorno e ogni giorno trascorrevamo i pomeriggi dopo la scuola insieme, ci divertivamo molto. Anche il giorno in cui è annegato l'avevo chiamato, solo che lui era già uscito. Ho sempre pensato: "Ah se l'avessi chiamato un po' prima... ci saremmo visti e non sarebbe andato a pescare!". Tra i quattordici e quindici anni l'operazione che forse mi avrebbe causato sterilità e la morte del mio amico rendono la mia vita molto meno serena di prima. L'unico ricordo positivo di quel periodo è l'incontro con Katia. Ci siamo piaciuti sin dal primo incontro, lei era proprio una bella ragazza. Così siamo stati insieme per un anno e io da quando l'ho incontrata ho smesso di bagnare il letto!

Negli anni successivi – erano gli anni Settanta – ho iniziato a frequentare le discoteche e ho lasciato Katia per un'altra ragazza, Enza. Enza era una fosca ragazza siciliana con cui ho avuto le mie prime esperienze sessuali. Mi

divertivo molto con lei solo che il padre era molto severo e non le lasciava molta libertà. Nello stesso periodo ho anche iniziato a fare il *disk jockey* per una radio libera – Radio San Mauro – con un programma di quiz.

La scuola superiore l'ho frequentata solo per i primi due anni. Ricordo che, alla fine del secondo anno, il venerdì, sono andato a vedere i tabelloni con i risultati, ho visto che ero promosso e il lunedì successivo ero già in una piccola azienda di stampaggio di materie plastiche a lavorare. Così in quel periodo lavoravo in fabbrica e andavo in radio, che era più un *hobby* che altro, non ricevevo uno stipendio ma un rimborso spese. Mi piaceva molto trasmettere in radio e il clima che si era creato con gli altri ragazzi. Erano gli anni Settanta, volevamo cambiare il mondo! Solo che, rispetto agli altri, io mi sentivo parecchio ignorante, avevo anche qualche difficoltà a parlare correttamente l'italiano. Però facevo del mio meglio e c'era rispetto e comprensione tra noi.

A diciotto anni finalmente le prime vacanze da solo! Ricordo che già dall'anno prima continuavo a dire a mio fratello maggiore: "Il prossimo anno vado in vacanza per conto mio, sono maggiorenne, ho lavorato, finalmente posso andare!". Durante quella vacanza, la prima vacanza senza i miei genitori, ho conosciuto l'amore della mia vita, si chiamava Maria Paola, non era bellissima, era bassina e io la paragonavo un po' a Lucia dei Promessi Sposi. Finita la vacanza abbiamo deciso di andare subito a vivere insieme. I miei genitori, con cui avevo un rapporto molto teso, non erano per niente d'accordo, soprattutto mia madre che continuava a ripetermi: "Tato ma cosa fai? Siete troppo giovani." Ma io e Maria Paola eravamo innamorati e poi io non ne potevo proprio più di vivere con i miei genitori, e mia madre, anche se le ho sempre voluto un gran bene, era troppo apprensiva e poi purtroppo aveva grossi problemi di alcolismo.

Così io e Maria Paola abbiamo preso una casa per conto nostro, io avevo diciotto anni lei ventuno. All'inizio andava tutto a meraviglia: ci amavamo e sognavamo di stare insieme tutta la vita. Una notte magica decidemmo di fare un figlio, anche se io ero sempre convinto di essere sterile. Invece, dopo qualche mese, lei rimase incinta e da quel giorno in avanti la mia vita non è più stata la stessa. Subito, sia io che Maria Paola, eravamo più che convinti a tener il bambino, nostro figlio. Solo che Maria Paola voleva che ci sposassimo e io ero così confuso, mi continuava a ripetere: "O mi sposi o abortisco, o mi sposi o abortisco", e dall'altra parte mia madre che mi assillava con i suoi: "Sei troppo giovane per sposarti!" E io che riuscivo ad andare contro tutte le donne tranne che mia madre, non ce l'ho fatta, le volevo troppo bene, troppo. Lei cercava di rassicurarmi: "Vedrai che anche se non la sposi, lei non abortisce; se vuole veramente tenere il figlio, lo tiene". E così, con in testa le parole di mia madre sono andato da Maria Paola e le ho detto: "Se vuoi tenere il figlio lo tieni, ma io non ti sposo per adesso. Vediamo più avanti". E lei mi ha subito risposto: "E allora abortisco!" e io: "Abortisci!". E così andò, Maria Paola decise di abortire. Da quel momento in poi la mia vita non è stata più

la stessa. Maria Paola mi disse che ero cinico. Forse aveva ragione lei: sono cinico, sono stato proprio cinico.

Ho sbagliato. Ho commesso di sicuro un errore enorme, forse il più grande di tutta la mia vita, anzi ne sono sicuro: l'errore più grande che potessi fare. E che io non mi sono reso conto di quello che stava succedendo. In ogni caso, per un po' abbiamo continuato a stare insieme. Solo che dopo qualche mese ho iniziato a sentirmi strano, a sudare spesso la notte. Maria Paola mi consigliò di andare da uno psichiatra e così feci. "Guardi io sudo molto la notte, non mi è mai capitata una cosa del genere" raccontai allo specialista, "Ma come si sente?" mi chiese lui. "Ma io sto bene" gli risposi "Mi sento bene non è che..." "E allora non hai bisogno di me" mi ha detto "Come non ho bisogno di lei?" rimasi stranito, e me ne andai. Ancora per qualche anno la relazione con Maria Paola, nonostante quello che era successo, è proseguita. In quel periodo ho fatto il militare, lei mi scriveva tutti i giorni, sempre un grande amore per carità. Io l'amavo ma non le sono mai stato molto fedele, lei non era proprio bella e poi nella mia vita ci sono sempre state due donne o nessuna, o due o tre o nessuna donna, per anni! Un macello!

Così mentre stavo ancora con Maria Paola sono uscito con Raffaella, poi con Teresa. Lei lo sapeva e mi perdonava sempre, mi diceva: "Tu puoi uscire con chi vuoi, l'importante che io sia la tua donna!". Poi però ho conosciuto Rosaria, una bellissima donna, una venere, veramente bellissima anche se come donna non valeva niente, però rimasi folgorato dalla sua bellezza e mi sono messo con lei. Maria Paola quella volta non mi perdonò e mi diede un ultimatum: "O me o lei, o me o lei, o me o lei" mi ripeteva e io continuavo a non scegliere e così mi ha lasciato lei, non mi ha più perdonato, anzi mi ha detto: "Basta! Ora mi hai proprio rotto le palle!". Dopo qualche mese sono tornato di nuovo da lei che mi ha chiesto "Sei ancora con Rosaria?" "No, no" le risposi, mentendole. Ma Maria Paola non voleva più tornare insieme a me, quando ha chiuso, ha chiuso definitivamente. Sono venticinque anni che non la vedo, quel che posso fare – dopo vent'anni – è chiederle perdono, ed è anche per questo che ho accettato di raccontare la mia storia, per avere l'opportunità di chiederle perdono. Io, comunque, ho continuato a frequentare Rosaria ancora per qualche mese poi ci siamo lasciati, perché non poteva durare, eravamo completamente diversi.

In quel periodo iniziai a praticare molto sport. Ricordo l'ultima volta che vidi Maria Paola, eravamo al Castello di Rivoli, ci stavamo lasciando, ci stavamo salutando per l'ultima volta. Ricordo che lei mi chiese: "Cosa vuoi fare adesso nella tua vita?", "Voglio fare dello sport" le ho detto io, e così il giorno dopo sono andato a comprare una bicicletta e ho iniziato a fare sport, a correre con la bicicletta, a nuotare, a correre, facevo cultura fisica, andavo a camminare in montagna ad arrampicarmi sulle rocce. E ogni volta che ero solo in bicicletta, sui monti, mentre nuotavo, pensavo a mio figlio, pensavo a Maria Paola, pensavo a quello che avevo fatto, ero triste molto molto triste, piangevo, perché avevo sbagliato, avevo proprio sbagliato in pieno, ave-

vo fatto abortire una donna, la donna che amavo, avevo fatto arrabbiare mia madre, avevo fatto un macello! Sarà stato un errore piccolo, un errore grande non lo so... so solo che ho iniziato a stare male.

Ricordo molto bene che fu durante il capodanno del 1986 che ho iniziato a sentire una voce che mi parlava. Era la voce della mia coscienza: "Cosa hai fatto? cosa non hai fatto?", mi diceva: "Bastardo!", mi ripeteva continuamente. Subito non capivo, poi piano, piano questa voce è diventata sempre più insistente. In quel periodo io continuavo a far sport ma nel frattempo quella voce diventava sempre più insistente finché un bel giorno mia madre mi ha portato dallo psichiatra, dal dott. Barbero che era giovane allora, avrà avuto poco più che trenta anni. Così ho iniziato ad assumere i primi farmaci, la prima iniezione di Haldol la ricordo bene.

A dirla tutta, non è che sentissi solo una voce. Mi capitava, ad esempio, di parlare con qualcuno e poi la sera, quando ero da solo, di continuare quella discussione. La cosa più insopportabile era una voce che mi rimproverava. Non capitava sempre, anche perché in fondo avevo fatto anche delle cose buone nella mia vita: avevo lavorato allo stampaggio materie plastiche, avevo lavorato in radio, solo che avevo dei terribili sensi di colpa per l'aborto, per Maria Paola. E così sentivo questa voce che mi ripeteva di continuo: "Bastardo!", oppure: "Sei sempre il solito!". Insomma la mia coscienza non era per niente a posto e non voleva proprio mettersi a posto: ero sempre tormentato! Avevo ventisei anni e la mia vita non era più quella di prima, ero sempre stato molto brillante, estroverso, invece mi sono ritrovato tormentato dei miei sensi di colpa e in balia di queste voci terribili.

Uno dei primi psichiatri che mi ha visitato e che mi ha prescritto dei farmaci era un docente universitario marchigiano, che aveva la cattedra a Roma e che mi ha riempito di medicine. Da quel giorno in avanti la mia personalità non è stata più la stessa. Ho iniziato a ragionare in modo diverso, a leggere più di quanto avessi mai fatto nella mia vita, ho iniziato anche leggere la Bibbia. A questo periodo risale anche il primo tentativo di suicidio. Quando il professor marchigiano mi ha prescritto i farmaci, io li ho presi tutti insieme per farla finita! Volevo morire!

"Che figlio deficiente!" ricordo che mi disse mia madre, portandomi in ospedale, dove mi hanno salvato facendomi la lavanda gastrica in tempo. Subito dopo mi hanno ricoverato in reparto, ed è lì che ho conosciuto il dott. Barbero. Mi ha chiesto come mai avevo preso tutte le medicine e così gli ho raccontato un po' la mia storia e lui ha capito che ero pieno di sensi di colpa! Eravamo tutti e due molto giovani. Mi ha prescritto l'Haldol prima attraverso iniezioni poi gocce. Solo che lui non mi ha mai detto: "Guarda che queste medicine le dovrai prendere per tutta la vita ed è inutile che stai lì a pensare che un giorno smetterai!"

Una volta gli dissi che io non le voglio più prendere e lui mi ha risposto: "E non prenderle più!". In ogni caso piano, piano ho iniziato a seguire la cura e in effetti stavo meglio solo che poi mia madre che aveva dei seri problemi



di alcolismo, ha iniziato a stare male, stava per morire di cirrosi epatica. Ha sempre bevuto molto mia madre, io fumavo spinelli e lei beveva, eravamo praticamente agli opposti. Fatto sta che da quando lei ha iniziato a stare sempre peggio io non ho retto e ho pensato di andare in Finlandia a trovarmi una bella bionda. Volevo cambiare vita!

Io avevo provato a cambiare il mondo: ero diventato vegetariano, facevo un sacco di sport, donavo spesso il sangue, facevo tante cose buone, non usavo la macchina, non fumavo spinelli, solo che in quel periodo la voce mi tormentava troppo. Non ero più quello di prima. Quella voce era devastante: sempre a ricordarmi questa colpa. Secondo me era la voce della mia coscienza: c'era una parte buona e una cattiva. C'era l'angelo e il diavolo, c'era tutto: c'era il Bene e il Male. Quando sentivo Satana mi cagavo addosso: faceva veramente paura, era proprio cattivo. Quando ci troviamo di fronte ad una porta o siamo davanti ad un ostacolo e prendiamo la via più breve, lui lo sa. Loro, le voci, lo sanno cosa fai, cosa e cosa non fai. Loro sanno se prendi la via più breve o la via più lunga.

Così sono partito verso la Svezia. Ho viaggiato due o tre giorni sui treni. Ero un tutt'uno con il mio tormento: Maria Paola, Rosaria, mia madre... Ero solo come un cane. Mi sentivo solo. Ero un atleta, avevo un fisico da numero uno, se davo una mappina a uno lo stendevo, perché facevo ottanta trazioni alla barra, correvo un'ora e un quarto due volte alla settimana, nuotavo per circa 25 chilometri due volte alla settimana: quasi cento vasche da venticinque metri. Ero solo su quel treno, ma con tutti i problemi con me e ad un certo punto mi sono buttato giù dal finestrino del treno mentre correva a 120 km orari. Satana era entrato in me e mi aveva detto di buttarmi giù dal treno e così ho fatto. Ho ricordi confusi, so solo che mi sono ritrovato appeso al finestrino con il treno in corsa. Ho perso la gamba destra e fratturato la gamba sinistra. Stavo andando in Lituania ma per fortuna in quel momento mi trovavo ancora in Danimarca. Così mi hanno ricoverato nell'ospedale di Federicia, un paese a due o tre ore da Copenaghen, mi hanno raccolto con il cucchiaino e mi hanno tenuto ventuno giorni, non ho sofferto perché mi hanno sedato per tutto il tempo. Finché ero ricoverato lì sono stato bene, tutta un'altra cosa dagli ospedali italiani, lì ogni due minuti mi chiedevano: "Ti serve qualcosa?", "Hai bisogno di qualcosa?", "Hai fame?", "Hai sete?".

Poi sono tornato in Italia e sono stato sei mesi in carrozzina, il dott. Barbero mi ha ripreso in cura e la mia vita era di nuovo completamente cambiata ed è a questo punto che ho iniziato a leggere la Bibbia. Continuavo a sentire le voci, continuavo ad essere tormentato dalle voci. Ho tentato in seguito un'altra volta il suicidio, questa volta ingerendo la conegrina, appena l'ho detto a mio padre, mi ha fatto bere del latte e in due giorni mi sono ripreso. Neanche quella volta sono riuscito ad ammazzarmi! Piano, piano – grazie all'aiuto di mio padre e dei mie fratelli – ho iniziato a sentirmi meglio e ho anche conosciuto una dottoressa con cui ho avuto per un po' una relazione, poi però la differenza di classe... insomma la storia non ha funzionato! E



dopo quell'incontro ho sempre più il rifiuto per le donne, perché mi hanno fatto parecchio male!

E poi è arrivato il Gruppo Voci, in realtà già prima il dott. Barbero mi chiedeva: "Cosa ti dice la voce?" voleva sapere il contenuto delle mie voci, ma io stavo sempre zitto, era troppo devastante, e io non riuscivo a parlare, e poi l'Haldol è un farmaco potente, devastante anche lui!

Ma di quello che è successo tra il 1991 e il 2000 non mi piace parlarne. Posso solo dire che nel 2000, dopo che è mancato mio padre, sono stato per un po' in montagna in un rifugio a Ceresole. Sono stato lì per un anno e due mesi. In generale posso dire che nel 2001 abbiamo fondato con la dottoressa Accetta il Gruppo Voci e sono stato tra i primi ad avere questa idea del libro. Mi sono sempre trovato bene con il gruppo e insieme alla lettura della Bibbia sono le due esperienze che più mi sono servite per affrontare il mio malessere. Ora sono completamente un'altra persona: non sono più cinico, non sono più un menefreghista, egoista, anzi sono diventato altruista, ora non sono più io al centro del mondo, anche gli altri sono diventati importanti. Adesso ho tanti amici, alcuni più buoni, altri meno, alcuni mi vogliono veramente bene. La mia coscienza si è messa a posto. Ho anche iniziato a parlare con i bambini e con i vecchi, cosa che prima non riuscivo a fare. Oggi parlo con tutti, vivo la mia vita così senza pretese, la mia pensione la mia casa, compro le sigarette, bevo il caffè, queste cose qua. Ora non sento più le voci. Ogni tanto sento un fischio, una specie di onda che è presente ma non da fastidio. E in ogni caso io non ho più paura. Non ho mai più provato quel timore che avevo provato in passato. Ho sempre un po' paura di sentirle, ma non più come prima.

*Adriano*

Ho quasi cinquant'anni. In famiglia siamo in sei: quattro tra fratelli e sorelle. Mia mamma ha sempre fatto la contadina. Mio padre invece ha sempre lavorato in fabbrica. Ho studiato solo fino alla quinta elementare, la scuola non mi piaceva, così sono andato molto presto a lavorare con mia mamma nei campi. Sono sempre stato bene io, solo all'inizio degli anni Novanta è capitato qualcosa. Abbiamo fatto un po' d'esaurimento in famiglia: sia io, che uno dei miei fratelli, abbiamo iniziato a sentir le voci. A lui però sono durate solo pochi anni, io ce le ho ancora adesso! Sento tre voci: quella di Vittorio Emanuele, quella di un proprietario terriero qui del Canavese, e quella di un ricco industriale. Ricordo ancora molto bene la prima volta che le ho sentite, tanti anni fa, stavo andando in bicicletta e a un certo punto si sono sintonizzate come delle radio militari, e invece poi ho capito che non hanno niente a che fare con la radio, provengono dall'Ultravisibile. Le voci mi hanno fatto capire che quando nasciamo, siamo in due copie: una vive in questo mondo qua, l'altra nell'Ultravisibile. Io sono riuscito anche a vedere la mia copia, si chiama Alberto, ma adesso anche lui deve cambiare persona e deve diventare

Elvis, un grande industriale che prima era un cantante. E sì, le mie voci mi ripetono sempre questa cosa: arriverà un giorno in cui io mi trasformerò in Elvis e non dovrò più lavorare tanto, perché sarò ricco e famoso e avrò anche un sacco di donne! E da tanti anni che mi ripetono questa cosa, e quando capiterà ritornerà anche la pace in famiglia. Sì, perché abbiamo bisticciato tanti anni fa e praticamente non ci parliamo più, mentre quando arriverà Elvis tutto tornerà come prima, anzi meglio. Adesso che ci ripenso con calma, è da dopo che ho fatto il militare che le cose sono andate storte, ho avuto l'esaurimento nervoso, e poi per via della malattia sono stato per molto tempo senza far nulla. Da dieci anni a questa parte però le cose vanno un po' meglio: lavoro per una cooperativa che si occupa del mantenimento delle aree verdi. Ho sempre le voci, ma bene o male riesco ad andare avanti, ad andare a lavorare almeno. Al Gruppo Voci sono venuto sin dall'inizio, quando eravamo solo due o tre. Raccontavamo delle nostre voci e mi ricordo che c'era uno che oltre alle voci vedeva anche delle api.

Le mie voci hanno costruito una specie di impianto dentro di me, una specie di telefonino per poter parlare. Devono aver fatto tutto di notte, perché io non mi sono accorto di niente. Solo che, con questo impianto, riescono a sentire tutto quello che penso, e questa cosa mi fa parecchio arrabbiare, perché non è bello dover sopportare sempre questa cosa. E poi sono sempre uguali, ripetono sempre le stesse cose, sono proprio un po' noiose! Mi parlano sempre di questo Elvis, mi ripetono continuamente che un giorno mi trasformerò in Elvis, mi fanno venire una testa così con 'sto Elvis... Una volta me lo hanno anche fatto vedere in Amplifon, nel cervello mi hanno fatto vedere un'immagine di questo Elvis: un bel ragazzo, non tanto alto, ma intelligente, furbo. E quando verrà fuori lui io sparirò. Lui non verrà più qui, al Centro diurno, e mi dispiace, perché un po' mi ero affezionato al Centro diurno, alle persone che vengono qua.

Ultimamente vengono a trovarmi spesso i Geova, vengono e mi parlano della bibbia, di Dio, però loro non credono all'Ultravisibile. Io però non sono fissato con i Geova, preferisco l'Ultravisibile, almeno quando muori ritorni...

### *Osvaldo*

Sono siciliano e ho sessanta anni. Sono orfano di madre dall'età di cinque anni. Sono cresciuto con la nonna, perché era l'unica che aveva la possibilità di mantenermi. Solo da ragazzino ho riallacciato i rapporti con mio padre, con cui non ho praticamente mai vissuto. Lui si era ricreato un'altra famiglia e viveva al Nord.

Una letterina a Gesù Bambino, scritta durante le scuole elementari, mi apre le porte di un istituto salesiano privato, del quale, altrimenti si sarebbe dovuto pagare una retta molto alta. Sono sempre stato insofferente a scuola, e il mio profitto era altalenante: in certi periodi ero il primo della classe, in altri l'ultimo. Terminata la scuola media inizio a fare dei lavoretti possibili

per un ragazzo di quell'età in quegli anni. Vivevo parecchie situazioni sentimentali, e in particolare ebbi una relazione con una ragazza che avrebbe voluto che mi trovassi un lavoro lì nel sud Italia. Nello stesso periodo conobbi mio padre che avrebbe voluto invece convogliarmi a sé, così partecipai a un corso di specializzazione per lavorare in Farmitalia, a Torino, dove lavorava mio padre e venni assunto.

La mia situazione economica allora era florida, però il mio lavoro era a Torino, e la mia vita sentimentale e sociale nel sud Italia. Per un periodo avevo anche pensato di fare una sorta di abbonamento aereo "casa-lavoro", tanto potevo permettermelo.

Come era tipico per quei tempi, visto che la relazione andava avanti da qualche anno, era aspettativa della famiglia della mia ragazza che io trovassi un lavoro giù al sud e che mi sposassi con la figlia. Io ero confuso. Finché ero povero, mi sentivo molto attratto da questa ragazza e tutto andava bene, quando ho iniziato a lavorare e a percepire un buon stipendio, al contrario, la relazione non è più andata come prima, pensai che quella ragazza non fosse più adatta a me.

Dopo un paio di anni le aspettative delle nostre famiglie non si concretizzarono e da lì la prima crisi già poco prima del servizio militare. Una crisi che è durata due notti e due giorni, ebbe parecchie sfaccettature, ma quello che sicuramente è stato più problematico per me allora sono stati alcune – come dire – *défaillance* nel rapporto sessuale. Forse non mi nutro a sufficienza, forse ero parecchio stressato, eppure l'attrazione fisica che c'era tra me e la ragazza era molto forte, quasi morbosa, non so... Un insieme di motivi, fatto sta che ebbi una specie di collasso nervoso, che durò almeno quindici giorni e questi problemi sessuali furono sicuramente uno dei fattori scatenanti, anche perché allora ero giovane non immaginavo minimamente che quel problema potesse riguardarmi, e questo influì parecchio anche sul nostro rapporto sentimentale.

Incontrai diversi medici: fisicamente non avevo nessun problema, psicologicamente invece ero molto stressato. La cosa durò quindici giorni, poi per altri diciotto venni ricoverato. Fu piuttosto dura perché nel contesto in cui vivevo, nel sud Italia, in una zona rurale, all'epoca avere queste esperienze... insomma, fu piuttosto dura!

In quella crisi però non si manifestarono ancora le voci, arrivarono in seguito, quando ebbi la seconda crisi, che durò anche di più di quindici giorni, diciamo che commisi un atto che mi costò quaranta giorni presso una casa di cura. E da lì le prime voci. Una delle cose determinanti di quando si viene ricoverati è l'acquisizione di una diversa coscienza dello stare male. In qualche modo si ragiona, in qualche modo la logica ha il sopravvento. Ma di questo posso dire che i medici ne tengono ben poco conto, come ho già detto in molte altre occasioni.

Da lì in poi le voci. Alcune facevano capo probabilmente a situazioni vissute durante il ricovero e ad alcune precedenti esperienze che hanno a che

fare con un certo indottrinamento da parte ecclesiale e familiare. Non mi piace approfondire questi argomenti, li ho sempre ritenuti molto delicati e personali. Quello che posso dire è che probabilmente influì sulle mie voci la frequentazione, sin da bambino, della mia famiglia, dal lato materno di origine nobile, parecchio facoltosa e rispettata in città, infatti molti dei miei parenti ricoprivano delle cariche importanti. E tutte queste voci ebbero come fattore scatenante lo stress emotivo e psichico che aveva origine da questi vissuti familiari. Per certi versi erano come una valvola di sfogo. Ricordo ancora la prima voce: ero a letto e vivevo nella convinzione di una situazione un po' particolare. Bisogna dire che l'immaginazione entra in gioco in maniera molto forte.

Sembrava quasi di vivere un film. A raccontarlo adesso è facile, ma allora ero sconvolto! Venivo informato che ci sarebbe stato il richiamo alle armi di tutti gli uomini. Io avevo già fatto il servizio militare e mi sembrava possibile che, in determinate situazioni, si potesse fare ricorso anche a quei singolari mezzi di comunicazione, alle voci. La voce era quella di una persona potente, e il modo in cui parlava mi ricordava una certa oratoria che avevo già incontrato nella vita. In particolare mi ricordava quella di uno zio materno. Si pensa sempre che chi sente questo tipo di voci possa, ascoltandole, commettere dei crimini. In effetti il rischio c'è, tuttavia dipende molto dal tipo di educazione, indottrinamento e vissuto che si ha avuto, se è radicata nella persona, ad esempio, la convinzione che in certi casi sparare è lecito, allora si possono anche assecondare le voci, ma se l'educazione è un'altra, questo non può succedere.

Iniziai a documentarmi e intrapresi una ricerca su me stesso. Avevo bisogno di capire, di avere delle risposte. Che cosa mi stava capitando? Che cosa era quella voce che sentivo? Perché dava questi ordini? Mi spingeva alle armi? Perché? Riuscire a gestire le voci non fu cosa semplice. Tuttavia, nel giro di qualche mese, riuscii abbastanza bene a controllarle, e questo mi consentì di continuare a lavorare senza grosse difficoltà, anche se ormai avevo perso la speranza che quella che vivevo fosse – come dire – una situazione normale.

Compresi che era un disturbo patologico, anche se non ho mai trovato riscontri convincenti in ambito scientifico e, in ogni caso, per molti anni, mi impegnai in una ricerca tesa a identificare quel qualcosa che mi sembrava andasse al di là del disturbo. Mi ero convinto che ci fosse anche qualcosa che avesse a che fare con la spiritualità, che le voci fossero le voci degli angeli buoni e degli angeli cattivi. È noto come le credenze degli individui influenzino e suggestionino le loro esperienze, e dunque anche quella delle voci. E in effetti io da ragazzo avevo vissuto parecchio all'interno del contesto salesiano, avevo ricevuto un'educazione cattolica, anche se proprio per questo successivamente fui attratto dal mondo del satanismo. Ma di questo non parlo mai molto volentieri, ci sono troppi pregiudizi a riguardo, e poi si sa quale è in proposito il pensiero dominante! Diciamo che io, nonostante la mia fre-

quentazione dell'ambiente religioso, non potevo definirmi proprio uno stinco di santo, e secondo me anche questo influì sulle voci.

C'era già stato in precedenza il tentativo di mettermi in contatto con delle entità sovranaturali, tentativi che continuarono anche quando si manifestò la patologia, che da principio – per l'appunto – interpretai come una manifestazione di forze, ora oscure, ora benevole, ma comunque extra-terrene, e mi convinsi di poter dialogare col demonio. Penso che uno dei fattori responsabili della prima crisi, o almeno del modo nel quale si manifestò, fu una certa infarinatura religiosa che avevo acquisito nei miei studi teologici. È come se io, in quel periodo, avessi fatto mie le parti negative della catechesi cui ero stato esposto, preti che presero forma nelle voci che udivo.

Io mi definivo ateo, non solo non credevo in Dio, ma io Dio non l'ho proprio mai voluto, ero un ateo che escludeva Dio, perché gli dava fastidio, in qualche modo gli pesava. E quindi all'inizio c'è stata una ricerca di dialogo con le entità, seguito a periodi in cui mi interessavo solo della materialità. Radicalità, questo atteggiamento l'ho sempre avuto. Sin da bambino, mi sono sempre interessato a figure piuttosto atroci. O è tutto bianco o è tutto nero. Prima di riuscire ad arrivare a una mediazione, a un equilibrio, passano gli anni, e nel frattempo si ha a che fare con le sole espressioni estreme: con lo spirito santo o con il demonio. Insomma, un bel rompicapo in cui persi molto tempo nel cercare di districarmi. E tutto questo si traduceva nell'immagine di me che traspariva all'esterno, quella di un individuo non del tutto equilibrato.

Quando il malessere si fece più insistente, mi licenziai. Vivevo un periodo di squilibrio, ma non necessariamente come lo si definisce in psichiatria. In ogni caso ci si mettono anni a risistemare il proprio carattere, la propria personalità. In seguito vi furono altri amori, quando la situazione non era più florida economicamente. E anche se non posso dire di aver sentito proprio una vocazione, feci una ricerca di tipo religioso, anche se non si concretizzò. Ho frequentato un istituto secolare, non religioso, ma preferisco non approfondire l'argomento, diciamo che era un istituto che prevedeva un certo impegno e realizzazione nel sociale, niente di segreto.

Il Gruppo Voci mi è sembrato sin da subito molto interessante. Innanzitutto perché mi ha dato la possibilità di ascoltare le diverse opinioni riguardo questo disturbo che avevo avuto in passato, avendo la possibilità così di confrontare le idee che mi ero fatto negli anni con le esperienze e convinzioni di altri uditori o ex uditori. La mia più grossa delusione associata all'esperienza del Gruppo Voci è stato lo scarso interesse mostrato dal mondo della scienza per la nostra ricerca. È vero, siamo quattro gatti che comunque, al di là di tutto, non hanno ricevuto le giuste attenzioni. In ogni caso ho sempre considerato il Gruppo Voci come un buon momento di incontro e di valutazione sulla problematica. Anche se, in un certo senso, inizialmente, ero io un po' che li provocavo. È da diversi anni che non ho più voci, e non ne ho nostalgia.

Sono bionda, tinta, ma pur sempre bionda. Un tempo mi definivo una bella donna: alta e formosa. Adesso che ho cinquant'anni non lo so più. Qualche volta lo penso ancora, qualche volta mi sento così triste e sola che non capisco più chi sono e come sono fatta. Vengo dal Sud Italia, dove sono nata e cresciuta, da tanti anni però vivo al Nord, in Piemonte.

Nel 1977, a diciassette anni sono andata in vacanza con mia cugina a Roma, ed è lì che ho sentito la prima voce. Ad essere sincera, quella è stata anche la prima volta che ho fumato marijuana, e secondo me, è per quello che ho sentito una voce, che ho avuto un'allucinazione. Avevo fumato con il mio gruppo, e insomma non capivo bene cosa mi stesse succedendo! Sentii una voce che mi parlava e mi diceva: "Io ti voglio proteggere". Io non sapevo come interpretare quella voce, forse era un santone, uno di quei santoni che c'erano un tempo, e mi diceva che mi voleva proteggere, che mi voleva bene, e io mi sentivo attirata verso questa persona, questa entità. Però non la vedevo con i miei occhi e quindi comunicavo con il pensiero, gli raccontavo chi ero e chi non ero, praticamente gli ho raccontato tutta la mia storia. Era una voce molto protettiva, molto buona, sembrava la voce del Signore. Infatti era come se vedessi l'immagine del cuore di Gesù che mi diceva: "Io sono la via, la verità e la vita". E allora iniziai a pregare e a parlare con Gesù, e Gesù mi rispondeva che lui era buono, che lui era amore, che lui era la verità e tutte queste cose qua. Fu un episodio unico, non ho più sentito voci di questo tipo, non ho più sentito quella voce.

Finita la vacanza tornai dalla mia famiglia, al sud. Mi ero convinta di avere avuto un'esperienza di telepatia o qualcosa del genere. Così andai da un medico, che mi disse che mi ero sdoppiata in due, che il mio io si era sdoppiato in due e per questo che sentivo delle voci. Da quel momento in poi ho imparato a usare la telepatia, prima non riuscivo a parlare con una persona da lontano, invece da quel momento in poi sono riuscita a comunicare telepaticamente con delle persone non presenti, a parlare da lontano. Il medico mi disse di non preoccuparmi, che non era un fatto negativo, e mi ha dato delle pillole. La cosa poi sembrava finita lì. E poi, io non ricordo bene quello che è successo dopo.

Quello che so è che oggi io sento la voce di un uomo che dice di amarmi, un uomo che esiste. Lo so che è strano per chi non ha mai provato esperienze di questo tipo, ma lui mi ha dato anche delle prove, sa tante cose di me e della mia famiglia. E poi questa voce non è negativa, è proprio la voce di un uomo che mi vuole aiutare, che vuole aiutare me e mia figlia.

E sì, perché io ho una figlia grande, che purtroppo vedo pochissimo, una figlia che ho avuto assieme al mio ex marito, un uomo aggressivo e violento, con cui ho convissuto per tanti anni finché abbiamo divorziato, e ora a lui non è neanche permesso di venirmi a trovare qui. Se viene, può stare solo in cucina e per poco tempo. Perché – non l'ho ancora detto – io abito in un grup-

po appartamento, uno dei primi che è stato costruito qui a Settimo, il gruppo appartamento storico. Vivo qui con altre donne, io ho la mia stanza, ognuna di noi ha la propria stanza, condividiamo la cucina e una piccola saletta dove si può fumare e usare il pc. Non mi trovo malissimo qui, solo che non è per niente semplice la convivenza. Qui ognuna di noi ha i propri problemi, qualcuna anche molto gravi. Qualche mese fa ho fatto domanda per avere una casa popolare. Se sto bene, potrò andare a vivere lì, così ho la mia casa, posso invitare chi voglio. Ho un po' paura perché sarei da sola, dovrei fare tutto da sola, ma almeno sarei più libera.

La voce di questo uomo la sento da due o tre anni. Io non so se si prende gioco di me, so solo che mi ripete sempre che mi darà dei soldi, che mi vuole dare un'ingente somma di denaro. A volte non so cosa pensare! Rimanda sempre il momento dell'incontro, mi dice: "Ci vediamo un altro giorno". Poi passano i mesi e non si fa mai vivo. Però mi fa compagnia, siamo diventati amici. Io non so che spiegazione dare a questa voce di questo uomo che mi vuole aiutare, che mi promette tanti soldi. Io so solo che ho la capacità di sentirla. Io sono arrivata ad un punto che gli ho detto: "Se vuoi conviviamo, così mi dai la metà dei tuoi soldi". Lui mi promette un miliardo e dice che anche lui vuole convivere con me, poi però mi dice: "Devo andare, mi chiamano sul lavoro". Io sento solo questa voce, che comunque è una voce positiva, una voce di un uomo con cui ho una specie di relazione sentimentale. Io non sento altre voci. Io non sono come altri che sentono voci negative che li tormentano. Io sento solo questa voce, la voce di un uomo che dice di amarmi, e che vuole aiutare me e mia figlia. Io sono sicura che questa persona esiste, perché io non sono matta, non sono malata! A volte glielo chiedo: "Ma tu esisti davvero? Non è che sei la voce di un morto, di qualcuno, di un angelo?". E lui mi dice sempre: "Ma no! Esisto davvero!". Io so anche dove abita, però deve essere lui a fare il primo passo, deve essere lui a venirmi a prendere, a portarmi fuori di qui. A volte gli dico: "Guarda che sto accendendo la televisione" e così guardiamo lo stesso programma. Specialmente la domenica guardiamo insieme, io qua e lui là, *Domenica In*. E io sono sicura, sono proprio sicura, che esista questa persona, io non me la sono inventata. All'inizio ho pensato di essere stata io a crearmi questa voce, perché avevo bisogno di compagnia, ma adesso so che esiste, deve solo decidersi a darmi un appuntamento, a venire a prendermi.

Anche io, come altri uditori ho frequentato il Gruppo Voci, per poco tempo però. Mi ricordo ancora quando un giorno di primavera la dottoressa Accetta ha sparso voce in comunità e io mi sono detta: "Ma sì, quasi quasi mi faccio una passeggiata, vado anche io!". E così ho partecipato ad alcuni incontri, ho raccontato la mia esperienza di voci positive, ascoltavo anche quello che dicevano gli altri, molti avevano delle voci che gli davano fastidio, invece a me queste voci non mi hanno mai dato fastidio. Solo che un giorno non mi sono sentita più in grado di farlo, di andare là e raccontare la mia esperienza. Sono trascorsi diversi anni da quei giorni. Ricordo il Grup-



po Voci come una cosa simpatica, anche perché di solito non se ne parla con nessuno di queste cose, o se ne parla solo con lo psichiatra, invece lì eravamo in gruppo a parlarne, e ognuno raccontava la propria esperienza.

*Giovanni*

Io ho quarant'anni e sono il secondo di quattro fratelli: due sorelle maggiori e un fratello più piccolo. Ho vissuto per ventotto anni nel quartiere delle Vallette a Torino, poi mi sono trasferito con tutta la mia famiglia in un piccolo comune della cintura. Da bambino, come molti dei miei amici, sognavo di diventare un calciatore, come Platini. Ogni giorno mi allenavo a fare come lui nei campetti del mio quartiere. Se no, mi sarebbe piaciuto anche diventare un musicista. Come tutti, insomma! E invece mi sono trovato a fare il matto!

Mi sono diplomato con quaranta sessantesimi in un istituto tecnico specializzandomi in informatica. Ho trovato subito un lavoro che mi piaceva, facevo il venditore di spazi pubblicitari in una azienda che produce guide commerciali ed elenchi stradali di quartiere. Ho lavorato lì per circa un anno, poi sono partito per il servizio militare. Tornato dal militare, iniziano i primi problemi, tutta una serie di cose che mi condurranno al primo ricovero. Rientrato in ufficio non ci sarà più il solito responsabile ma al suo posto un demone, o meglio: una persona che *io credevo* un demone. E lo credo ancora adesso un *demone*. Era anziano e gravemente malato e ha riversato su di me tutto il suo male, tutto il male che poteva. Mi toglieva delle zone commerciali e le dava ad altri. E poi il suo modo di farmi da capo io non lo sopportavo, perché vendeva meno di me, soltanto che l'hanno messo lì perché aveva sessanta anni. Eravamo proprio come il diavolo e l'acqua santa! Qualche tempo dopo la ditta fallisce e io sono stato costretto a licenziarmi, di quei tempi ho solo brutti ricordi di cui preferisco non parlare perché mi hanno portato molta sofferenza. Dopo ho fatto dei lavoretti come informatico che andavano bene, ma non era più la stessa cosa.

Per un certo periodo ho frequentato anche la Chiesa, dove ho iniziato a leggere i testi sacri a messa, ho organizzato un torneo di calcio per i ragazzi dell'oratorio e ho provato a seguire il seminario per diventare prete, ma ho resistito quindici giorni perché andavano troppo veloci. E poi, io non ero abituato a studiare latino, storia dell'arte, filosofia. Io arrivavo dall'istituto tecnico e non riuscivo a stare dietro a tutte quelle materie umanistiche. E così ho lasciato perdere anche perché se per diventare Papa o Gesù o soltanto prete c'è bisogno di studiare tutte queste cose! Io preferisco studiarli il Vangelo per conto mio e che vada come vada! Sarà soltanto Dio a giudicarmi!

Più o meno nello stesso periodo ho avuto un'accesa discussione con mio fratello minore: cioè, io non mi sono mosso però lui sì, io ho lasciato che facesse lui, e gli ho offerto l'altra guancia, diciamo. Io ero convinto che lui frequentasse delle brutte compagnie e non volevo che uscisse nel quartiere dove abitavamo. Non ricordo più bene cosa sia successo in seguito. So solo che un



giorno decisi di fare una doccia alle cinque del mattino e diciamo che quello fu l'evento scatenante del mio primo ricovero, o meglio del primo TSO. Sono stati i vicini di casa – con cui fino a quel giorno ero in buoni rapporti – a intervenire, richiedendo l'intervento dei sanitari. Io ricordo solo che subito dopo la doccia mi ritrovo tutti a casa e poi mi hanno portato via!

Le prime voci risalgono a questo periodo. Sono voci buone, voci di angeli, perché io penso che tutti noi abbiamo un angelo custode. Sono voci che sono arrivate quando ho cominciato a frequentare la Chiesa. Perché, ad essere sincero, io non le avevo mai sentite prima, e invece da quando sono andato in Chiesa, c'era il prete che parlava dell'angelo custode e, non so bene, ma praticamente credo che sia questo che sentivo io. Sì, una voce bianca, con un tono molto alto che strillava e mi diceva cosa dovevo o non dovevo fare in certe occasioni.

Io penso che ci siano angeli e demoni, come nel film di Tom Hanks, e che alcuni medici che ho incontrato siano San Paolo e San Pietro, perché, non solo nei modi di fare, ma anche fisicamente quegli psichiatri mi ricordano i santi, o meglio sono proprio loro. Ad essere sincero, diciamo che io non so se sono veramente Gesù, però so che vorrei esserlo per fare delle grandi cose, vorrei fare del bene e sarebbe anche un po' un modo di dare un senso alla mia vita: ho così tanto tempo libero! E poi se proprio non posso essere Gesù, vorrei poter diventare Papa o almeno parroco.

E poi, io ho bisogno di sperare in un futuro migliore che può avvenire solo rinascendo! Solo con la resurrezione, perché dalla psichiatria non c'è via di uscita se non rinascendo! Nessuno crede a questa storia però! E poi, forse è vero, non sono io Gesù, se no farei miracoli. L'unica cosa che so è che mio padre io lo vedo come Dio. Solo che neanche lui ci crede a questa storia, e quando gliene ho parlato lui mi ha detto: "E se fossi Dio sarei nei guai così?". Forse ha ragione, mio padre. Però per me è così importante, perché se riuscissi ad essere importante, riuscirei anche a fare qualcosa di importante per gli altri! Per esempio, quando frequentavo la Chiesa, ho organizzato il torneo di calcio, leggevo la Bibbia. Solo che poi, quando vedi certi personaggi, cosa puoi fare? Non puoi non fare niente! E io mi sono riconosciuto in Gesù, però capisco che Gesù ce n'è solo uno, di Dio ce n'è uno solo. Forse io mi sono solo sentito in dovere di intervenire. Come una missione, e poi io ho così tanto tempo libero....

Le voci mi hanno sempre detto cose più o meno banali: "Fai questo, fai quello...". Un giorno però mi è arrivata una voce grossa, non so di chi fosse, so solo che mi ha comunicato che sarebbe opportuno – e forse è il desiderio di tutti quanti – trasferire la città del Vaticano e la Sacra Sindone a Gerusalemme. In generale ho sempre sentito soprattutto voci buone, voci angeliche; le voci cattive le ho sempre sconfitte con la preghiera. Ma non è sempre stato così. Appena mi sono trasferito con tutta la mia famiglia a Settimo, anche i gatti mi parlavano, e avevo paura ad uscire perché mi dicevano che mi avrebbero mangiato. E le voci, anche se angeliche, a volte erano burlone e

spingevano a fare cose di cui poi mi sarei pentito. C'è stato in particolare un episodio che mi è costato una denuncia e tanta paura delle voci e delle loro conseguenze! È successo appena sono venuto qui a Settimo. Ero per strada. Ho incontrato una ragazza e l'ho toccata. Sono state le voci protagoniste, se non mi spingevano loro non l'avrei fatto, però non posso provare l'esistenza di queste voci quindi sono stato zitto e mi sono preso la colpa io!

Prima di arrivare in questo gruppo appartamento dove vivo ormai da qualche anno, sono stato ricoverato diverse volte e ho trascorso anche un periodo in due comunità. Nella prima non vivevo bene e avevo voci e visioni negative. C'era un capo in questa comunità che se la prendeva sempre con me, mi svegliava di notte. In sogno mi bloccava il sonno. Mi svegliavo e vedevo queste cose dentro di me, non esterne. Sono andato avanti così per molti anni, non so quattro o cinque anni, finché mi hanno trasferito in una nuova comunità in cui ho incontrato una psichiatra con cui sono riuscito a instaurare un rapporto diverso: le ho raccontato tutte queste cose e ho iniziato un percorso di annullamento delle voci. Oggi le voci non sono del tutto scomparse, ma si sono affievolite, diciamo. A volte le sento quando ascolto la radio: mi dicono loro su quale stazione sintonizzarmi. I farmaci, che rallentano un po' i pensieri come dei calmanti mi sono serviti in questo percorso, insieme alla forza di volontà per tenerle lontane.

Anche il Gruppo Voci è stato un'esperienza utile e positiva. Ho iniziato a frequentarlo nel periodo della prima comunità. È stato un luogo in cui poter finalmente liberarmi, parlare delle mie voci, confrontarmi con altri che vivevano una condizione simile alla mia. Io da solo non ce la facevo, ero in confusione. Lì invece ognuno diceva quello che sentiva e viveva, potevo raccontare liberamente la mia storia. Adesso però preferisco non averle più, perché rischi tanto con le voci. Adesso le voci sono talmente lontane che non ricordo più.

Adesso va meglio. L'unica cosa è la vita qui in questo gruppo appartamento. Mi trovo così e così, perché devo fare i turni delle pulizie ad esempio e io non mi trovo tanto pronto psicologicamente. Io sono sempre stato abituato a vivere con due sorelle che facevano tutto o nelle comunità dove non si doveva occupare delle faccende domestiche. Qui invece la convivenza con gli altri non va tanto bene, perché c'è tutto da conquistare, bisogna sempre lottare per ogni piccola cosa, per un succo di frutta, l'acqua, mangiare dormire, quando vai in bagno, per tutto! Preferirei tornare in una comunità o dai miei genitori e ogni tanto venire ricoverato. Il mio futuro non lo vedo molto bene. Non riesco ad immaginarlo fuori dalla psichiatria, almeno qui non vivo come un barbone, ho un tetto e mi sento assistito anche se a volte penso che mi sarebbe piaciuto che accadesse lo stesso che è accaduto in psichiatria con la Chiesa e magari trovare lì qualcuno che mi ascoltasse. E invece non riesco neanche più ad entrarci fisicamente in Chiesa, perché mi credono un pazzo e qualsiasi cosa dico vengo esaminato. Anche se spiritualmente sono sempre là, e così continuo a pregare, ma preferisco farlo per conto mio.

Oggi mi sento più vicino ai comunisti, che mi danno da mangiare, perché io penso che qui al Centro di salute mentale siano tutti comunisti o almeno... Noi siamo nei guai e loro vorrebbero che tutti noi trovassimo un lavoro, che stessimo bene, perché il comunismo prevede queste forme di assistenza che altrimenti non ci sarebbero. Se non ci fossero loro, non so dove sarei ora, magari sarei dai miei, ma chissà in che condizioni.

Io penso infine che avere le voci sia una malattia, però è difficile perché quando hai le voci ti aiutano, non averle è ancora più difficile!

### **3. Perché otto ore ci sembrano poche. Un commento delle operatrici del Gruppo Voci**

di *Anna Maria Accetta Cristina Boscolo*

“Alla prima riunione del Gruppo Voci eravamo in parecchi...” così iniziava l’avventura di un gruppo sperimentale, pionieristico che intendeva interrogarsi su una delle esperienze più curiose, ma allo stesso tempo inquietanti, che possano accaderci in quanto esseri umani. Prendiamo in prestito questo incipit per analizzare, attraverso la filigrana del gruppo, il contesto in cui è nato e la sua evoluzione dal 2001 a oggi: il Centro di Salute Mentale, il Dipartimento di Salute Mentale, Settimo Torinese, l’Italia. Anche noi operatori potremmo dire “all’inizio eravamo parecchi”: il CSM nel 2001, anno di nascita del gruppo, contava diciassette infermieri e sette medici. Oggi i medici sono cinque e gli infermieri dieci e, con l’apertura di due comunità terapeutiche e dell’SPDC, il lavoro è cresciuto per volume e complessità.

Nel rileggere questa esperienza, nel ricostruirla con Mario e Giulia, ci siamo chieste quanto i cambiamenti sociali e culturali abbiano influenzato l’andamento del gruppo. Nell’arco degli ultimi dieci anni ha avuto luogo una progressiva trasformazione del bisogno di salute della popolazione: l’invecchiamento, la diffusione di sostanze di abuso, i fenomeni migratori e le trasformazioni economico sociali hanno prodotto un abbassamento degli standard di vita e un aumento dell’insicurezza sociale, che si esprime con l’aumentare dei problemi di ansia e depressione nella popolazione. I sistemi di promozione e protezione della salute mentale risentono dell’andamento delle politiche sociali riguardanti gli elementi costitutivi della sicurezza sociale cioè: istruzione, previdenza, assistenza e sanità. Di fronte al pesante ridimensionamento di tali politiche sociali, i sistemi di salute si trovano costretti a utilizzare un maggiore numero di risorse e a medicalizzare bisogni di natura non sanitaria (su questo aspetto vedi il cap. 3, *infra*).

La soluzione, ormai invocata da molti, è quella di liquidare come “ideologici” (nel senso della falsa coscienza) quei servizi che, fedeli alla prescrizioni legislative che vanno dalla legge 180/1978 al Progetto obiettivo per la Salute Mentale 2006-2008, intendono concentrare i propri sforzi sulla presa in carico e la cura di cittadini a maggiore rischio di cronicizzazione e isola-

mento sociale, coloro i quali rischierebbero l'istituzionalizzazione precoce in assenza di interventi di supporto continuati.

I Centri di Salute mentale utilizzano tecniche sempre più specializzate e interventi sempre più parcellizzati, rendendosi strumento di una politica che esclude chiunque non tragga immediato beneficio dall'offerta variegata di servizi che il menù di ogni Centro propone ai propri cittadini. Capita, nei Centri di Salute Mentale, che i maggiori fruitori dei servizi siano coloro che hanno più capacità di fruire, spesso una molteplicità di interventi è utilizzata da uno stesso gruppo di persone, capita, cioè, che il medesimo utente disegni, danzi, parli, si confronti, si auto-aiuti, mentre chi sta peggio distrugga, scappi, non-risponda (neppure al telefono o al campanello della porta di casa). Per questi utenti irriducibili esistono linea guida non scritte ma applicate solertemente nella maggioranza dei casi in cui non vi sia il tanto temuto "abbandono dell'utente": ricovero, trattamento farmacologico e inserimento in Comunità residenziale. "I servizi territoriali concepiti come ambulatori, inevitabilmente accettano una subalternità ai servizi ospedalieri, assumendo scarsissima significatività ed incidenza all'interno del circuito psichiatrico". (Mezzina, 2004).

Il Piemonte è la regione italiana che conta più posti letto in Comunità residenziali pubbliche e private, in Calabria la residenzialità psichiatrica fa parlare di sé attraverso scandali come quello dell'Istituto Papa Giovanni XXIII di Serra d'Aiello, in provincia di Cosenza (vedi Ramondino, Siebert, Signorelli, 2008). In questo Istituto, poco meno di quattrocento persone erano rinchiusi in uno stato di abbandono senza ricevere le cure necessarie al loro stato di sofferenza. Nel disprezzo della legge, il denaro pagato dalle ASL veniva sottratto con la connivenza di tutti: i religiosi che gestivano la struttura, i medici che avrebbero dovuto essere responsabili dei progetti terapeutici, coloro che avevano il compito di vigilare sulle strutture nella regione. La Regione Calabria, in risposta a questi scandali, ha emanato nel 2009 un decreto con cui converte l'utilizzo dell'ex Ospedale psichiatrico di Girifalco come sede per una struttura riabilitativa psichiatrica.

Il modello della Calabria, in cui le strutture per lungodegenti sono l'unica risposta ai problemi delle persone con grave sofferenza psichica e dove i Centri di Salute Mentale si occupano di smistare chi sta peggio nelle varie strutture presenti sul territorio può essere definito "il Nuovo che avanza" (Rauber comunicazione personale). L'esperienza calabrese ci insegna che gli utenti psichiatrici possono rappresentare un capitale economico (per ogni persona inserita in struttura residenziale si possono arrivare a pagare fino a 200 euro al giorno) ed è questo l'unico valore che oggi sembra essere riconosciuto. A ciò si accompagna la costante scotomizzazione della sofferenza e del disagio a cui si assiste quotidianamente, ciò che non si vede non esiste, ciò che è difficile da affrontare genera un'inquietudine e un senso di inadeguatezza che appaiono intollerabili. Addirittura anche questo libro, sembra non dare giustizia della sofferenza e del dolore che si cela dietro le storie del-

le persone, come se anche il comune senso del pudore si fosse modellato sulla negazione, sul nascondimento. Ma quando una persona che sente le voci arriva al Centro di Salute Mentale porta con sé un'esperienza di desertificazione progressiva delle relazioni, i familiari testimoniano la fatica e l'angoscia che si prova nello stargli accanto. Per lungo tempo gli operatori e i familiari sono l'unica rete di relazione possibile, anche se ciò può essere vissuto come stigmatizzante, l'alternativa è una situazione di isolamento e chiusura che spesso genera un aumento di conflittualità in famiglia e un aumento del mal stare della persona. La semplificazione buonista e la medicalizzazione segregante diventano una cosa sola, l'obiettivo è rimuovere il problema, cancellare il dolore, il rischio creare contenitori sufficientemente buoni per togliere di mezzo la contraddizione.

L'idea dei Centri di salute Mentale ordinati, degli interventi programmati, dell'allontanamento della crisi che sparglia le carte, nasce da questo bisogno di far tornare i conti, dall'incapacità di confrontarsi col caos, con l'impotenza, dall'intolleranza serpeggiante che si insinua anche nei servizi apparentemente più democratici.

La questione della salute mentale è un problema che riguarda tutta la popolazione, la cura e il supporto alla vita per le persone che stanno peggio è una questione etica e politica che riguarda la reale uguaglianza rispetto ai diritti di cittadinanza. Perché si possa favorire l'*empowerment* è necessario un momento di forte investimento del servizio sulla persona, in cui la porta del centro rimanga aperta sulla città e la chiave sia nelle mani dell'utente. Puntare sulla relazione, andare a incontrare l'altro nei territori della follia, aprirsi all'imprevedibilità che scardina le proprie certezze significa rapportarsi all'altro, sempre e innanzitutto come una persona, partendo dal presupposto che l'ascolto dell'altro è l'unica base solida per qualsiasi relazione e il progetto principale non può che essere quello di creare con l'altro un rapporto che lo affranchi dalla radicalità della sua solitudine. Questo vuol dire costruire servizi accessibili, che vengano utilizzati quando servono, che non seguono le logiche istituzionali a cui chi sta male non riesce ad adattarsi, servizi disponibili a lasciarsi attraversare dalla crisi, non come esercizio di tolleranza, ma come ricerca di un senso, un obiettivo per la vita della persona.

È necessario organizzare un servizio forte ma flessibile, che si muove sul territorio e va verso l'utenza, vigila sul garantire i diritti di cittadinanza, specie nel momento in cui è più facile che vengano negati e disattesi, non si sostituisce ma prima affianca, poi supporta, promuove e, da ultimo, si defila.

In quest'ottica, gli strumenti più opportuni sono costituite da figure professionali con un profilo poco o nulla caratterizzato sul piano clinico: educatori, operatori socio-sanitari, infermieri che, con un incedere lieve, accompagnano i pazienti nella quotidianità e agiscono nei momenti più difficili, con la decostruzione, o, con Mezzina (2004), lo "smontaggio" della crisi. In questo registro i momenti di conflitto, di tensione, cessano di essere interpretati come il segno greve della malattia, ma come nulla più di ciò che sono:

tensioni e conflitti, interrompendo in questo modo il circolo vizioso fra crisi e lettura medicalizzante, che ha quale esito la cronicizzazione delle carriere morali dei pazienti (nel senso di Goffman, 1961, trad. it. 2001).

Un CSM di questo tipo lavora in équipe mantenendo all'interno delle sue pratiche la propria vocazione sociale che sovverte gli assetti gerarchici e di potere, è presente sul territorio almeno dodici ore al giorno; considera il proprio campo d'azione il territorio e non l'ambulatorio; ha strumenti volti a garantire la continuità terapeutica 24 ore su 24: una sicurezza per chi è confuso, una rassicurazione per il familiare spaventato, per il vicino disturbato. È un servizio democratico, laddove la democrazia non è fondata sulla condivisione della maggioranza ma sulla possibilità che le proprie scelte siano discusse e criticate, e quindi sulla capacità di informare e formare al pensiero critico (nel senso di Nadia Urbinati). È evidente che muoversi in questa dimensione etica richiede il coraggio dell'impopolarità e il coraggio del rischio, in quanto le nuove politiche sanitarie calcolano l'efficienza dei servizi attraverso il calcolo delle prestazioni o il numero di persone in carico, ma non prendono in considerazione né l'integrazione del servizio nel territorio, né la qualità o il tipo di lavoro svolto. I tagli alla sanità dovrebbero confortarci, visto che la spesa per la residenzialità è la voce più alta come spesa storica dei servizi, ma sappiamo che è possibile creare strutture economiche con meno personale e porte chiuse e che i fenomeni di transistituzionalizzazione sono in aumento. Coraggio del rischio e dell'impopolarità vorrebbe dire rilanciare, di questi tempi, sul lavoro territoriale, difendere la coesione dell'équipe, sostenere la continuità terapeutica, trovare soluzioni originali per le croniche carenze di personale anche nei luoghi più istituzionali come l'ospedale, e non demotivare gli operatori che si ritrovano talvolta a rispondere ai bisogni dell'istituzione in modo prioritario rispetto ai bisogni dell'utente.

Il CSM di Settimo è aperto dal 1972, ha lavorato per tutti questi anni in una logica antistituzionale, è presente sul territorio 12 ore al giorno, di notte e nei festivi è attivo un servizio di continuità assistenziale infermieristica per gli utenti in carico. Ciclicamente si sono attraversate delle crisi di personale, nell'estate del 2010 il CSM ha dovuto modificare il proprio orario di apertura restringendolo dalle 8 alle 17, ad eccezione di pochi, gli utenti non hanno protestato ufficialmente, la cittadinanza non è insorta.

Nel momento in cui scriviamo, maggio 2011, si prospetta una nuova chiusura estiva e il clima che si respira è quello delle trincee, dove un manipolo di soldati non intendono arrendersi per non abbandonare "sul campo" i propri feriti.

Chi sceglie di fare il nostro mestiere, in un certo modo, è destinato a volte a sconfinare nella retorica delle parole per provare a spiegare l'essenzialità delle prassi: esserci, ascoltare, cogliere i bisogni delle persona. Un collega che da qualche anno non lavora più con noi, era all'epoca un giovane psichiatra, durante una visita domiciliare a cui eravamo stati chiamati in urgenza, fece un intervento-scuola di quelli che diventano chiave di lettura del lavo-

ro, di fronte a una persona rannicchiata nel proprio letto, in preda alle voci, in una stanza sporchissima dove nessuno osava entrare, prese una ramazza e spazzò la stanza ridando dignità a quel luogo abitato non solo dalla follia. Noi crediamo che il nostro lavoro consista in questo, ridare dignità alle persone, agendo anche e soprattutto sulla comunità. Non crediamo che sia cambiata la sofferenza, anche se la fenomenologia del disagio spesso acquisisce nuove figure, sicuramente è cambiata la stanza che la ospita e occuparsene è ancora oggi un intervento prioritario. Non si intende quindi, in quanto tecnici, farsi complici di un meccanismo sociale che non tollera la marginalità improduttiva e deviante, trasformando la terapia in una forma raffinata di esclusione sociale. Per dirla con Basaglia, infatti, “la terapeuticità deriva dell’insieme di atti di un servizio, dalla relazione che questo stabilisce con l’utente, dall’attraversamento delle contraddizioni istituzionali che comunque, anche sul territorio, tendono a riprodursi, tra dibattito e controllo, tra cura e controllo, tra terapia ed emancipazione, tra autonomia e dipendenza, tra inclusione istituzionale e liberazione”.





### 3. *In direzione ostinata e contraria: alterità e pratiche di resistenza\**

Coltivando tranquilla l'orribile varietà  
delle proprie superbie la maggioranza sta  
come una malattia, come una sfortuna,  
come un'anestesia, come un'abitudine

per chi viaggia in direzione ostinata e contraria  
col suo marchio speciale di speciale disperazione  
e tra il vomito dei respinti muove gli ultimi passi  
per consegnare alla morte una goccia di splendore  
di umanità, di verità

Fabrizio de André, *Smisurata preghiera*, 1996

L'azione del Gruppo Voci e, più in generale, quella del movimento degli Uditori di voci, può essere letta – ed è quanto cercherò di fare in questo capitolo – come una forma di opposizione o, con Foucault (1976, trad. it. 2006: 84ss.) di “resistenza”, a un insieme composito di pratiche sociali con le quali la differenza – quale che sia la sua natura – viene costretta nel quadro di una patologia. Questa forma di governo della differenza, la sua “medicalizzazione” (Conrad, 2007: 4), trova espressione in una pluralità di contesti decisamente eterogenei e tutti – almeno in origine – ben difficilmente inscrivibili nell'orizzonte clinico della salute e della malattia<sup>1</sup>.

\* «In direzione ostinata e contraria» è il titolo di una raccolta postuma delle canzoni di Fabrizio de André pubblicata nel 2005. Il brano della canzone riportato in epigrafe, *Smisurata preghiera*, contiene la strofa che dà il titolo alla raccolta e che esprime – viene da dire – la cifra della produzione artistica di de André. Prima di me hanno tratto ispirazione dai testi del cantautore genovese Fabrizio Remondino, Renate Siebert e Assunta Signorelli che, con questo titolo, hanno pubblicato nel 2008 un libro che ricostruisce le vicende dei pazienti ricoverati in una delle ultime istituzioni asilari del nostro Paese, l'Istituto di riabilitazione sociopsichiatrica “Papa Giovanni” di Serra d'Aiello (provincia di Cosenza), un vero e proprio manicomio che, nel 2006, rinchiusa fra le proprie mura 360 pazienti. È a istituzioni disciplinari di questa natura che con maggior forza si contrappone il movimento degli Uditori di voci.

1. La nozione di differenza, impiegata insistentemente in questo capitolo, è impiegata in un'accezione puramente analitica, per designare una forma di scostamento da quanto il sapere clinico, così come molti dei saperi profani designano come normale, atteso, appropriato. Questa condizione si accompagna molto spesso a una condizione di sofferenza, patita da chi vive nel proprio corpo questa “differenza”. Questa precisazione – sollecitata dai commenti di un *referee* – consente di riconoscere come la presenza di una differenza incarnata, prima fra tutte quella delle voci, possa essere accompagnata dal *pathos*, da una pena profonda, cui l'uditore si vede costretto a convivere. Questo aspetto, al di là delle prese di posizione di maniera, è ben chiaro all'interno del movimento degli Uditori di voci, dove il legame fra questa differenza e la sofferenza – passata o attuale – non è mai sottaciuto.

## 1. Lo scenario: la medicalizzazione della differenza

La tendenza alla medicalizzazione della differenza si coglie nel governo di alcuni dei più naturali passaggi della vita, l'invecchiamento e la menopausa. Nell'uno così come nell'altro caso i mutamenti del corpo, associati al passaggio da una stagione all'altra della vita, diventano sintomi di una patologia che invoca, ora un trattamento farmacologico, ora l'intervento più intrusivo della chirurgia. Alla prima fattispecie si può ricondurre la terapia ormonale sostitutiva, descritta entusiasticamente nel *best seller* del ginecologo Robert Wilson, *Feminine forever* (pubblicato nel 1966) come la "pillola della giovinezza", in grado di contrastare una malattia – quale era la menopausa a giudizio di Wilson – che investe non solo il corpo della donna, ma la famiglia di cui è parte (Wilson, citato in McCrea, 1983: 113). Investita della capacità di curare "sintomi" quali caldane, osteoporosi, atrofia vaginale, caduta e riduzione del seno, frigidità, ma anche, distrazione, irritabilità, depressione, alcolismo e perfino tendenze suicidarie; la terapia ormonale sostitutiva restituisce alla società un modello di donna perfetta, in tutto e per tutto simile a quella rappresentata nel film di Frank Oz, *La donna perfetta*<sup>2</sup>.

Nella vita familiare, gli estrogeni rendono la donna adattabile, calma, e, più in generale, una persona con la quale è facile convivere. Di conseguenza la somministrazione ad una donna di estrogeni ha un impatto che va ben al di là del suo personale benessere. La terapia contribuisce alla felicità della sua famiglia e a quella di tutti coloro con cui la donna ha contatti quotidiani. Poiché è stato dimostrato che anche la frigidità è imputabile a una carenza di estrogeni, la donna ricca di estrogeni, di regola, è capace di una ben più generosa e soddisfacente risposta sessuale rispetto alle donne la cui femminilità soffre di un inadeguato sostegno chimico (Wilson, *Feminine forever*, 1966; citato in McCrea, 1983: 113).

Ai successi così come agli insuccessi della terapia ormonale sostitutiva si lega la sua diffusione nella popolazione femminile. All'avvio trionfale negli anni Sessanta, succede la crisi degli anni Settanta, associata alla constatazione degli effetti cancerogeni degli estrogeni. Segue poi il rilancio di una nuova versione della terapia, basata sulla combinazione di estrogeni e progestina, che riconquista il mercato delle donne di mezz'età nella più parte dei Paesi occidentali. Approdiamo così nel nuovo secolo nel quale la diffusione della terapia ormonale sostitutiva si coniuga con l'emergere di più di un dubbio sulla sua efficacia e di più d'una certezza sulla presenza di pesanti controindicazioni<sup>3</sup>.

2. Il film di Frank Oz, *The Stepford Wives* (in italiano, *La moglie perfetta*), del 2004, si ispira al romanzo omonimo di Ira Levin, pubblicato nel 1972.

3. Due studi promossi dal Women's Health Initiative (WHI) documentano l'inefficacia e la pericolosità della terapia ormonale sostitutiva. Entrambi gli studi fanno riferimento alla documentazione empirica acquisita con un *trial* randomizzato condotto su 16.600 donne, suddivise in gruppo sperimentale (cui venne somministrata la terapia ormonale sostitutiva) e gruppo di controllo (cui venne somministrato un placebo). Lo studio, progettato per la durata di

La medicalizzazione dei processi di invecchiamento conduce, in modo analogo, a trasformare i segni del processo di senescenza in sintomi di patologie che meritano una specifica attenzione clinica. A questo scopo viene mobilitata la ricerca farmaceutica, le biotecnologie e, buon ultimo, la mano del chirurgo, chiamato ora ad alleviare il male della vecchiaia, ora ad estendere – a qualsiasi condizione – la durata della vita. Ecco dunque la prescrizione di farmaci per contrastare le cadute di efficienza della memoria, ma anche il ricorso alla cardiocirurgia dettata dall'esigenza di contenere il dolore e, soprattutto, di ridurre il rischio di attacco cardiaco o di morte improvvisa (Kaufman, Shim, Russ, 2004: 733).

La differenza che si mostra sul corpo innesca un altro insieme di pratiche di medicalizzazione che si mobilitano per modificarne i volumi o il contorno rendendo l'uno e l'altro il più possibile conforme a un modello ideale. Tutto ciò si mostra con particolare evidenza in quanto, forse con eccessiva ruvidità, potremmo definire medicalizzazione della bruttezza. Mi riferisco alle pratiche di chirurgia estetica che modellano i corpi – principalmente delle donne – rendendoli conformi a canoni estetici che li piegano ora alla comunicazione erotica ora all'occultamento della senescenza. In tutto ciò il gergo clinico offre una singolare legittimazione a una pratica che ha principalmente una motivazione commerciale. Ecco dunque l'invenzione della "malattia" curabile con una protesi mammaria di adeguata dimensione, la "micromastia" (Conrad, 2007: 124)<sup>4</sup>. Un'ulteriore istanza della medicalizzazione delle differenze che si dispongono sulla superficie dei corpi si mostra con l'obesità. A differenza di quanto osservato per la chirurgia estetica, qui l'azione di contrasto della differenza, di normalizzazione dei corpi, ha origine innanzitutto dalle istituzioni sanitarie, impegnate, in tutti i Paesi occidentali, in una "crociata" (Monaghan, 2005: 304) contro i corpi che l'indice di massa corporea decreta fuori misura (Monaghan, 2007). Il contrasto di questa differenza – che non sempre si accompagna a una severa compromissione dello stato di salute – passa attraverso l'adozione/imposizione di regimi dietetici che, in alcuni casi,

otto anni, venne interrotto al quinto anno per l'emergere di severi effetti secondari fra le donne sottoposte alla terapia ormonale sostitutiva, documentati dal primo studio, pubblicato sul *Journal of the American Medical Association*. Nel gruppo sperimentale vennero registrati eccessi per carcinoma alla mammella, cardiopatie coronariche, trombo-embolie venose e infarto che soverchiavano i benefici imputabili alla riduzione di osteoporosi e carcinoma al colon. Il secondo studio, pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, documenta l'assenza di differenze apprezzabili nella qualità della vita fra il gruppo di donne sottoposte alla terapia ormonale e quello delle donne sottoposte a placebo (i due studi sono citati in Conrad, 2007: 122-123).

4. Anche per l'applicazione delle protesi al seno, non diversamente dalla somministrazione della terapia ormonale sostitutiva, non sono mancati momenti bui. Penso in particolare agli effetti secondari della prima generazione di protesi siliconiche, la cancerogenicità e l'emergere di patologie autoimmuni (vedi Conrad, 2007:124-125). A ciò si aggiungono i recenti eventi di cronaca che documentano, più che i limiti della tecnica chirurgica, quelli – davvero severi – delle procedure di controllo della qualità delle protesi.

mostrano evidenti effetti iatrogeni, che accompagnano le diete bilanciate, ma ancor più si mostrano nelle misure di contenimento del peso più aggressive, basate sul ricorso a pillole o a purganti, cui fanno ricorso soprattutto le persone cui competono i minori privilegi (Aphramor, 2005: 319, 322).

Accanto al corpo, anche la differenza che si mostra nella sessualità è stata, ed in parte lo è anche tuttora, oggetto di specifiche pratiche di medicalizzazione. L'esempio classico in quest'ambito è costituito dalla masturbazione, che nel XVIII secolo vediamo ascritta al registro delle patologie, da cui, tuttavia viene derubricata a partire dalla metà del XX secolo<sup>5</sup>. Più istruttiva, tuttavia, anche per le chiavi di lettura che offre per il tema di questo volume, è la vicenda della medicalizzazione, prima, e della demedicalizzazione, poi, dell'omosessualità.

Pare che il processo di medicalizzazione dell'omosessualità sia stato innescato dal più nobile degli intenti, quello di proteggere questa espressione *altra* della sessualità dalla criminalizzazione. Tutto comincia in Prussia, nel 1869, dove il termine "omosessualità" viene coniato da Karl Maria Benkert, un medico ungherese, con l'intento di sottrarre gli omosessuali dai rigori di una legge che puniva severamente le persone coinvolte in questa pratica che, poco più in là nel tempo, verrà definita "abnorme". Benkert sostenne che l'omosessuale non poteva essere punito per la propria condotta, imputabile non già a una scelta immorale, ma a una patologia congenita (Conrad, Sheider, 1992: 183-185)<sup>6</sup>. Il clima cambia, perlomeno in Europa, nella stagione della psicoanalisi freudiana che, almeno in parte, attenua la separazione fra il normale e il patologico, inscrivendo il desiderio omoerotico come un elemento dello sviluppo

5. Sulla patologizzazione della masturbazione è illuminante la ricostruzione resa da Michel Foucault, ne *Gli anormali* (1999, trad. it. 2000). Foucault osserva come a cavallo fra il XVIII e il XIX secolo si diffuse in Europa una campagna, o meglio, una "crociata" contro la masturbazione. Avviata con la pubblicazione in Inghilterra, Svizzera e Germania (Paesi protestanti, sui quali la direzione delle coscienze e le istituzioni educative della Chiesa cattolica avevano meno impatto) di una serie di monografie dedicate alla *manu strupiatione*, la campagna prese di mira bambini e adolescenti di cui si intendeva preservare la salute. Si trattò, osserva Foucault, di un'iniziativa condotta su di un registro non già moralizzante, ma prettamente sanitario: «Allorché si fa divieto ai bambini di masturbarsi *non* lo si fa minacciandoli di una vita da adulti gravata dalla dissolutezza e dai vizi, ma di una vita da adulti interamente paralizzata dalle malattie. Ciò significa che non si tratta tanto di una moralizzazione, quanto di una somatizzazione, di una patologizzazione» (*ibid.* 211). Nei testi che diedero il via alla "crociata" e ancor più in quelli che li seguirono, prese corpo la "finzione della malattia totale" (*ibid.* 212), ovvero l'inclusione di questa pratica fra gli agenti eziopatogenetici di ogni tipo di malattia. Questa tesi venne espressa in modo esplicito in un insieme di testi pseudo-scientifici, guidati da intenti di edificazione, ma si profilò, seppur in modo implicito, anche nelle codificazioni eziologiche dei testi scientifici, nei quali la masturbazione compariva come "causa possibile di tutte le malattie possibili" (*ibid.* 212-213).

6. La medesima tesi e con analoghe motivazioni venne sostenuta alcuni anni più tardi, nel 1886, dallo psichiatra Richard Krafft-Ebbing, che rubricò l'omosessualità fra le patologie sessuali, includendola nel repertorio delle deviazioni raccolte nel suo monumentale *Psychopathia Sexualis*.

evolutivo del bambino. È con la seconda metà del XX secolo che la medicalizzazione dell'omosessualità riprende quota, da principio, nelle riflessioni di alcuni psicanalisti nordamericani, e poi attraverso la canonizzazione di questo orientamento nella seconda edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM), pubblicato dall'American Psychiatric Association nel 1968. Gli psicanalisti che per primi sostennero la natura patologica dell'omosessualità, Edmund Bergler, Irvin Bieber e Charles Socarides, lo fecero per ragioni tutt'affatto diverse da quelle – in senso lato – filantropiche che animarono la presa di posizione di Benkert (vedi Conrdat, Sheider, 1992: 188-193). Il loro intento non era proteggere gli omosessuali da un'ingiusta persecuzione giuridica, ma quello di contribuire – almeno in prima istanza – alla crescita del sapere costitutivo della loro comunità scientifica. Fra loro spicca la figura di Charles Socarides, autore del *best seller The Overt Homosexual* (1968), instancabile ospite di *talk show* e di programmi di divulgazione scientifica, fondatore della National Association for Research and Therapy of Homosexuality (ancora attiva)<sup>7</sup>. Socarides, oltre a definire l'omosessualità una patologia – segnatamente di origine “pre-edipica” (Conrdat, Sheider, 1992: 191) – mise a punto e diffuse una specifica terapia psicanalitica che si propone di restituire all'eterosessualità le persone omosessuali o, quantomeno, coloro che “lottano con un'omosessualità non desiderata”<sup>8</sup>. È, tuttavia, solo con la pubblicazione del DSM II – si è detto, nel 1968 – che il processo di medicalizzazione dell'omosessualità viene portato a termine. Nella seconda edizione di quella che era considerata (e in parte continua ad essere tuttora) la “bibbia della psichiatria” (Horwitz, Wakefield, 2007: 7), il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, l'omosessualità viene chiaramente definita come una patologia psichiatrica, in specifico un disturbo della personalità. Sul singolare contributo reso dalla filosofia soggiacente al DSM alla medicalizzazione dell'alterità tornerò in seguito, resta ora da considerare – brevemente – il processo di segno inverso, la demedicalizzazione dell'omosessualità.

L'innesco del processo di demedicalizzazione dell'omosessualità si deve alla tenace opposizione del movimento di liberazione omosessuale che vide nella presa di posizione dell'American Psychiatric Association un pesante attacco ai diritti civili delle persone omosessuali. Questa aggressione accelerò il processo di ridefinizione dell'identità omosessuale che sfocerà nella costruzione di una specifica forma di orgoglio e sosterrà una serie di iniziative, di pratiche di resistenza, individuali e collettive. Merita ricordare qui le azioni di disturbo – “zapping” – con le quali gli attivisti facevano irruzione nelle conferenze dei fautori della medicalizzazione dell'omosessualità, pri-

7. Vedi, nel sito della National Association for Research and Therapy of Homosexuality, la pagina in memoria di Charles Socarides, deceduto nel 2005, all'indirizzo: <http://narth.com/docs/soctribute.html> (consultato nell'ottobre 2011).

8. Tratto dal della National Association for Research and Therapy of Homosexuality: <http://narth.com/menus/mission.html> (consultato nell'ottobre del 2011).

mi fra tutti Bieber e Socarides; le manifestazioni pubbliche, prima fra tutte quella nel Greenwich Village di New York del 1969 e, non meno importanti, le azioni di *lobbying* degli psichiatri gay e lesbiche. Queste azioni costrinsero l'American Psychiatric Association dapprima ad attenuare la qualificazione patologica dell'omosessualità, per poi espungere questo orientamento sessuale dal novero delle patologie psichiatriche. Nel DSM III, pubblicato nel 1980, scompare la qualificazione dell'omosessualità – *tout court* – come un disturbo di personalità, ma viene introdotta la voce nosologica “Omossessualità Ego-distonica” per designare la condizione di sofferenza, imputabile a un'omosessualità indesiderata e con la quale è penoso venire a patti<sup>9</sup>. È rilevante osservare al riguardo l'operare, *in vivo*, di una delle caratteristiche chiave del processo di medicalizzazione, l'individualizzazione di quello che – a buon diritto – può essere definito come un problema sociale, l'omofobia. In un contesto sociale omofobico, le difficoltà di chi stenta ad adattarsi diventano – *ipso facto* – il segno di una patologia psichiatrica. Le obiezioni avanzate nei confronti di questa soluzione a metà del problema indussero, infine, l'American Psychiatric Association ad espungere dal catalogo delle patologie psichiatriche ogni riferimento all'omosessualità. Questo accade con la pubblicazione nel 1987 della revisione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, il DSM III-R.

Occorre comunque osservare come, a dispetto dell'estromissione dell'omosessualità dal novero delle patologie psichiatriche, alcuni psichiatri continuano ad offrire terapie di conversione, forti dell'alleanza delle famiglie conservatrici, che ritengono di dovere curare i propri figli omosessuali, e del sostegno di associazioni, quali la più volte citata National Association for Research and Therapy of Homosexuality. A ciò si deve aggiungere l'operare strisciante di alcuni processi di rimedicalizzazione dell'omosessualità che passano ora dall'associazione fra omosessualità e AIDS, etichettata impropriamente come una “peste gay” (*gay plague*), ora dai tentativi – regolarmente condannati all'insuccesso – di individuare un fondamento genetico, il “gene gay” (Conrad, 2007: 109), a questo orientamento sessuale. Quest'ultima congettura, osserva Conrad, può offrire l'innescò a lugubri procedure eugenetiche, basate sul ricorso a test genetici prenatali, rivolte ad escludere la nascita di un figlio o una figlia omosessuale o a orientare una specifica terapia genetica (Conrad, 2007: 109)<sup>10</sup>.

9. Nell'edizione italiana del DSM III al riguardo si legge: “Questa categoria diagnostica comprende quegli omosessuali per i quali il desiderio di cambiamento di orientamento sessuale è continuo e persistente, e dovrebbe essere evitata nei casi in cui il desiderio sessuale può essere una breve e temporanea manifestazione della difficoltà di un individuo di adattarsi a una nuova consapevolezza dei suoi impulsi omosessuali” (APA, 1980, trad. it. 1983: 310).

10. A quest'ultimo proposito è altresì rilevante osservare come la congettura del “gene gay” trovi sostegno anche in talune frange del movimento omosessuale che la impiegano come pilastro della tesi che sostiene il carattere congenito dell'omosessualità (“*born-gay*” *philosophy*). Questa tesi, sintonica alle politiche di difesa dei diritti civili degli omosessuali ba-

Un altro importante dominio sottoposto a crescenti pressioni alla medicalizzazione è costituito dalla scuola. Qui, da alcuni anni a questa parte, è dato di osservare come la via maestra per fronteggiare i problemi organizzativi e didattici che discendono dalla presenza in una classe, vuoi di bambini o bambine vivaci, vuoi di alunni o alunne caratterizzati da un modo diverso di apprendere, passi dalla medicalizzazione della loro differenza. Nel primo caso, la difficoltà – disturbante – di soggiacere alla disciplina scolastica diventa “disturbo di attenzione e/o iperattività” e si cura con uno psicofarmaco, segnatamente un’anfetamina che, in età evolutiva, ha un cosiddetto effetto paradosso: induce calma, obbedienza, consentendo – a poco prezzo – il regolare svolgimento delle lezioni. Salvo, occorre aggiungere, indurre forme pericolose di dipendenza, alterazioni della pressione sanguinea, angina pectoris e tendenze suicidarie, per citare i soli effetti secondari più preoccupanti. Nel secondo caso, il diverso modo di apprendere, a leggere, a scrivere e fare di conto, diventa un “disturbo specifico dell’apprendimento”, in particolare dislessia, disgrafia, disortografia e discalculia<sup>11</sup>. Le difficoltà associate a questi diversi modi di apprendere diventano disabilità in tutti i contesti educativi nei quali la standardizzazione delle procedure didattiche e la rigidità organizzativa costituiscono la norma (cfr. Riddick, 2001). Tutto ciò passa attraverso la medicalizzazione di queste differenze che ha inizio con la loro definizione diagnostica<sup>12</sup>. Il riconoscimento, attraverso una diagnosi clinica, di queste differenze presenta un insieme di innegabili vantaggi. Le *défaillance* scolastiche di un bimbo o di una bimba dislessici cessano – almeno di norma – di essere imputati a pigrizia o, peggio, a stupidità. Il dislessico può inoltre contare su di alcune forme di tutela giuridica, che di norma si traducono nel riconoscimento del diritto ad affrontare le valutazioni e, più in generale, le attività didattiche potendo contare su misure dispensative (di riduzione del carico didattico) e compensative (di integrazione degli strumenti didattici, ad esempio con l’autorizzazione all’uso di programmi di video scrittura, dizionari digitali e altro ancora)<sup>13</sup>. Ciò nondimeno, l’iscrizione della differenza in una categoria diagnostica, per i disturbi specifici dell’apprendimento, così come per il disturbo di attenzione e iperattività, hanno come conseguenza l’individualizzazione di un problema, quello dell’inclusione scolastica, la cui componente sociale non può essere

sate sull’enfasi e non già sulla negazione della propria differenza, costituisce uno degli argomenti più forti contro le cosiddette terapie di conversione à la Socarides e, più in generale, contro la tesi della “curabilità” dell’orientamento omosessuale.

11. Per un’introduzione piena a questi temi si vedano Stella (1996); Cornoldi (2007).

12. La chiave della medicalizzazione – osserva Conrad (2007: 5) – è la definizione.

13. In Italia queste tutele hanno un’origine relativamente recente, mi riferisco alla Legge 8 ottobre 2010, n. 170: “Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico”. Questa legge riconosce agli studenti con disturbi specifici dell’apprendimento il diritto a strumenti dispensativi e compensativi concepiti per facilitare la loro inclusione scolastica.



negata. In tutti questi casi le caratteristiche del contesto educativo vengono poste fra parentesi, l'organizzazione didattica viene sgravata di ogni responsabilità nella gestione – non sempre ineccepibile – degli studenti con bisogni didattici speciali (cfr. Medeghini, Valtellina, 2006). Il problema, il “guasto” viene individuato nella bimba o nel bimbo, ora iperattivo, ora dislessico, e si procede alla sua soluzione con la “pillola della disciplina” o con le stampelle degli strumenti compensativi (peraltro sacrosanti), proteggendo le istituzioni scolastiche da ogni pressione al cambiamento.

Il processo di medicalizzazione della differenza attraversa – e direi pesantemente – anche il territorio di cui ci occupiamo in questo lavoro, quello della salute mentale. Qui la medicalizzazione si esprime essenzialmente nella trasformazione di alcuni modi di essere-nel-mondo – ad esempio la timidezza – così come nelle più prevedibili reazioni alle piccole e grandi increspature del corso di vita – ad esempio la prostrazione a seguito di un evento drammatico – in patologie, che richiedono una specifica attenzione terapeutica e un opportuno sostegno farmacologico (vedi Horwitz, 2002).

Questo processo si lega a una delle più importanti trasformazioni del sapere psichiatrico, una vera e propria “rivoluzione scientifica” nell’accezione kuhniana (Horwitz, *ibidem*: 56), il cui spirito si mostra con particolare evidenza in uno dei suoi più importanti prodotti, il DSM, il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, “la bibbia” degli operatori psichiatrici; non di tutti – va da sé – ma di una buona parte di essi. Allan Horwitz individua nel DSM il dispositivo tassonomico che ha reso possibile la trasformazione della timidezza nel più prosaico disturbo da ansia sociale (vedi Lane 2007); la scomparsa della tristezza, sostituita dalla depressione maggiore (vedi Horwitz, Wakefield, 2007) e, più in generale la ridefinizione della differenza – stabile o transitoria che sia – in una patologia radicata nel cervello e curabile con opportuni farmaci in grado di ripristinare l’equilibrio neurochimico (Horwitz, 2002 *passim*). La costruzione di questa forma di sapere ha origini relativamente recenti, che risalgono alla seconda metà del secolo scorso. Tuttavia per comprenderne i contorni e la portata è opportuno risalire al primo sforzo classificatorio, coevo alla nascita della psichiatria moderna.

Tutto comincia in Germania con Emil Kraepelin che, alla fine del XIX secolo, mette a punto la prima classificazione delle forme del male mentale. Kraepelin distingueva due tipi principali di disturbi psichici, le psicosi affettive (che comprendevano la depressione unipolare e bipolare) e la *dementia precox*, per la quale, poco più tardi, Eugen Bleuler proporrà l’etichetta schizofrenia. La classificazione proposta da Kraepelin si caratterizzava, oltre che per un evidente parsimonia, dal ricorso a distinzioni nette fra il normale e il patologico e per l’attribuzione dello statuto di malattia ai disturbi severi, riscontrabili nei soli pazienti rinchiusi nelle istituzioni manicomiali. Il panorama cambia con l’inizio del XX secolo e con l’affermazione della psichiatria dinamica che ebbe in Sigmund Freud il più illustre rappresentante. Con Freud la classificazione delle forme di sofferenza psi-



chica si fa più complessa. Mentre permane la separazione netta fra le psicosi più severe e le altre forme – nevrotiche – di sofferenza, la distinzione fra normale e patologico si fa sfocata, *fuzzy*, diventa una questione di grado e non già di natura (vedi Horwitz, 2002: 40-41). Degna di nota è altresì la qualificazione dei sintomi resa all'interno di questa cornice analitica. I sintomi vengono legati alla biografia del sofferente e letti, non già come segni inequivocabili di uno specifico disturbo, quanto piuttosto come indizi che, in un registro simbolico, metaforico, alludono a una qualche forma di conflitto interiore<sup>14</sup>.

Nella seconda metà del secolo scorso questo apparato analitico entra in crisi, aggredito nelle proprie fondamenta metodologiche ed epistemologiche: messo in crisi per la sua incapacità di offrire una guida sicura alla “misura” degli stati patologici su cui appuntava l'attenzione; per il privilegio accordato allo studio del caso singolo e non già al ricorso a studi statistici su popolazioni estese; per la sua incapacità di soddisfare il requisito popperiano della falsificabilità. Tutto ciò si lega al processo di trasformazione della professione psichiatrica impegnata ad allineare le proprie pratiche e lo status di chi le esercita a quello della medicina, dove le malattie hanno uno statuto, per così dire, meno volatile, ancorate ad alterazioni organiche opportunamente trattabili. Con Horwitz: «se gli psichiatri dovevano essere considerati dei “veri” medici, allora ad essi occorreva occuparsi di “vere” malattie» (Horwitz, 2002: 210).

A partire dagli anni Cinquanta, ma con una rapida accelerazione nei successivi anni Settanta, si afferma, dapprima nel contesto nordamericano, poi anche nel nostro Paese, un nuovo modello di psichiatria, che – si è detto – ha nel DSM il proprio monumento. Per i nostri scopi, i tratti salienti di questo modello di psichiatria (modello che Horwitz definisce “diagnostico”) possono essere ridotti a tre.

La classificazione nosografica proposta dal DSM identifica le *patologie come entità naturali, discrete*, vale a dire separate le une dalle altre in modo netto, sulla base della presenza o dell'assenza di specifici sintomi osservabili e riconoscibili intersoggettivamente nella loro configurazione. Questa concezione quasi ontologica del patologico (cfr. Canguilhem, 1966, trad. it. 1998: 15) è rafforzata, come dirò meglio in seguito, dall'ancoraggio di ciascuna malattia a un'alterazione della neurochimica del cervello<sup>15</sup>. Le distinzioni

14. In Italia la psichiatria dinamica ebbe una limitata diffusione, complice l'ostracismo della Chiesa cattolica e del regime fascista. Anche nel secondo dopoguerra, la psichiatria italiana continua a caratterizzarsi per l'adesione a un modello organicista di matrice anatomo-patologica. Di tutto ciò dà conto lo psichiatra Silvano Arieti, in un saggio pubblicato nel 1953 sull'*American Journal of Psychotherapy* (citato in Babini, 2009: 130-136).

15. Almeno di primo acchito, questo modo di separare il normale dal patologico mostra più di un punto di contatto con la psichiatria delle origini, con la classificazione proposta da Emil Kraepelin, basata anch'essa su di una separazione netta fra psicosi affettive, da un lato, e *dementia praecox*, dall'altro. Tuttavia, mentre Kraepelin confinava la propria attenzione alle

proposte si basano esclusivamente sul profilo sintomatologico di ciascuna patologia e non già sulle cause che le determinano. L'attenzione esclusiva per i sintomi osservabili risponde all'esigenza di massimizzare l'attendibilità, vale a dire, la riproducibilità dell'attribuzione di ciascuna etichetta diagnostica. Si vuole cioè che, di fronte a un medesimo paziente, ciascun medico sia costretto dalla coerenza dei sintomi ad approdare alla medesima diagnosi<sup>16</sup>.

Il secondo tratto, in parte desumibile dal primo, attiene all'*indifferenza nei confronti del contesto* entro il quale i sintomi prendono forma. Questa disposizione riguarda sia la biografia del paziente, sia il contesto culturale di cui questi è parte. Con pochissime eccezioni (ad esempio l'esperienza di un lutto per la depressione maggiore), gli eventi, vicini e lontani, che precedono la manifestazione dei sintomi non contribuiscono alla determinazione della diagnosi e meno che mai alla loro interpretazione.

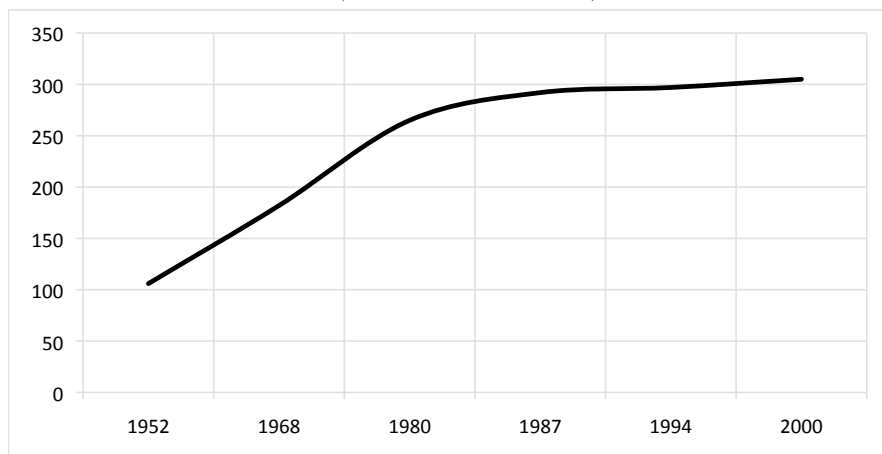
L'attribuzione di tutti i disturbi classificati a un'alterazione del sistema neurochimico del cervello (Horwitz, 2002: 132) o a una compromissione dei neurotrasmettitori (Lane, 2007: 2); in ultima analisi l'adozione di un marcato *riduzionismo biologico* costituisce il terzo tratto della psichiatria diagnostica.

L'impiego di questo apparato diagnostico ha innescato un singolare processo di proliferazione delle patologie psichiatriche, che registrano una crescita costante dalla prima edizione del Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali, che risale al 1952, all'ultima, che data al 2000 con la diffusione del DSM IV *text revision*. In questo processo, il punto di svolta decisivo è costituito dalla terza versione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM III), messo a punto da una imponente *task force*, di oltre cento psichiatri, guidata da Robert Spitzer. Spitzer, nel 1974, fu incaricato dall'allora presidente dell'American Psychiatric Association, Judd Marmor, di ridisegnare la mappa delle patologie psichiatriche, colmando le lacune delle precedenti versioni del manuale (vedi Lane, 2007: cap. 2). Christopher Lane osserva al riguardo come l'urgenza di questa impresa titanica fosse dettata anche dalla crisi di reputazione che aveva investito la comunità psichiatrica nordamericana, aggredita nella sua capacità di formulare diagnosi appropriate tanto sul terreno della cultura popolare quanto su quello scientifico. Lane fa riferimento al romanzo di Ken Kesey, *Qualcuno volò sul nido del cuculo*, del 1962 e soprattutto all'esperimento sul campo di David Rosenham (1973, trad. it. 1988), che mise alla berlina la comunità psichiatrica nordamericana mostrando come fosse possibile far passare per malate

sole patologie più disturbanti, la psichiatria diagnostica, estende la propria giurisdizione a tutte le increspature della vita quotidiana, seguendo, da questo punto di vista il sentiero tracciato dalla psichiatria dinamica (vedi Horwitz, 2002: 52).

16. Horwitz osserva come l'attenzione per l'attendibilità delle procedure diagnostiche sia stata conseguita al prezzo di una consistente indebolimento della loro validità (Horwitz, 2002: 74). In specifico Horwitz denuncia come l'impiego dei criteri diagnostici proposti dal DSM conduca erroneamente a qualificare come disturbi alcune fra le più normali ragioni agli eventi di vita. Su questi temi si vedano le riflessioni di Maturo (2007).

Fig. 1 – Numero di diagnosi distinte contemplate dalle diverse edizioni del Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali (dal DSM I al DSM IV-TR)



persone sane e per sane persone malate (vedi, *infra*, par. 1). La figura 1 illustra in modo compatto l'esplosione tassonomica delle patologie psichiatriche registrata negli ultimi cinquant'anni<sup>17</sup>.

La filosofia alla base di questo andamento è espressa a chiare lettere nelle parole di Allen Frances, responsabile della redazione della quarta edizione del DSM: «Non abbiamo voluto mettere in crisi la pratica clinica eliminando diagnosi ampiamente utilizzate» (citato in Horwitz, 2002: 79). Dunque, da un'edizione all'altra del DSM, la lista delle patologie cresce, non già capitalizzando i risultati della ricerca scientifica, ma assecondando la pratica clinica che si propone di disciplinare<sup>18</sup>.

Le ragioni di questa impressionante crescita delle patologie psichiche possono essere facilmente individuate in quanto più sopra ho definito come i tratti distintivi del modello diagnostico di psichiatria, definiti con particolare nitore a partire dalla terza versione del DSM.

La combinazione del primo e del secondo tratto, vale a dire l'attenzione esclusiva per la presenza di uno dei sintomi repertoriati, e la deliberata ce-

17. Dal 1952 al 2000 il numero di diagnosi psichiatriche cresce nei termini riportati di seguito. DSM I, 1952: 106 diagnosi distinte; DSM II, 1968: 182 diagnosi distinte; DSM III, 1980: 265 diagnosi distinte; DSM IV, 1994: 297 diagnosi distinte; DSM IV-TR, 2000: 305 diagnosi distinte (vedi Conrad, 2007: 118). Sul numero delle diagnosi distinte dalle versioni più recenti del DSM la letteratura consultata non è unanime (vedi Conrad, 2007: 118; Horwitz, 2002: 79; Lane, 2007: 43). Prudentemente, ho scelto di fare riferimento alle valutazioni meno generose, comunque sufficienti a sostenere la mia argomentazione, che, se valida per questi numeri, lo è *a fortiori* per numeri più consistenti.

18. Corre voce che questa tendenza verrà interrotta nella quinta edizione del DSM per il quale si prevede un numero di voci diagnostiche inferiore alle 300.

cità nei confronti del contesto entro cui quegli stessi sintomi prendono forma conduce – direi di necessità – all’attribuzione dello status di patologia a condizioni di malessere assolutamente fisiologiche, poiché naturali risposte a eventi di vita stressanti<sup>19</sup>. Allan Horwitz e Jerome Wakefield offrono al riguardo un esempio particolarmente eloquente. Letta con le categorie del DSM la profonda prostrazione di Willy Loman, il protagonista del dramma di Arthur Miller, *Morte di un commesso viaggiatore*, un uomo che ha da poco superato la sessantina, minato nella propria salute fisica, gravato da pesanti debiti e, buon ultimo, licenziato in malo modo dal proprio datore di lavoro, non potrebbe essere letta come la normale reazione al cumulo di una serie di avversità, ma come il segno inequivocabile di una depressione maggiore (Horwitz, Wakefield 2007: 3-4). Questa prodigiosa capacità di generare “falsi positivi”, di attribuire lo status di malato a chi – benché prostrato dal dolore – tale non è (torna alla mente l’esperienza di Rosenham richiamato più sopra), si mostra anche negli studi epidemiologici condotti con strumenti di rilevazione, segnatamente questionari, improntati alla medesima logica diagnostica del DSM, la presenza o l’assenza di sintomi, prescindendo nella loro rilevazione dal contesto che ne fa da teatro<sup>20</sup>. Il medesimo processo governa la qualificazione in chiave patologica di disposizioni, modi di essere-nel-mondo, talora stabili (riconducibili forse a tratti della personalità), talora episodici. L’esempio più eloquente al riguardo è costituito dalla medicalizzazione della timidezza (Lane, 2007). La ritrosia, la riservatezza, il comune timore per il giudizio altrui, o anche la più specifica apprensione che prende forma di fronte alla prospettiva di dover parlare in pubblico diventano, a partire dal DSM III, patologie vere e proprie, che necessitano di uno specifico trattamento farmacologico. Alla timidezza subentrano i più prosaici “disturbo d’ansia sociale”, “disturbo di evitamento di personalità”, “disturbo d’ansia generalizzata”. Questa operazione ha – ovviamente – aperto ampi spazi di mercato alle aziende farmaceutiche che, soprattutto nei Paesi nei quali, alle aziende farmaceutiche, è consentita la pubblicità rivolta ai consumatori (è il caso degli Stati Uniti, ma non – per fortuna – dell’Italia), e ha sollecitato la creatività dei maggiori esperti di *marketing*. Il punto di partenza, come osserva cinicamente Christopher Lane, fu la disponibilità di un’etichetta che consentiva di ridefinire in un registro non eccessivamente stigmatizzante quanto in altri tempi e in altri luoghi sarebbe stato espresso con “timidezza”,

19. Questo rischio viene riconosciuto dallo stesso Spitzer che nella Prefazione al saggio di Horwitz e Wakefield più volte citato osserva come i criteri adottati nel DSM «mentre hanno specificato i sintomi che debbono essere presenti per giustificare l’attribuzione di una diagnosi, hanno ignorato ogni riferimento al contesto entro il quale questi si sono sviluppati, consentendo, con ciò, che le normali risposte a fattori stressanti venissero qualificate come sintomo di una patologia» (Spitzer, 2007: viii, traduzione mia).

20. Mi riferisco alle ricerche basate sulla *Dignostic Interview Schedule*, basata sul sistema di classificazione categorica dei sintomi propria del DSM III e successivi (vedi Horwitz, 2002: cap. 4).

“ritrosia”. L’etichetta “ansia sociale” aveva questi tratti, era sufficientemente “patient-friendly” (Lane, 2007: 137), molto più delle alternative costruite con il suffisso fobia (agorafobia, sociofobia). Con questa etichetta, la malattia poteva essere “venduta” e, venduta la malattia si poteva anche vendere il farmaco<sup>21</sup>. Il caso più interessante a questo proposito è costituito dal Paxil (paroxetina cloridrato), distribuito dalla Glaxo SmithKline. Per questo prodotto è stata costruita un’efficace campagna pubblicitaria che insisteva su due temi, la normalizzazione della patologia e la celebrazione degli effetti del farmaco. Il primo obiettivo è stato perseguito insistendo sulla diffusione dei sintomi da ansia sociale, il che porta a ritenere che se sono in molti ad avere quella “malattia”, allora non è poi così grave (Horwitz 2002: 100). A sostegno di questa strategia di *marketing* sono intervenuti, oltre ai risultati delle indagini epidemiologiche, costruite sul calco del modello diagnostico del DSM, il *coming out* di *star* del mondo dello spettacolo che hanno denunciato la propria “allergia alla gente”<sup>22</sup>. Quanto alla celebrazione degli effetti del farmaco, le leve dei pubblicitari hanno agito sulla capacità del farmaco di garantire una «socialità frenetica», una «spontanea esuberanza» e ancora, pace, successo, ottimizzazione delle *performance* lavorative, realizzazione del proprio sé (vedi Lane, 2007: cap. 4).

Dal terzo tratto distintivo del modello diagnostico di psichiatria, il riduzionismo biologico, ovvero l’individuazione in uno squilibrio neurochimico la causa delle manifestazioni patologiche repertoriate, discende uno specifico orientamento terapeutico. L’enfasi sul fondamento biologico del male mentale conduce a concentrare gli sforzi sulla sola terapia farmacologica a scapito delle terapie della parola (vedi Micheli 1982: 113-115; Maturò 2007: 250-260), con la conseguente svalutazione dei vissuti dei pazienti, della loro interiorità (Borgna 2010: xii-xiii), ma anche della loro biografia e del senso racchiuso nelle specifiche manifestazioni sintomatologiche. È, ad esempio, il caso delle voci che, nel quadro della psichiatria biologica, vengono destituite di ogni possibile senso, separate dalla biografia di chi ne è abitato e aggredite con i più efficaci neurolettici per metterle a tacere. Questa tendenza al trattamento farmacologico delle differenze ha conseguenze che vanno al di là del destino di chi si vede rinchiuso nel ruolo di paziente. La medicalizzazione delle differenze conduce a una severa contrazione della gamma delle emozioni umane, impoverita di quei picchi, di quelle increspature che ne costituiscono il sale (cfr. Lane, 2007: 8; Borgna, 2010: xv; xvii) e con ciò a una

21. «Prima di poter vendere una medicina, devi vendere la malattia» (Lane, 2007: 104).

22. Il tema dell’allergia alla gente è al centro di uno dei messaggi pubblicitari del PAXIL nel quale viene raffigurato un giovane pensoso di fronte a una tazza di caffè, sulla cui immagine compare in sovraimpressione la scritta: «Imagine being allergic to people...» (immagina di essere allergico alla gente...), cui segue il messaggio normalizzante «Over ten million Americans suffer from social anxiety disorder» (Oltre dieci milioni di americani soffrono di disturbo da ansia sociale) e chiude con la rassicurazione: «The good news is that this disorder is treatable» (La buona notizia è che questo disturbo è curabile) (vedi Lane, 2007: 124).

preoccupante contrazione, nel più vasto contesto societario, della capacità di tollerare e apprezzare ciò che non è conforme (cfr. Conrad, 2007: 148).

Queste ultime notazioni ci portano a riflettere su quali siano – per questa, così come per altre forme di medicalizzazione delle differenze – i fattori che ne promuovono la diffusione. La ricostruzione degli eventi che hanno modellato il territorio della salute mentale consente di riconoscere il rilievo delle comunità professionali, prima fra tutte quella dei medici. La “rivoluzione” della psichiatria diagnostica ha tratto un deciso impulso dall’esigenza degli psichiatri di essere assimilati alle altre professioni mediche, che lavorano con “vere malattie”, somministrano farmaci e dispongono di opportuni apparati tecnologici per la diagnosi e la cura<sup>23</sup>. Va da sé che, quanto detto per gli psichiatri, vale anche per tutte le altre comunità professionali che traggono dalla medicalizzazione della differenza consistenti incentivi simbolici e non solo simbolici. Il ruolo della aziende farmaceutiche in questo composito processo risulta altrettanto evidente. La medicalizzazione della menopausa, della senilità, dell’incontenibile vivacità, e ancora, della tristezza, della timidezza, di ogni forma di ansia, costituendosi come premessa a un trattamento farmacologico, non possono che essere salutate positivamente dalle aziende farmaceutiche<sup>24</sup>. A questi agenti della medicalizzazione occorre aggiungere, come osserva Conrad (2007: 9 ss.), gruppi di interesse e movimenti sociali “profani” (nel senso di Freidson, 1989, trad. it. 2002) che possono trarre o, quantomeno, ritengono di poter trarre vantaggio dall’iscrizione della differenza propria o dei propri cari in un registro patologico. Conrad cita, al riguardo, il caso esemplare degli Alcolisti anonimi, che hanno combattuto perché la condizione dei propri associati venisse considerata una patologia con uno scambio – che è parso vantaggioso – fra il peso dello stigma e l’alleggerimento della responsabilità morale del bevitore e ancor di più dei suoi familiari. Nella medesima direzione, ma più vicini ai temi di questo studio, sono i casi di due associazioni di familiari di pazienti psichiatrici, la nordamericana National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) e la britannica Schizophrenia A National Emergency (SANE)<sup>25</sup>. Separate da un oceano, queste due associazioni hanno rilevanti punti di contatto, in particolare nella qualificazione del disturbo di cui sono abitati i loro familiari come di una malattia radicata nella biologia del cervello, una malattia che richiede specifiche cure, praticabili – è l’opinione di SANE – anche senza il consenso del paziente. In

23. L’attrattiva che ancora oggi viene esercitata dalla terapia elettroconvulsiva forse risponde a quest’ultima esigenza, quella di avere una macchina con cui curare.

24. «Il sogno di ogni venditore è di trovare un mercato non identificato o sconosciuto e svilupparlo. Questo è quello che siamo riusciti a fare con il disturbo d’ansia sociale». È in questi termini che espresse il proprio favore nei confronti della medicalizzazione della timidezza Barry Brand (*nomen omen!*), *product director* per il Paxil, presso la SmithKline (vedi Conrad, 2007: 18; Lane, 2007: 105).

25. Per una compatta illustrazione, in lingua italiana, delle tesi del NAMI si veda Flynn (1994, trad. it. 1998, in particolare pp. 28-29; 32).

queste prese di posizione è possibile intravedere, oltre allo smarrimento dei familiari alle prese con una differenza, con un modo di essere-nel-mondo, indubbiamente perturbante, la ricerca di una spiegazione – con le efficaci parole di Eugenio Borgna (2010: xv) – agli “stati d’animo feriti e dolenti” dei loro cari che possa escludere ogni loro responsabilità per il loro insorgere. Se la “schizofrenia” è una patologia del cervello, va da sé che la famiglia non può essere definita “schizofrenogenica”, che non è possibile addossare ai genitori del paziente, alle forme di accudimento adottate alcuna responsabilità (vedi Horwitz 2002: 77)<sup>26</sup>. Fra i fattori responsabili della medicalizzazione delle differenze, soprattutto in ambito psichiatrico, occorre, con Alain Ehrenberg, ricordare un importante mutamento nell’assetto culturale, nella *Weltanschauung*, propria dell’ultimo scorcio del XX secolo, la pressione generalizzata all’autonomia, all’iniziativa individuale, all’autorealizzazione, che genera specifiche “malattie della responsabilità”, nelle quali si manifesta un vivo sentimento di insufficienza che i farmaci si propongono di lenire (Ehrenberg, 1998, trad. it. 2010: 4-5).

Da ultimo, fra i fattori responsabili della medicalizzazione della differenza, occorre ricordare, con Peter Conrad come, spesso, per un individuo, il solo modo per ottenere un servizio indispensabile alla soddisfazione di un suo bisogno, passi attraverso la sua medicalizzazione; passi dalla trasformazione di un problema sociale in un problema medico (vedi Conrad, 2007: 160). Questa deriva, nel nostro Paese, risulta accresciuta dalla mancata integrazione fra i servizi sociali e i servizi sanitari, imponendo ai servizi sanitari – e per quel che ha rilievo qui – ai servizi che si occupano di salute mentale di affrontare in modo improprio (e talvolta con strumenti impropri) problemi sociali quali la povertà e l’esclusione sociale (vedi Perino, 2008; Cardano, Salivotti, Venturini, 2010).

## **2. In direzione ostinata e contraria: il movimento degli Uditori di voci**

Il Movimento degli Uditori di voci e, con una serie di distinguo, il Gruppo Voci si oppongono con forza, ostinatamente, alla medicalizzazione della propria differenza, alla caratterizzazione delle voci da cui sono abitati come il marchio di una condizione abnorme e insensata, come il sintomo di un disturbo cerebrale devastante, la schizofrenia, che può essere fronteggiato solo zittendo le voci con una massiccia terapia farmacologica. Questa peculiare pratica di resistenza (Foucault, 1976, trad. it. 2006: 84 ss.; Armstrong,

26. Nel testo alludo alle letture più critiche del ruolo giocato dalla famiglia nell’esordio delle patologie psicotiche, penso in particolare alle tesi di Ronald Laing de *La politica della famiglia*, illustrate in modo quasi didascalico dal bel film di Ken Loach, *Family life*, del 1971. A un’analisi delle ragioni del fascino, anche per un paziente, di una lettura rigidamente biologica del proprio male mentale sono dedicati due miei lavori (Cardano 2008; 2010), cui si rimanda.



Murphy, 2011) vede gli uditori impegnati su di un terreno particolarmente impervio, nel quale la condizione che intendono sottrarre alla giurisdizione della medicina assume il profilo di una patologia per la più parte dei clinici. Una patologia, inoltre, che, più di ogni altro disturbo psichico, è stata iscritta in un registro rigidamente biologico che – come si è detto più sopra – porta ad ignorare sistematicamente il vissuto dei pazienti e con ciò le ragioni che questi esprimono per sottrarsi al potere psichiatrico. La lettura rigidamente biologica dell’esperienza delle voci fa sì che il significato che l’uditore attribuisce alla propria esperienza diventi nulla più di un sintomo supplementare che contribuisce ad accrescere la fondatezza dell’etichetta diagnostica attribuita. Accade così che il paziente che, ad esempio, attribuisca le proprie voci ai responsabili del trauma infantile che ha subito, rischia di aggiungere alla lista dei sintomi che conducono ad attribuirgli l’etichetta di schizofrenico anche quella di un delirio persecutorio o di una forma di pensiero incongrua. Di più, anche nel senso comune, l’esperienza delle voci è intesa come il segno di una malattia mentale, comunemente identificata con la schizofrenia (vedi Olafsdottir, Pescosolido, 2011). Tutto ciò concorre a definire la resistenza alla medicalizzazione della propria condizione messa in atto dagli uditori come un’impresa titanica, ma proprio per questo capace di offrire una raffigurazione particolarmente eloquente dei processi di demedicalizzazione della condizione umana<sup>27</sup>.

In quel che segue cercherò di ricostruire le strategie di costruzione di quel sapere altro, di quella verità vissuta (Foucault, 2008, trad. it. 2009), a partire dal quale gli uditori di voci contrastano la medicalizzazione della loro esperienza sancendone con ciò, per quel che li riguarda, la sua accettazione; e per “il popolo dei sordi”, per i non uditori, la sua legittimità<sup>28</sup>. La costruzione di questo sapere poggia, almeno ai miei occhi, sul concorso di quattro linee argomentative, strettamente connesse fra loro che possono essere definite con altrettante mosse dialettiche: i) la *focalizzazione* sulle voci; ii) la *restituzione* delle voci ai territori della normalità; iii) *sense-making*, ovvero l’attribuzione di senso alle voci; iv) la loro *valorizzazione*. L’esercizio analitico di cui presento i principali risultati si basa sull’esame di un insieme composito di materiali empirici costituito dalle interviste agli uditori del Gruppo Voci (vedi *infra*, par. 2.2), integrate con altre interviste e colloqui informali con uditori particolarmente attivi, nel contesto nazionale e internazionale, fra cui Cristina Contini, figura di punta della rete nazionale e Jaqui Dillon, coordinatrice

27. Sul piano tecnico, nella cornice dei processi di demedicalizzazione, quello degli uditori di voci può essere considerato un caso critico (cfr. Cardano, 2011: 68-71).

28. L’espressione “il popolo dei sordi” venne impiegata da un gruppo musicale, “The Lions”, che ebbi modo di ascoltare nell’ambito del Primo Coordinamento nazionale del gruppo AMA per uditori, “Diamo voce alle voci”, tenutosi a Reggio Emilia il 9 e il 10 maggio 2008, cui partecipai con alcuni dei membri del Gruppo Voci di Settimo. Nell’ambito della loro *performance* musicale i Lions – uditori di voci – definirono coloro che non udivano le voci come “il popolo dei sordi”.



della Rete inglese degli Uditori di voci. A questi materiali si aggiungono poi le note etnografiche, redatte a margine della partecipazione agli incontri del Gruppo Voci e a tre convegni della rete degli Uditori, due convegni nazionali (Reggio Emilia 2008 e 2009) e uno internazionale (Londra 2008). L'analisi della letteratura interna del movimento, ovvero dei testi scritti da uditori o patrocinati dal movimento stesso, testi integrati dai materiali audiovisivi prodotti dalla rete nazionale degli Uditori per documentare i convegni annuali organizzati a partire dal 2007. Ho analizzato questi materiali con l'intento di far emergere l'argomentazione implicita all'interno di questo variegato universo discorsivo, sulla scia delle riflessioni di Howard Becker sulle dimensioni implicite dei discorsi ordinari (Becker, 1998; trad. it. 2007, 186-190). Ciò detto, non mi resta che illustrare le quattro mosse dialettiche che mi sembra di poter cogliere nelle produzioni discorsive degli uditori.

### *2.1. Focalizzazione*

La “mossa” della focalizzazione consiste nella separazione dell'esperienza delle voci dal più vasto ed eterogeneo insieme di sintomi, positivi e negativi, comunemente ascritti alla patologia di cui le allucinazioni verbali uditive costituiscono il tratto distintivo, la schizofrenia. Nei discorsi degli uditori che ho avuto modo di analizzare, così come in quelli di coloro – professionisti e accademici – che sostengono le ragioni di questo movimento, l'attenzione cade quasi esclusivamente sull'esperienza delle voci, esaminate ora nei loro contenuti, ora nella loro genesi, ora nel loro impatto nella vita quotidiana dell'uditore, ora in relazione ai farmaci impiegati per metterle a tacere. Per contro, ben poca attenzione viene prestata alla relazione che le voci intrattengono con gli altri disturbi che, con le allucinazioni uditive verbali, concorrono alla composizione del quadro sintomatologico della schizofrenia, quali le alterazioni del pensiero, del linguaggio, del comportamento, della volontà, dell'attenzione e dell'emotività in senso lato<sup>29</sup>. Questa specifica modalità di definizione dell'oggetto del proprio discorso, di ritaglio concettuale del tipo di esperienza su cui appuntare l'attenzione, si lega a una strategia argomentativa secondaria, basata sull'attacco all'architettura logica e concettuale della categoria nosografica nella quale la psichiatria diagnostica vorrebbe rinchiudere le voci. Un esempio particolarmente efficace di questo processo di decostruzione del quadro nosografico della schizofrenia si può rintracciare nelle tesi di Jenner, Monteiro, Zagalo-Cardoso e Cunha-Oliveira (1993),

29. Questa scelta, quella di focalizzare l'attenzione su di un insieme omogeneo di esperienze (le voci), e non già su di un insieme eterogeneo di sintomi raccolti sotto la medesima etichetta diagnostica (quella di schizofrenia), orienta alcuni fra i più promettenti lavori di ricerca degli psicologi cognitivi britannici, come documentano John Cromby e David Harper (2009: 339).

professionisti della salute mentale organici – nell’accezione gramsciana – al movimento degli Uditori di voci<sup>30</sup>. Il processo di decostruzione dei sintomi operata da Jenner e Colleghi è particolarmente eloquente per due fra i maggiori sintomi positivi della schizofrenia, i disturbi del pensiero e quelli del linguaggio. Rispetto al primo insieme di disturbi, in gergo tecnico “deliri”, Jenner e colleghi insistono sul carattere sfocato della distinzione fra normale e patologico. «La gente normale – osservano – crede a ogni sorta di cose strane», ideologie, religioni, miti e altro ancora (Jenner, Monteiro, Zagalo-Cardoso e Cunha-Oliveira, 1993: 62-64). Da questo punto di vista è solo privilegiando arbitrariamente un determinato modo di rappresentare l’esperienza – quella visibile, così come quella invisibile – che diventa possibile separare le credenze legittime dai deliri che i farmaci dovrebbero combattere. Come noto, sono molte le persone che credono all’esistenza di mondi paralleli, di universi abitati da esseri antropomorfi sensibili ai destini del nostro pianeta e della nostra specie<sup>31</sup>. Del pari decisamente nutrita è la schiera di coloro che credono alla possibilità di comunicare con i defunti, di ottenere loro tramite indicazioni e consigli per la vita quotidiana<sup>32</sup>. Pare dunque che Adriano del Gruppo Voci, con la sua “bizzarra” credenza nell’ultravisibile (vedi, *infra*, cap. 2), sia, per così dire, in buona compagnia. Possiamo ritenere matte tutte queste persone? E se sì, perché non anche coloro che vedono o dialogano con entità spirituali accreditate dalle religioni tradizionali? Inoltre è del pari noto come su credenze non solo incongrue, ma anche attraversate da quei tratti di sospetto, sfiducia e aperta ostilità propri della paranoia (vedi Cromby, Harper, 2009: 335), sono stati edificati movimenti politici responsabili delle tragedie che hanno funestato il secolo scorso, ma anche – in tempi più recenti e non molto lontano – programmi di governo tesi a contrastare la minaccia del rom, dell’immigrato, del comunista. Sul terreno dei disturbi del linguaggio, la decostruzione operata da Jenner e Colleghi mostra come uno dei tratti salienti del pensiero psicotico, la sua apparente disorganizzazione, la sua mancanza di disciplina nell’istituire nessi fra oggetti ed eventi decisamente distanti fra loro, si discosta assai poco da talune forme di pensiero creativo, primo fra tutti quello che conduce alla scoperta

30. Ho acquistato il volume di Jenner e Colleghi, *Schizophrenia. A Disease or Some Ways of Being Human?*, nel corso della *Hearing Voices Network Special One Day Conference*, del 29 gennaio 2008, tenutasi a Londra presso la University of East London, scegliendolo tra i numerosi materiali esposti su di un tavolo posto nella *hall* della sala congressi. Da tutto ciò è legittimo desumere la sintonia fra gli organizzatori della conferenza e le tesi esposte nel testo, ma anche un altro aspetto degno di nota del movimento degli Uditori, vale a dire la loro capacità di conquistare il sostegno di professionisti e intellettuali critici nei confronti della psichiatria convenzionale che – come già detto – ha il proprio monumento nel DSM.

31. Si vedano, ad esempio, le tesi del movimento Raelino: [www.rael.org](http://www.rael.org) (consultato nell’ottobre 2011).

32. Se teniamo fede alle parole di Christine Wicker (2006), un’intera città, Lily Dale, è dedita a questa pratica.

scientifico. Jenner e Colleghi richiamano, al riguardo, vari esempi fra cui quello del chimico tedesco, Friedrich August Kekulé, che scoprì la struttura molecolare del benzene guidato dalla visione di un serpente di fuoco che si mordeva la coda, cui si possono aggiungere le innumerevoli esperienze di *serendipity* che proprio grazie alla costruzione di nessi, *prima facie*, incongrui, hanno condotto alle più strabilianti scoperte scientifiche (vedi Merton, Barber, 2002).

## 2.2. Restituzione

La seconda mossa dialettica, implicita nelle produzioni discorsive del Movimento degli Uditori di voci, conduce alla restituzione delle voci ai territori della normalità. Questa strategia discorsiva è riconoscibile nella quasi totalità dei discorsi, per così dire, “ufficiali” del movimento degli Uditori, ma emerge anche nelle conversazioni ordinarie. Ricordo che la prima volta che incontrai Jaqui Dillon a Londra, nel presentarmi le iniziative della Rete che coordina, Jaqui definì gli uditori di voci in modo semplice e compatto: “different-minded people”, un’espressione che, nel contesto del nostro discorso, stava per “persone normali, ma con una mente diversa”. La medesima tesi venne ribadita con una singolare efficacia comunicativa da Ron Coleman, al primo Coordinamento nazionale del movimento degli Uditori di voci, tenutosi a Reggio Emilia, il 9 e 10 maggio 2008<sup>33</sup>.

Udire le voci è un’esperienza normale. È una risposta normale a eventi anormali che possono capitare nella vita. Ovunque nel mondo ci sono persone che sentono le voci. (...) Quel che trovo particolarmente interessante è la relazione trauma è udire le voci. Di norma la questione viene analizzata come se le voci fossero il problema, come se il problema fosse la schizofrenia, o il disturbo bipolare fosse il problema, o come se la depressione fosse il problema. Ma forse il problema non è nessuno di questi. Forse il problema è quel che è accaduto, e quello che la persona sente per quanto è accaduto nella sua vita. Queste sono le cose su cui non parliamo, queste sono le cose che teniamo nascoste nei recessi della nostra mente. Noi facciamo sempre le stesse domande. La domanda vera è: cosa è successo? chi l’ha fatto?... [Ron Coleman, Comunicazione al Coordinamento nazionale Uditori di voci, Reggio Emilia, 2008].

La restituzione alla normalità delle voci si fa ancora più chiara in un passaggio successivo della comunicazione di Coleman nel quale si può rinvenire uno dei luoghi argomentativi più largamente impiegati nei discorsi dei membri e dei sostenitori di questo movimento: il richiamo, nel ruolo di testimoni, di uditori famosi; un argomento che Coleman declina aggiungendovi un’efficace curvatura satirica.

33. La comunicazione di Ron Coleman venne videoregistrata e raccolta nel video “Diamo voce alle voci” distribuito dall’Associazione Uditori Noi e le voci. È dal filmato della Conferenza che ho tratto le *quotation* riportate nel testo.

Gli uditori di voci non dovrebbero essere rinchiusi in istituti solo perché sentono le voci: Questo con la sola eccezione di un particolare uditore di voci: George Bush. George Bush in una televisione americana ha detto: «Dio mi ha detto di invadere l'Iraq». Se io fossi andato dal mio dottore – io sono scozzese – e gli avessi detto: «dottore, Dio mi ha detto di invadere l'Inghilterra», lui mi avrebbe rinchiuso in una reparto. Se, uscendo per strada, avessi visto un cespuglio in fiamme e il cespuglio in fiamme avesse cominciato a parlare con me, il mio psichiatra avrebbe detto che ero malato, benché questa fosse stata l'esperienza di Mosé. Gesù Cristo era un uditore di voci; Beethoven era un uditore di voci; Socrate era un uditore di voci; Leonardo da Vinci era un uditore di voci; San Paolo era un uditore di voci; Giovanna d'Arco era un'uditrice di voci; Gaugin era un uditore di voci; il filosofo Bruno era un uditore di voci; Leonard Cohen è un uditore di voci; Anthony Hopkins è un uditore di voci; Winston Churchill era un uditore di voci; Adolf Hitler era un uditore di voci. Immaginatoci adesso la situazione della seconda guerra mondiale: qui abbiamo Winston Churchill [indica un luogo alla sua destra] che sente le sue voci e qui [indica un luogo alla sua sinistra], in Germania, abbiamo Adolf Hitler che sente le sue voci? Chi dei due è matto? Hitler? No! Hitler era cattivo, non matto. [Ron Coleman, Comunicazione al Coordinamento nazionale Uditori di voci, Reggio Emilia, 2008].

Questa tensione alla normalizzazione dell'esperienza delle voci viene riconosciuta da Lisa Blackman a conclusione del proprio studio sul *network* britannico degli Uditori di voci, condotto negli anni Novanta, ed espressa con una metafora di particolare efficacia.

La Rete degli Uditori di voci (HVN) muove dalla premessa per la quale udire le voci è una normale variante del comportamento, molto simile all'essere mancini e non già il mero segno di una malattia radicata in una reazione biochimica del cervello. [Blackman, 2001: 189; *traduzione mia*].

Il medesimo registro è riconoscibile in tutta la produzione scientifica e divulgativa di Marius Romme e Sandra Escher, i due professionisti del mondo “psy” che per primi ispirarono il movimento degli Uditori e che ancora oggi costituiscono un importante punto di riferimento per la rete internazionale che li raccoglie, Intervoice, di cui Romme è il presidente (cfr. *infra* cap. 1)<sup>34</sup>. Il testo che, con maggior efficacia, avviò il processo di ridefinizione dell'esperienza delle voci, *Accettare le voci* (pubblicato nel 1993 e tradotto in Italia nel 1997) è costruito con l'esplicito intento di mostrare come l'esperienza delle voci *non* possa essere confinata nel contesto delle patologie psichiatriche, documentando, attraverso un ricco repertorio di *exempla*, in specifico, di biografie di uditori come “l'udire voci è un'esperienza che provano anche persone che non hanno mai ritenuto di dover cercare un aiuto psichiatrico” (Romme, Escher, 1993, trad. it. 1997: 337). A questa tesi, *Accettare le voci*, ne affianca un'altra, del pari cruciale, per la quale quel che fa problema non sono le voci in sé, ma “l'incapacità di affrontarle” (*ibidem*: 323). Il testo che – almeno per ora – chiude la trilogia di questi prolifici autori, *Vivere con*

34. Vedi <http://www.intervoiceline.org/about-intervoice/welcome-message-from-prof-marius-romme> (consultato nell'ottobre 2011).

*le voci*, documenta, attraverso la raccolta di cinquanta storie di guarigione, come, affrontando le voci in modo appropriato, è possibile riprendere a vivere la propria vita, con le parole di Marius Romme<sup>35</sup>:

Le testimonianze raccolte in questo libro raccontano una storia diversa: si tratta di storie di guarigione, di impiego delle proprie capacità e di realizzazione dei propri sogni. Queste storie mostrano come sia del tutto possibile imparare ad affrontare le proprie voci, riprendersi il potere e riprendere a vivere la propria vita. Quello che è necessario non è sbarazzarsi delle voci, ma piuttosto cambiare la propria relazione con esse – un processo nel quale i farmaci, talvolta, giocano un ruolo importante, ma non decisivo. [Romme, Escher, Dillon et al., 2009: 26, *traduzione mia*]<sup>36</sup>

La normalità dell'esperienza delle voci viene altresì rivendicata richiamando la letteratura etnologica (vedi Romme, Escher, Dillon et al., 2009: 23) che documenta come, in talune culture, l'esperienza dell'udire le voci sia, ad un tempo, diffusa e sottratta allo stigma. Merita qui ricordare, a sostegno di questa linea argomentativa, due contributi, per così dire, classici, quelli di Ruth Benedict (1934) e di Arthur Kleinman (1987). Ruth Benedict, in un lungo saggio teso a mostrare il carattere eminentemente culturale delle nozioni di normalità e anormalità, ricorda come nella tribù degli Shasta, le sciamane – cui la tribù riconosceva il più alto prestigio – nella condizione di trance udivano voci da cui traevano auspici per sé e per la comunità di cui erano parte (Benedict, 1934: 60 ss.). Arthur Kleinman documenta un'esperienza, per così dire, meno elitaria, ricordando come in molti gruppi tribali fra gli Indiani d'America l'esperienza del lutto fosse accompagnata dalla presenza delle voci dei familiari defunti (Kleinman, 1987: 453). Entrambi gli autori concordano su come la mancata considerazione del contesto culturale entro cui queste esperienze prendono forma possa indurre a una loro lettura patologicizzante, che impone a questi modi di essere nel mondo il marchio dell'anormalità (vedi Benedict, *ibidem*: 72; Kleinman, *ibidem*: 452). Emerge qui un aspetto che si mostrerà in modo più nitido nelle successive mosse argomentative, quello del rilievo del contesto entro cui prende forma l'esperienza delle voci; contesto inteso sia nell'accezione culturale, sia in quella biografica. Dalla restituzione delle voci alla normalità discende – e non si tratta di una cosa di poco conto – l'autorizzazione al loro ascolto, la possibilità di una loro integrazione all'interno della vita, della biografia dell'uditore. Tutto ciò in aperta opposizione con il discorso egemone all'interno della psichiatria, che si propone di decostruire sul piano ontologico le voci e di dissolvere con i farmaci quel residuo di "rumore" che permane. In una battuta, se la psichiatria convenzionale si pone *contro* le voci, gli Uditori di voci si propongono di vivere *con* le voci (Blackman 2007: 10). L'argomentazione tesa a restituire alla normalità l'esperienza delle voci poggia, altresì, sulla strategia più comune, quella del numero. Richiamo an-

35. La trilogia cui alludo nel testo è costituita da *Accepting Voices*, 1993; *Making sense of voices*, 2000; *Living with voices*, 2009.

36. Nella traduzione italiana, il brano citato compare a pagina 45.

cora – principalmente in ragione della sua collocazione nel campo in esame – le affermazioni di Marius Romme che sostiene (e documenta) una diffusione dell’esperienza delle voci pari, grosso modo, al 4% della popolazione occidentale; un’esperienza, aggiunge Romme spesso indipendente dalla manifestazione degli altri sintomi comunemente raccolti sotto l’etichetta diagnostica di schizofrenia [Romme, Escher, Dillon et al., 2009: 24]<sup>37</sup>.

### 2.3. Sense-making

Con la terza mossa dialettica le posizioni degli Uditori di voci assumono in modo più compiuto la forma di “contro-discorsi” (Armstrong, Murphy, 2011). Al riguardo è opportuno sottolineare il carattere plurale di queste produzioni discorsive, accomunate dall’opposizione al discorso – direi egemone – della psichiatria diagnostica, che interpreta le voci come nulla più del sintomo di una alterazione funzionale del cervello, ma decisamente diversi fra loro. Questa eterogeneità, evidente nel contesto del movimento internazionale degli Uditori di voci, si mostra anche su scala più ridotta, nelle interpretazioni di questa esperienza elaborate all’interno del Gruppo Voci. In generale si può osservare come i modelli culturali, gli *script*, cui gli uditori attingono per dar senso alla propria esperienza provengono da forme di sapere minore, interstiziale, questo soprattutto nella prima stagione del movimento. Al di là della variabilità – di cui cercherò di dar conto di seguito – questi contro-discorsi muovono da una premessa comune: *le voci hanno senso*; sono molto più di un fastidioso rumore di fondo, di una casuale composizione di parole. Le voci recano un significato profondo, radicato nella biografia dell’uditore; parlano (e gli parlano) della sua vita, del suo modo di essere-nel-mondo, delle esperienze che ha vissuto. Questo significato, tuttavia, non si mostra in modo immediato, evidente. Pare, invece, che le voci si esprimano in modo obliquo, che dischiudano il loro significato ricorrendo a un linguaggio metaforico (vedi Romme, Escher, Dillon et al., 2009: 63), allusivo che richiede un laborioso – e spesso doloroso – lavoro interpretativo per mostrarsi. Il movimento degli Uditori sostiene con forza la necessità di questo esercizio interpretativo, in aperta opposizione con la psichiatria diagnostica, convenzionale che esorta il paziente (termine, in questo caso, più appropriato di uditore), i suoi familiari e le persone che si prendono cura di lui a ignorare le voci, a non ascoltarle, suggerendo gli espedienti più diversi (dalla musica alla televisione) per impedirne l’ascolto (vedi Blackman, 2007: 8).

Il sapere impiegato per dar forma a una lettura altra delle voci, per distillarne il significato, è di norma un sapere cui la psichiatria convenzionale

37. La percentuale di “uditori” sale al 10-15% se si considera la prevalenza nell’intero corso della vita, ovvero l’aver sperimentato, almeno una volta, l’esperienza delle voci (Jenner, Wiersma, 2006: 113).

riconosce poca o nessuna legittimità. È senz'altro il caso della chiave interpretativa delle voci che innescò il movimento degli Uditori, quella desunta dal libro di Julian Jaynes, *Il crollo della mente bicamerale*, che, come già detto (vedi *infra*, cap. 1), ispirò a Pasty Hage l'interpretazione della propria esperienza come un dono speciale che la assimilava agli eroi dell'antica Grecia, cui era concesso il privilegio di udire, nella loro mente, la voce degli dei<sup>38</sup>.

Ancora più distante dal modello della psichiatria scientifica è il sapere che ispirò in modo consistente le interpretazioni delle voci nella prima stagione del movimento degli Uditori, quello che attinge al mondo del paranormale e dell'esoterismo. Rientrano qui le interpretazioni delle voci come espressione, ora di una capacità telepatica, ora di una sensibilità medianica che si estende al di là dei confini della vita, mostrandosi come capacità di ascolto delle voci dei defunti (vedi Blackman, 2007: 18). Queste chiavi di lettura si impongono con forza nella prima raccolta di testimonianze di uditori promossa da Romme ed Escher in *Accettare le voci* (Romme, Escher, 1993, trad. it. 1997). Dei sette "collaboratori" non psichiatrizzati interpellati da Romme ed Escher, ben cinque interpretano le voci da cui sono abitati in questo registro, ovvero come «contatti telepatici con la voce del mio spirito guida» (Romme, Escher, 1993, trad. it. 1997: 78); come manifestazione di «poteri paranormali, come chiaroudenza, sensitività, intuizione e, in minor misura, chiaroveggenza» (*ibidem*: 82); come messaggi che provengono dal mondo dei morti «messaggi da un altro mondo (...) dove chiunque continua ad esistere dopo essersi sgravato del corpo terreno» (*ibidem*: 89); e ancora, come canalizzazione (*channeling*) della voce di un'entità spirituale, Seth (*ibidem*: 94-5)<sup>39</sup>; come la «voce di morti che rimangono attaccati alla terra» (*ibidem*: 103). Sempre in *Accettare le voci*, l'interpretazione di questa esperienza nel registro del paranormale torna anche in uno dei sei uditori "sopravvissuti" al sistema psichiatrico, che al riguardo osserva: «la spiegazione più plausibile che ho per le voci è la telepatia» (*ibidem*: 165). Questi temi, in specifico quello della medianità, inteso nell'accezione più ampia, caratterizzano la lettura della propria esperienza con le voci elaborata da Cristina Contini, *leader* del movimento italiano degli Uditori di voci, che ebbi l'opportunità di intervistare alcuni anni or sono e di cui riportai la storia – sotto lo pseudonimo di Serena – in uno dei miei primi saggi su questo tema (Cardano, 2008: 153-165)<sup>40</sup>.

38. Come noto, la teoria elaborata da Jaynes per dar conto dell'emergere della coscienza è stata sottoposta a numerose critiche che riguardano sia sui suoi fondamenti neurologici, sia limiti filologici che insistono sulla maggiore delle prove addotte a sostegno della propria tesi, l'analisi dell'Iliade. Su entrambi gli aspetti si rinvia al contributo di Cavanna, Trimble, Conti e Monaco, 2007.

39. La destinataria dei messaggi di Seth era Jane Roberts, che li raccolse in una ricca collezione di volumi, che contribuirono alla diffusione del pensiero New Age. Vedi al riguardo <http://www.sethlearningcenter.org/italian/index.html> (consultato nell'ottobre 2011).

40. Quando lesse il mio resoconto della nostra intervista, oltre a riconoscersi nella ricostruzione che avevo reso, mi chiese di poterlo pubblicare nella pagina del sito "parla con le



Fra i membri del Gruppo Voci che hanno raccontato in queste pagine la loro esperienza, il ricorso alla chiave del paranormale è indubbiamente evidente in Adriano, ma, seppur in tono minore, attraversa anche i discorsi di Serena. Adriano (vedi *infra*, cap. 2) attribuisce le voci agli abitanti di una dimensione parallela, l’ultravivibile, che accoglie una popolazione costituita ora di alieni, ora di defunti (“campo santo”, nelle parole di Adriano). In Serena il richiamo alle spiegazioni paranormali entra in concorrenza, per così dire, con altri modelli interpretativi, verso i quali mostra una costante apertura, che non mi sento di interpretare come incertezza, semmai come segno della consapevolezza del carattere complesso dell’esperienza delle voci. Riporto di seguito il brano pertinente della testimonianza di Serena, che compare per intero al capitolo 2.

Una volta pensavo che avessero a che fare con la Chiesa, che cerca di fare stare meglio le persone. Solo che a volte queste voci sono troppo invadenti e qualche volta sembrano voci che vengono dall’al di là, di persone morte, di spiriti, qualcosa di paranormale insomma. A volte però penso che siano le voci di persone vive, che magari ci osservano, ci tengono sotto controllo, come capita a me dalle automobili e dalla televisione. Solo che è difficile da capire se è veramente così, perché non si hanno le prove e a volte penso che non avremo mai delle prove certe (Serena, vedi *infra*, cap. 2).

Con lo sviluppo e la diffusione del movimento degli Uditori di voci, i riferimenti al mondo del paranormale e dell’esoterismo si affievoliscono, mentre emergono nuove cornici interpretative costruite anche sulla scia della sempre più stretta collaborazione fra la rete degli uditori e un insieme composto di accademici e professionisti critici. A partire dal nuovo secolo, come bene documenta l’ultimo testo della trilogia di Marius Romme e Sandra Escher (scritto questa volta con l’apporto decisivo di un’uditrice, Jaqui Dillon), si afferma una nuova chiave interpretativa, che attribuisce all’esperienza del trauma, in specie all’abuso sessuale, la responsabilità dell’irruzione delle voci, tesi che – peraltro – gode di un solido supporto empirico come documenta la rassegna a cura di John Read e Colleghi (2005). Questa chiave di lettura si mostra in modo particolarmente evidente nella testimonianza di Jaqui Dillon, raccolta nel già citato volume *Living with voices*. Jaqui Dillon racconta di aver iniziato a sentire voci all’età di tre anni, quale esito di un’esperienza brutale: «la mia famiglia era coinvolta con un gruppo organizzato di pedofili sadici, che abusava di bambini e prendeva parte a pratiche sadomasochistiche estreme» (Romme, Escher, Dillon et al., 2009: 188, *traduzione mia*)<sup>41</sup>. Jaqui racconta di come questi abusi proseguirono sino al suo quindicesimo com-

voci”, dedicato alle testimonianze di uditori. Questo mi autorizzò allora e, direi, anche ora a far cadere la protezione dell’anonimato riservata a Cristina nella mia pubblicazione originaria. Il mio compendio della biografia di Cristina Contini è visibile a questo indirizzo: [http://www.parlaconlevoci.it/storie/pdf/Cristina\\_Contini\\_le\\_mie\\_voci\\_mi\\_rispettano.pdf](http://www.parlaconlevoci.it/storie/pdf/Cristina_Contini_le_mie_voci_mi_rispettano.pdf) (consultato nell’ottobre 2011).

41. Nella traduzione italiana, il brano citato compare a pagina 234.



pleanno, lasciando tracce che si impressero in lei per molti anni ancora. Un punto di svolta decisivo nel processo di *recovery* viene identificato nell'incontro con il testo di Judith Lewins Herman, *Trauma and Recovery* (*Guarire dal trauma*, nella traduzione italiana). *Trauma and Recovery* consentì a Jaqui Dillon di riconoscere a posteriori e in modo più nitido le strategie di fronteggiamento cui fece ricorso per proteggersi dalle aggressioni che fu costretta a subire: la dissociazione<sup>42</sup>. Nei processi di dissociazione Jaqui Dillon individua l'origine delle voci che, dalla più tenera età, iniziarono ad abitarla, per approdare a una concezione non unitaria del sé (vedi Blackman 2007: 15) che – almeno nella mia lettura – prende congedo sia dalle concezioni gerarchiche del sé, che individuano un'istanza superiore di governo (un Super Io, una Coscienza), sia dall'accezione patologica della dissoluzione del sé, espressa dalla controversa voce nosografica di personalità multipla<sup>43</sup>. Così si esprime al riguardo Jaqui Dillon:

Cominciai a rendermi conto che ero abitata da diverse persone. Queste “voci” avevano differenti nomi e identità. Avevano differenti e distinte personalità. Questa consapevolezza generò in me un sorprendente conforto. La percezione della mia propria identità mutò. Passai dall'essere “me” all'essere “noi”. (...) Iniziai a comprendere che le mie voci erano sé dissociati che si costituivano come rappresentazioni internalizzate del mondo nel quale ero cresciuta. Questi vari sé erano stati creati dalla mia esperienza. (...) Fui commossa nel constatare ciò che la mia mente era riuscita ad inventarsi. Talvolta sentivo di aver creato un'opera d'arte. [Romme, Escher, Dillon et al., 2009: 192, *traduzione mia*]<sup>44</sup>

Nel resto della propria testimonianza, Jaqui descrive la vita in questa comunità di sé, come non sempre facile («avere un sé multiplo talvolta mi fa impazzire» *ibidem*: 193), ma comunque tale da non sottrarle la possibilità di una vita felice, attorniata dalle persone che ama e dalle quale è amata. Questa concezione delle voci come espressione, per così dire, incarnata di esperienze, istanze del sé che agiscono come un noi, ora a sostegno, ora in attrito con la vita dell'uditore si ritrova anche in Dario, il più giovane fra i componenti del Gruppo Voci.

42. La monografia di Herman (1992, trad. it. 1995) prende le mosse dall'esame delle profonde ferite psichiche riconoscibili nei veterani della guerra in Vietnam. La lettura clinica di quell'esperienza viene poi estesa ad altre condizioni traumatiche, dal terrorismo alla violenza domestica (vedi al riguardo Conrad 2007: 119 ss.) richiamando in più di un luogo il tema della dissociazione, ma senza alcun specifico riferimento alle voci.

43. Per un'analisi critica delle vicende che condussero, negli anni Ottanta e Novanta del secolo scorso, prima all'emergere e poi al dissolversi della categoria diagnostica di personalità multipla si veda Horwitz (2002: 120-123). Horwitz sostiene – e direi con buone ragioni – che la fortuna di questa singolare categoria diagnostica, proposta da Cornelia Wilburn, fu, per così dire, aiutata dalla pubblicazione della storia di una sua paziente, che denunciava ben 16 differenti personalità. Emerse poi che la storia, raccontata in un libro del 1973, *Sybil*, di Flora Rheta Schreiber (diventato poi, con il medesimo titolo, un film nel 2007 per la regia di Joseph Sargent) era falsa.

44. Nella traduzione italiana, il brano citato compare alle pagine 238 e 239.

Le voci secondo me sono una manifestazione di pensieri. Per un periodo io ad esempio ho sentito le voci dei carabinieri che mi dicevano di smettere di fumare, magari era un po' come una forma di presa di coscienza, con la coscienza che si rivolge direttamente a te, che ti parla. Se fumo mi fa male – mi dicevo – quindi con quella voce ho cercato di smettere di fumare. È un po' come se il tuo cervello creasse questa voce minacciosa che vuole stimolarti. Non so, questa è l'impressione che ho avuto io. È come se l'anima, il cervello, qualcosa o tu stesso, il tuo inconscio ti dicesse: “guarda che se fumi ti fa male”. Alla fine la scelta spetta a te e io posso dire anche che era Dio a dirmi di non fumare. In fondo però l'uomo è libero di scegliere: se io voglio fumare, decido di fumare, infatti per il momento fumo [Dario, vedi *infra*, cap. 2].

Le voci, in questo caso, diventano un'istanza diretta a contrastare l'*akrasia*, la debolezza della volontà (mi riferisco al desiderio dismettere di fumare) attivando una forma di governo delle scelte, delle decisioni che Amélie Oksenberg Rorty ha reso efficacemente con l'immagine di una struttura dell'io, simile a quella di una vecchia città medievale «fatta di quartieri relativamente autonomi, collegati da viuzze che a metà del loro percorso cambiano nome; di una città che rappresenta una confederazione molto blanda di quartieri dai tratti alquanto eterogenei» (Rorty 1985, trad. it. 1991: 129). Una città nella quale – prosegue Rorty con la sua metafora – non esiste una piazza centrale, dalla quale si dipartono tutti i viali e tutte le decisioni, ma una città caratterizzata da una forma di governo plurimo, costituito da un'assemblea permanente nella quale più voci si confrontano, senza che sia sempre la medesima a prevalere. Quest'immagine si intravede nelle parole di Dario, quando osserva quel che segue.

Così con il tempo mi sono fatto questa idea: tutte queste voci, questo amplificarsi di pensieri è un po' come un rimescolamento di quello che hai dentro, è come se le voci cercassero di darti uno spunto per farti capire qualcosa di te, per farti comprendere meglio una situazione. È come se fossi tu stesso a usare questo metodo chiamato “malattia mentale” per darti delle spiegazioni. [Dario, vedi *infra*, cap. 2].

L'interpretazione delle voci come espressione incarnata (*embodied*) di istanze del sé si mostra anche nella testimonianza di Tato, che le qualifica come espressioni della sua coscienza, nel suo lato solare, così come in quello più tenebroso, rendendo quest'opposizione con una delle immagini più comuni nella nostra cultura, quella dell'angelo e del demone<sup>45</sup>.

Secondo me era la voce della mia coscienza: c'era una parte buona e una cattiva. C'era l'angelo e il diavolo, c'era tutto: c'era il Bene e il Male. [Tato, vedi *infra*, cap. 2].

Ai due modelli prevalenti di definizione delle voci, quello del paranormale e della medianità, da una lato e quello del trauma e della concezione non

45. La lettura di Tato mostra una netta sintonia con l'interpretazione dell'esperienza delle voci resa da Stanghellini e Cutting per i quali le allucinazioni acustiche verbali rappresentano «l'oggettivazione patologica di un dialogo interiore» (Stanghellini e Cutting, 2003, citati in Dalle Luche, 2006: 77).

unitaria del sé, dall'altro, si sottrae Ugo, che propone una lettura del proprio modo di essere nel mondo che radicalizza il processo di *embodiment* approdando a una concezione della propria esperienza nel registro della possessione. Si tratta, tuttavia, di una condizione dolorosa, nella quale Ugo non riconosce nessuno dei privilegi sui terreni della conoscenza e dell'azione propri delle condizioni sciamaniche, anche perché l'entità da cui Ugo è posseduto non ha nulla di sovraumano, di straordinario: non è una divinità, né un eroe, né lo spirito di un defunto. Ugo è posseduto da una donna, che vive nella sua stessa città e che gli impone la sua penosa presenza «24 ore su 24» (vedi *infra*, cap. 2). Tutto ciò colloca l'esperienza di Ugo in una posizione eccentrica all'interno del Gruppo Voci e, più in generale, all'interno del movimento degli Uditori di voci. Ugo non intravede nella propria esperienza nulla che la possa restituire alla normalità, né qualcosa che possa comportare la sua valorizzazione, la trasformazione dello stigma delle voci in un carisma. Ugo, tuttavia, ha trovato nel Gruppo Voci un contesto nel quale anche la sua radicale alterità è stata accolta e – non sempre senza fatica – accettata e questo, a mio giudizio, non può che essere letto positivamente.

Il processo avviato con la focalizzazione sulle voci, la loro restituzione alla normalità e l'elaborazione di un insieme eterogeneo di cornici interpretative di quest'esperienza che le restituiscono quel senso che la psichiatria biomedica le sottrae si conclude con l'ultima mossa dialettica la valorizzazione, cui è dedicata la parte conclusiva di questo capitolo.

#### 2.4. Valorizzazione

I primi germi del processo di valorizzazione delle voci si mostrano nell'elaborazione di una cornice interpretativa di questa esperienza altra rispetto a quella proposta dalla psichiatria tradizionale. Tutto ciò si mostra in modo evidente nelle origini del movimento degli uditori, con Pasty Hage che rivendica per sé il privilegio degli eroi dell'antica Grecia, quello di poter udire la voce degli dei. Un eco di questa chiave interpretativa si coglie anche nel nostro Paese, nelle prime riflessioni pubbliche sulle voci che si tennero a Reggio Emilia, in preparazione della Conferenza nazionale degli Uditori di voci. Mi riferisco, in particolare, all'incontro "Diamo voce alle voci", tenuto a Reggio Emilia il 5 maggio 2007, nel quale Delia Francavilla, presidente dell'associazione di sofferenti psichici "L'Orlando furioso", nel suo efficace intervento, espresse un implicito tributo alle tesi di Julian Jaynes<sup>46</sup>.

46. L'incontro del 5 maggio 2007, seguito poi da uno successivo del 1° dicembre dello stesso anno, può essere considerato come preliminare all'organizzazione del più strutturato (e più affollato) Convegno del 2008, che segna la nascita della rete italiana degli Uditori di voci. I due incontri sono stati video-registrati in modo piuttosto artigianale e diffusi con un DVD montato dall'Associazione "Noi e le voci". Il brano richiamato nel testo sta nel primo DVD, a partire dal nono minuto di registrazione.

Non è mai sufficiente ricordare che nel mondo antico era normale udire le voci. Era anormale non sentirle. Solo nel Milleottocento è stata qualificata la malattia mentale e sono nate le categorie cliniche, forse anche per proteggere i cosiddetti sani – tra virgolette. (...) Siamo qui anche perché la nostra convinzione è che la guarigione è possibile, che guarire si può e che ci porta a considerare la sofferenza condivisa come una risorsa che si estende a tutti i sofferenti psichici e ci rende certi che anche il sentire le voci possa diventare – cambiando il rapporto paziente/voci, paziente/terapeuta – un punto di forza piuttosto che un handicap. È un’esperienza sicuramente molto forte, che può ulteriormente avvicinare la persona alla propria interiorità e alla propria spiritualità, dando l’avvio a un processo di cambiamento che non può che essere positivo rispetto alla gabbia della cronicizzazione. [Delia Francavilla, Presidente dell’Associazione “L’Orlando furioso”]<sup>47</sup>.

Le voci si configurano come un dono speciale, come un carisma, in tutte quelle interpretazioni della loro genesi che fanno riferimento al mondo del paranormale e, più in generale, della medianità. È in questa chiave che Cristina Contini ha letto le prime espressioni della propria differenza, come la conseguenza di un «dono immenso» che ha reso più acuta la sua sensibilità (vedi Cardano 2008: 160).

Meno evidente, ma non per questo meno decisivo, è il processo di valorizzazione dell’esperienza delle voci che muove dalla loro iscrizione nel registro più laico, per così dire, della teoria del trauma. Dall’esame dei materiali che ho potuto acquisire mi sembra di poter riconoscere due percorsi paralleli. Il primo percorso si intravede nelle parole di Jaqui Dillon richiamate più sopra. Dillon, in un acuto esercizio di riflessività, guarda alla propria vita e giunge quasi a compiacersi della capacità che ha saputo mostrare nel costruire, a difesa della propria integrità, una comunità di sé, un «noi», contrapposto al «me». Un esercizio, soggiunge Jaqui Dillon, che assume i tratti di una vera e propria «opera d’arte» (Romme, Escher, Dillon et al. 2009: 192). La medesima disposizione si mostra, in modo più diretto nelle parole di Ron Coleman, che possiamo leggere in *Guarire dal male mentale*.

Dobbiamo accettare ed essere fieri di quel che siamo. Io posso dire con onestà: il mio nome è Ron Coleman, sono psicotico e sono fiero. Questa non è un’affermazione gratuita, questa è un’affermazione di fatto. [Coleman, 1999, trad. it. 2001: 25].

Questa fierezza, una sorta di “mad pride”, viene rafforzata nel secondo percorso che configura una forma particolare di professionalizzazione della propria differenza, del carisma che la contraddistingue<sup>48</sup>. Prima di procedere

47. La datazione proposta da Delia Francavilla trova sostegno nella ricostruzione storica condotta da Valeria Paola Babini, che al riguardo osserva come le allucinazioni diventano un oggetto di interesse per la psichiatria solo con il *Mémoire*, presentato da Etienne Esquirol all’*Académie des Sciences* di Parigi nel 1817 (Babini, 2006: 42).

48. Il riferimento nel testo alla nozione di orgoglio per la propria follia, fa implicito riferimento all’organizzazione del gruppo *Mad Pride*, promossa da un sopravvissuto dei servizi psichiatrici, Pete Shaughnessy, sulla scia del *London Gay Pride* del marzo 1997. Su questo tema vedi Crossley (2006: cap. 9, in particolare pp. 205 ss.), e il sito dell’associazione consultabile a questo indirizzo: <http://madpride.org.uk/index.php>. Su questa dimensione dell’orgo-

all'illustrazione di quest'ultimo aspetto è tuttavia opportuna una digressione sull'atteggiamento del Gruppo Voci verso la questione dell'orgoglio, del *mad pride*. Ricordo che il tema è stato oggetto di una conversazione informale, in coda al Convegno di Reggio Emilia "Diamo voce alle voci", del maggio 2008. Al convegno, come già detto, partecipò una delegazione del Gruppo Voci, costituita dai due curatori di questo volume (Giulia Lepori e Mario Cardano), dalle due operatrici del DSM impegnate con il gruppo (Anna Maria Accetta e Cristina Boscolo) e da quattro degli uditori che hanno consegnato alle pagine di questo libro la loro esperienza: Dario, Osvaldo, Tato e Serena. Sulla via del ritorno, diretti verso la stazione, ci fermammo in un bar del centro per il pranzo. Poche ore prima, tutti noi avevamo assistito all'intervento di Ron Coleman, tessuto sulla provocatoria celebrazione delle voci come tratto distintivo di una particolarità che i farmaci si propongono di spegnere. In quell'occasione fu Osvaldo a prendere le distanze da Coleman nel modo più netto, denunciando la propria difficoltà ad essere orgoglioso di una condizione che gli aveva arrecato tanta sofferenza. Tato e Serena, in quell'occasione, riconobbero il fascino di Coleman, ma Serena si affrettò a soggiungere – anche in quell'occasione (vedi *infra* cap. 2) – come nella sua affascinante affabulazione riconoscesse i segni di disagio profondo. Più sintonico con Coleman fu Dario, il più giovane del gruppo, che tuttavia espresse le proprie perplessità nei confronti di un aperto *mad pride*. Possiamo cogliere qui un'importante differenza fra il Gruppo Voci e il più vasto movimento degli uditori, la difficoltà ad abbracciare le tesi che conducono alla più piena valorizzazione dell'esperienza delle voci. Per il Gruppo Voci, l'accettazione delle voci, il pieno riconoscimento del senso che le accompagna, non si traduce nella loro celebrazione, o, più sommessamente, nella costruzione intorno a quest'esperienza di quell'orgoglio che così nitidamente esprime Ron Coleman. Si tratta di un atteggiamento che possiamo leggere in più di un modo: come mancanza di coraggio, come il segno di un'incompiuta transizione nel passaggio dal ruolo di paziente a quello di uditore, ma anche come l'espressione di quell'attitudine critica che ha caratterizzato tutta la storia del gruppo e forse come l'espressine di quell'*understatement* tutto sabardo che il Gruppo Voci, anche se costituito perlopiù da immigrati, ha appreso nel corso degli anni vissuti all'ombra della Mole. Aggiungo che, forse è proprio questo scetticismo nei confronti delle pratiche di valorizzazione delle voci che dà conto della relativa marginalità del Gruppo Voci nel più vasto contesto nazionale e internazionale.

Ciò detto, torniamo all'illustrazione del secondo percorso di valorizzazione delle voci, percorso che si muove non solo sul terreno delle credenze, delle rappresentazioni delle voci, ma su quello dell'*agency*, dell'azione. La testimonianza di Debra Lampshire, in *Living with voices*, racchiude in poche battute i tratti salienti di questo processo. Nella ricostruzione del percorso

glio, del *pride*, Adam James, giornalista accreditato dalla rete britannica degli Uditori di voci, istituisce un nesso fra il movimento dei Neri e dei Gay e quello degli Uditori (James 2001: 4).

che la condusse alla *recovery*, alla riconquista della sua vita, Debra riporta due passaggi chiave, che ripropongo in quel che segue.

Fu diversi anni più tardi che decisi di lavorare nel campo della salute mentale come consulente ed educatrice. Fui avvicinata da un clinico che intendeva avviare dei gruppi terapeutici per uditori di voci. (...) Ho trovato la mia nicchia. Ho avuto l'opportunità di trasformare ciò che era un evento catastrofico in una vocazione che mi ha consentito di cogliere gli aspetti positivi della vita. [Romme, Escher, Dillon et al. 2009: 132-133, *traduzione mia*]<sup>49</sup>.

Debra Lamphsire utilizza con particolare efficacia l'immagine della nicchia, che allude all'individuazione di un contesto – in una qualche misura protetto – entro il quale trasformare la propria differenza in un'attività professionale, entro il quale mettere a frutto il suo “sapere per esperienza” per guidare verso il processo di guarigione altre persone che, come lei odono le voci. Si tratta, inoltre, di un contesto nel quale la sua nuova identità, quella di facilitatrice dei gruppi di mutuo aiuto, può ottenere riconoscimento (*sensu* Pizzorno, 2007), può trovare nel gruppo di persone con le quale coopera – uditori e professionisti – legittimazione.

Questo peculiare processo, prima di traduzione dello stigma in carisma, e poi di professionalizzazione del carisma è riconoscibile nelle biografie dei più noti *leader* del movimento degli uditori, da Ron Coleman a Rufus May, da Jaqui Dillon a Cristina Contini e molti altri ancora<sup>50</sup>. In particolare la vicenda di Cristina Contini ricalca, sotto molti punti di vista, quella di Debra Lamphshire. Ecco come Contini ricostruisce l'ultimo tratto della traiettoria biografica, che l'ha condotta dai territori della medianità a quelli – meno incantati – della salute mentale.

La psichiatria di Reggio s'è fatta avanti perché tramite una persona, un operatore, chee mi conosceva (...) e m'ha detto: “Guarda Cristina la psichiatria, eee, ha questo tipo di problema: ci sono Uditori di voci, persone che stanno bene, professionisti, avvocati che vanno in reparto e dicono: “Sento le voci, sto male, mi dia delle pastiglie che non voglio più sentir le voci”. Persone equilibratissime, e il primario dopo tre mesi che ti dice: “Quella stessa persona, equilibrata, che ha la professione, dopo tre mesi che sente le voci è impazzita”... “ha mandato affanculo tutti, a puttane il /matrimonio/ (sorridente)” mi spiego? E questi sono casi, eh, sempre, purtroppo, più frequenti, per cui in un certo senso c'è stato questoo grossissimo scambio, anche loro han cercato di capire la chiave che mi ha concesso di, di non impazzire, di non, non esser seguita da uno psichiatra, di non aver preso psicofarmaci, cos'è che mi ha aiutato, per cui mi dice: “Non che ci sia una verità assoluta però ” dice “ se il tuo esempio può esser d'aiuto a un uditore di voci, dire: se ce l'hai fatta tu ce la posso fare anch'io” (...) Allora di lì ho presentato questo progetto, ho detto: “Qual è il vostro obiettivo?” [*il primario*] fa: ”Sarebbe il massimo fare

49. Nella traduzione italiana, il brano citato compare alle pagine 177-178.

50. Maggiori notizie sul profilo e sulle attività professionali degli “esperti per esperienza” richiamati nel testo sono rintracciabili on line: per Ron Coleman <http://www.workingtorecovery.co.uk/>; per Rufus May <http://rufusmay.com/>; per Jaqui Dillon <http://www.jacquidillon.org/>; per Cristina Contini <http://www.cristinacontini.it/>. Tutti i siti sono stati consultati nell'ottobre del 2011.

un gruppo di auto-mutuo-aiuto” (...) ho detto: “Va bene, allora io faccio il facilitatore”, quin- Il massimo è avere un facilitatore uditore di voci con degli Uditori di voci, perché comunque in questo gruppo ci sono due operatori infermieri e un educatore, però non sono uditori ed è evidente come gli uditori fanno riferimento a /te/ (enfaticamente) che sei uditore, perché a chi non sente le voci, non lo guardano nemmeno in viso, ecco. Quindi adesso... andremo... anche a Parma ha chiesto la collaborazione e, e apriremo un altro gruppo di Uditori di voci a Parma nella, in psichiatria, e questo per me comunque è realizzante (Cristina Contini, Intervista del 6 settembre 2006)<sup>51</sup>.

È difficile non rilevare la peculiarità di quest'ultimo passaggio del processo di valorizzazione delle voci che conduce gli uditori che ne fanno esperienza ad abitare, anche se con ruoli e un'identità speciali, il mondo della psichiatria, dei servizi di salute mentale. Per alcuni dei più noti facilitatori, primo fra tutti Ron Coleman, si tratta di un ritorno nei luoghi che li videro soggetti a un potere psichiatrico cieco, incapace di riconoscere il senso della loro esperienza. Si tratta di un ritorno che marca in modo evidente la transizione dal ruolo di paziente, con tutto il carico di stigma associato a questa condizione, a quello di uditore che mostra di saper trasformare la propria esperienza “insensata” in un sapere capace di guarire: una sorta di nemesi. Il carattere paradossale di questo ritorno si attenua riconoscendo come, proprio grazie alla presenza di figure professionali caratterizzate da una così evidente alterità, anche il contesto dei servizi di salute mentale modifica i propri contorni, accettando – almeno così sembra – la sfida al paradigma diagnostico, biomedico che proviene dal movimento degli Uditori di voci.

51. Per un'analisi più puntuale del percorso biografico di Cristina Contini si rinvia al mio saggio (Cardano, 2008).





## Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (APA), *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson, 1983 (ed. orig. 1980).
- Aphramor L., "Is A Weight-Centred Health Framework Salutogenic? Some Thoughts on Unhinging Certain Dietary Ideologies", in *Social Theory & Health*, num. 3, 2005, pp. 315-340.
- Armstrong N., Murphy E., "Conceptualizing resistance", in *Health: an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, published on line before print, 2011, pp. 1-13.
- Babini V.P., *Liberi tutti. Manicomi e psichiatria in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, il Mulino, 2009 .
- Babini V.P., "Come nascono le allucinazioni? Da Esquirol a Tamburini", in *Rivista sperimentale di freniatria*, vol. CXXX, n. 2, 2006, pp. 41-64.
- Barnes M., Bowl R., *Empowerment e salute mentale. Il potere dei movimenti sociali degli utenti*, Trento, Edizioni Erickson, 2003 (ed. orig. 2001).
- Basaglia F. (a cura di), *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi, 1968.
- Basaglia F., Basaglia Ongaro F. (a cura di), *Crimini di pace*, Torino, Einaudi, 1975.
- Becker H.S., *I trucchi del mestiere. Come fare ricerca sociale*, Bologna, il Mulino, 2007 (ed. orig. 1998).
- Benedict R., "Anthropology and the abnormal", in *The Journal of General Psychology*, Volume 10, Issue 1, 1934, pp. 59-82.
- Binswanger L., *Per un'antropologia fenomenologica*, Milano, Feltrinelli, 2007 (ed. orig. 1995).
- Blackman L., *Hearing voices. Embodiment and experience*, London/New York, Free Association Books, 2001.
- Blackman L., "Psychiatric Culture and Bodies of Resistance", in *Body & Society*, vol. 13, num. 2, 2007, pp. 1-23.
- Borgna E., "Prefazione", in Alain Ehrenberg, *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, Torino, Einaudi, 2010, ed. orig. 1998, pp. ix-xx.
- Bury M., "Illness Narratives: Fact or Fiction", in *Sociology of Health and Illness*, 3, 2001, pp. 263-285.
- Canguilhem G., *Il normale e il patologico*, Torino, Einaudi, 1998 (ed. orig. 1966).
- Cardano M., *Lavoro e disturbo psichico a Torino. Rapporto di ricerca*, Torino, Cooperativa Sociale Marca, 2005, reperibile all'indirizzo internet: [http://aperto.unito.it/bitstream/2318/623/1/CARDANO\\_Lavoro\\_e\\_disturbo\\_psichico\\_a\\_Torino.pdf](http://aperto.unito.it/bitstream/2318/623/1/CARDANO_Lavoro_e_disturbo_psichico_a_Torino.pdf).

- Cardano M., “‘E poi cominciai a sentire le voci...’. Narrazioni del male mentale”, in *Rassegna Italiana di Sociologia*, vol. 48, num. 1, 2007, pp. 9-56.
- Cardano M., “Il male mentale. Distruzione e ricostruzione del sé”, in Bonica L., Cardano M. (a cura di), *Punti di svolta. Analisi del mutamento biografico*, Bologna, il Mulino, 2008, pp. 123-171.
- Cardano M., “Mental distress. Strategies of sense-making”, in *Health: an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, vol. 14, num 3, 2010, pp. 253-271.
- Cardano M., *La ricerca qualitativa*, Bologna, il Mulino, 2011.
- Cardano M., Salivotti F., Venturini G.L., “Les politiques du travail et du logement destinées aux patients psychiatriques. Le cas du Piémont”, in *Revue Sociologie Santé*, vol. 32, 2010, pp. 219-243.
- Cavanna A.E., Trimble M., Cinti F., Monaco F., “The ‘bicameral mind’ 30 years on: a critical reappraisal of Julian Jaynes’ hypothesis”, in *Functional Neurology*, vol. 22, num. 1, 2007, pp. 11-15.
- Cesario S., Miccinesi D., Pini P., *La psicoterapia di un gruppo di Uditori di voci. Verso l’auto-aiuto*, Milano, FrancoAngeli, 2002.
- Clifford J., “On Ethnographic Authority”, in *Representations*, num. 2, 1983, pp. 118-146.
- Coleman R., *Guarire dal male mentale*, Roma, manifestolibri, 2001 (ed. orig. 1999).
- Colucci M., Di Vittorio P., *Franco Basaglia*, Milano, Bruno Mondadori Editore, 2001.
- Conrad P., *The medicalization of society. On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2007.
- Conrad P., Schneider J.W., *Deviance and Medicalization: from Badness to Sickness. Expanded edition*, Philadelphia, Temple University Press, 1992.
- Cornoldi C. (a cura di), *Difficoltà e disturbi dell’apprendimento*, Bologna, il Mulino, 2007.
- Cromby J., Harper D.J. “Paranoia. A Social Account”, in *Theory & Psychology*, vol. 19 (3): 2009, 335-361.
- Crossley N., *Contesting Psychiatry. Social Movements in Mental Health*, London, Routledge, 2006.
- Dalla Luche R., “Una ricognizione fenomenologica delle allucinazioni acustiche verbali”, in *Rivista sperimentale di freniatria*, vol. CXXX, n. 2, 2006, pp. 65-86.
- Ehrenberg A., *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, Torino, Einaudi, 2010, ed. orig. 1998.
- Flynn L.M., “La schizofrenia dal punto di vista della famiglia. Aspetti sociali ed economici”, in N.C. Andreasen, *Schizofrenia. Dalla mente alle molecole*, Torino, Centro Scientifico Editore, 1998, pp. 23-34 (ed. orig. 1994).
- Foucault M., *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Milano, Feltrinelli, 2000 (ediz. orig. 1999).
- Foucault M., *La volontà di sapere. Storia della sessualità 1*, Milano, Feltrinelli, 2006 (ed. orig. 1976).
- Foucault M., *Il governo di sé e degli altri. Corso al Collège de France (1983-1983)*, Milano, Feltrinelli, 2009 (ed. orig. 2009).
- Frank A., *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*, Chicago, University of Chicago Press, 1995.
- Freidson E., *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Milano, FrancoAngeli, 2002 (Antologia di brani a cura di Giovanna Vicarelli).
- Gergen K.J., *Realities and Relationship*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1994.

- Good B., *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Comunità, 1999 (ed. orig. 1994).
- Good B., *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Comunità, 1999 (ed. orig. 1994).
- Horwitz A.V., *Creating mental illness*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 2002.
- Horwitz A.V., Wakefield J.C., *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*, Oxford, Oxford University Press, 2007.
- James A., *Raising Our Voices. An account of the Hearing Voices movement*, Londra, Handsell Publishing, 2001.
- Jaynes J., *Il crollo della mente bicamerale e l'origine della coscienza*, Milano, Adelphi, 2002 (ed. orig. 1976).
- Jenner A., Monteiro A., Zagalo-Cardoso J.A., Cunha-Oliveira J., *Schizophrenia. A Disease or Some Ways of Being Human?*, Sheffield, Sheffield Academic Press, 1993.
- Jenner J.A., Wiersma D., "L'efficacia degli interventi psicosociali per le allucinazioni uditive verbali", in *Rivista sperimentale di freniatria*, vol. CXXX, n. 2, 2006, pp. 111-139.
- Jervis G., *Manuale critico di psichiatria*, Milano, Feltrinelli, 1997.
- Kaufman S.R., Shim J.K., Russ A.J., "Revisiting the Biomedicalization of Aging: Clinical Trends and Ethical Challenges", in *The Gerontologist*, vol. 44, num. 6, 2004, pp. 731-738.
- Kemmis S., Mc Taggart R., "Participatory action research", in Denzin N.K., Lincoln Y.S. (eds.) *Handbook of qualitative research. Second edition*, Londra, Sage, 2000, pp. 567-604, 597-600.
- Kleinman A., "Anthropology and Psychiatry. The Role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness", in *British Journal of Psychiatry*, num. 151, 1987, pp. 447-454.
- Kleinman A., *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*, New York, Basic Books, 1988.
- Lane C., *Shyness. How Normal Behavior Became a Sickness*, New Haven & London, Yale University Press, 2007.
- Maturo A. "Dalla malattia mentale al disturbo: effetti della (bio)mediacalizzazione sulle categorie diagnostiche in psichiatria", in *Salute e società*, anno 6, num. 3, 2007, pp. 258-261.
- McCrea F.B., "The politics of menopause: the "discovery" of a deficiency disease", in *Social Problems*, vol. 31, n. 1, 1983, pp. 111-123.
- Medeghini R., Valtellina E., *Quale disabilità? Culture, modelli e processi di inclusione*, Milano, FrancoAngeli, 2006.
- Meo A., *Vite in bilico. Sociologia della reazione a eventi spiazzanti*, Napoli, Liguori Editore, 2000.
- Merleau-Ponty M., *Fenomenologia della percezione*, Milano, Bompiani, 2003 (ed. orig. 1945).
- Merton R.K., Barber E.G., *Viaggi e avventure della Serendipity*, Bologna, il Mulino, 2002.
- Mezzina R., "CSM sulle 24 ore e percorsi riabilitativi sul mondo del lavoro", in *Deformazione in mentis valetudine*, anno I, vol. I, 2004, pp. Consultabile all'indirizzo [http://www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/mezzina\\_2004\\_csm24ore.pdf](http://www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/mezzina_2004_csm24ore.pdf).
- Micheli A.G., *I nuovi catari. Analisi di un'esperienza psichiatrica avanzata*, Bologna, il Mulino, 1982.
- Minkowski E., *La schizofrenia. Psicopatologia degli schizoidi e degli schizofrenici*, Torino, Einaudi, 1998 (ed. orig. 1997).

- Monaghan L.F., “Discussion Piece: A Critical Take on the Obesity Debate”, in *Social Theory and Health*, num. 3, 2005, pp. 302-314.
- Monaghan L.F., “Body Mass Index, masculinities and moral worth: men’s critical understandings of ‘appropriate’ weight-for-height”, in *Sociology of Health & Illness*, vol. 29, n. 4, 2007, pp. 584–609.
- Olafsdottir S., Pescosolido B.A., “Constructing illness: How the public in eight Western nations respond to a clinical description of ‘schizophrenia’”, in *Social Science & medicine*, vol. 73, 2011, pp. 929-938.
- Pellegrino V., *Follie ragionate. Il male mentale nelle parole dei pazienti psichiatrici*, Torino, Utet, 2012.
- Perino M., “Integrazione socio-sanitaria e diritti dei malati psichiatrici”, in *Prospettive Assistenziali*, num. 162, 2008, pp. 17-21.
- Piccone R. *Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia*, Milano, FrancoAngeli, 2004.
- Pini P., “Auto aiuto e salute mentale”, in M. Tognetti Bordogna (a cura di), 2005, *Promuovere i gruppi di self-help*, Milano, FrancoAngeli, 2006, pp. 231-242.
- Pizzorno A., *Il velo della diversità. Studi su razionalità e riconoscimento*, Milano, Feltrinelli, 2007.
- Ramondino F., Siebert R., Signorelli A., *In direzione ostinata e contraria*, Napoli, Casa editrice Tullio Pironti srl, 2008.
- Read J., van Os J., Morrison A.P. Ross C.A., “Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications”, in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 112, 2005, pp. 330-350.
- Riddick B. “Dyslexia and inclusion: time for a social model of disability perspective?”, in *International studies in Sociology of Education*, vol. 11, n. 3, 2001, pp. 223-236.
- Romme M., Escher S. (a cura di) *Accettare le voci. Le allucinazioni uditive: capirle e conviverci*, Milano, Giuffrè Editore, 1997 (ed. orig. 1993).
- Romme M., Escher S., “L’elaborazione di un diverso approccio sull’esperienza degli Uditori di voci”, in *Rivista sperimentale di freniatria*, vol. CXXX, n. 2, 2006, pp. 141-165.
- Romme M., Escher S., Dillon J., Corstens D., Morris M., *Living with voices. 50 stories of recovery*, Herefordshire, PCCS Books Ltd, 2009 (trad. it. *Vivere con le voci. 50 storie di guarigione*, Milano, Mimesis).
- Rorty A.O., “Autoinganno, akrasia e irrazionalità”, in J. Elster (a cura di), *L’io multiplo*, Milano, Feltrinelli, 1991, pp. 128-145, (ed. orig. 1985).
- Rosenham D.L., “Essere sani in posti insani”, in P. Watzlawick (a cura di), *La realtà inventata. Contributi al costruttivismo*, Milano, Feltrinelli, 1988, pp. 105-127 (ed. orig. 1973).
- Spitzer R.L., “Foreword”, in Horwitz A.V., Wakefield J.C., *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*, Oxford, Oxford University Press, 2007, pp. vi-x.
- Stella G. (a cura di), *La dislessia. Aspetti clinici, psicologici e riabilitativi*. Milano, FrancoAngeli, 1996.
- Szasz T., *Schizofrenia: simbolo sacro della psichiatria*, Armando Editore, 1984 (ed. orig. 1976).
- Todorov T., *I generi del discorso*, Milano, Rizzoli, 1999 (ed. orig. 1978).
- Tognetti Bordogna M. (a cura di) *Promuovere i gruppi di self-help*, Milano, FrancoAngeli, 2005.
- Wicker C., *Lily Dale: The Town That Talks to the Dead*, San Francisco, Harper, 2006.





---

*Scienze e salute*  
coordinata da M. Tognetti Bordogna

---

*Ultimi volumi pubblicati:*

PIERO PANTALEO, *Al di là delle cure*. Interventi complementari e di supporto in oncologia (disponibile anche in e-book).

CRISTINA MALVI (a cura di), *La realtà al congiuntivo*. Storie di malattia narrate dai protagonisti (disponibile anche in e-book).

PIERLUIGI LATTUADA, *Oltre la mente*. Teoria e pratica della psicologia transpersonale.

ROBERTO BENEDEUCE, *Frontiere dell'identità e della memoria*. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo.

BRUNO MEINI, *Aids, comportamenti devianti e sicurezza umana*.

ALFREDO ANCORA, *I costruttori di trappole del vento*. Formazione, pensiero, cura in psichiatria transculturale.

MARCO INGROSSO, *Senza benessere sociale*. Nuovi rischi e attesa di qualità della vita nell'era planetaria.

ELENA SPINA, *Ostetriche e Midwives*. Spazi di autonomia e identità corporativa (disponibile anche in e-book).

SYLVIE FAIZANG, A CURA DI VITTORIO A. SIRONI, MARA TOGNETTI BORDOGNA, *Farmaci e società*. Il paziente, il medico e la ricetta (disponibile anche in e-book).

LUCIANO BENEDETTI, *Curare sulla soglia della vita*. L'hospice "Il Tulipano" di Niguarda (disponibile anche in e-book).

PAOLO VIGANÒ, *Limiti e prospettive del consenso informato* (disponibile anche in e-book).

MARCO INGROSSO (a cura di), *La salute comunicata*. Ricerche e valutazioni nei media e nei servizi sanitari.

GIAMPAOLO NUVOLATI, MARA TOGNETTI BORDOGNA (a cura di), *Salute, ambiente e qualità della vita nel contesto urbano*.

PIERLUIGI LATTUADA, *L'arte medica della guarigione interiore*. Basi psicobiologiche e metodologia clinica.

MAURO NIERO, *Qualità della vita e della salute*. Strategia di analisi e strumenti per la misurazione.

MARA TOGNETTI BORDOGNA (a cura di), *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*.

ANGELA ALES-BELLO, BIANCA MARIA D'IPPOLITO, PIERO TRUPIA (a cura di), *Pensare il farmaco*. Etica Scienza Economia.

SIMONA TALIANI, *Il bambino e il suo doppio*. Malattia stregoneria e antropologia dell'infanzia in Camerun.

MAURIZIO GHISLENI, PAOLA REBUGHINI, *Dinamiche dell'amicizia*. Riconoscimento e identità.



MARCO INGROSSO (a cura di), *La promozione del benessere sociale*. Progetti e politiche nelle comunità locali.

ALBERTO PELLAI, *Educazione sanitaria*. Principi, modelli, strategie e interventi. Manuale per insegnanti ed operatori socio-sanitari.

MARA TOGNETTI BORDOGNA (a cura di), *Promuovere i gruppi di self-help*.

MARCO INGROSSO (a cura di), *Comunicare la salute*. Scenari, tecniche, progetti per il benessere e la qualità della vita.

FRANCA BECCARIA (a cura di), *Sul filo del rischio*. Percezione del rischio tra i giovani e prevenzione dei traumi cranici.

MARIO PICOZZI, LUCA VIOLONI, PAOLO CATTORINI (a cura di), *Il significato della sofferenza*. Tre religioni monoteiste interpretano l'esperienza della malattia.

GIORGIO COSMACINI, MAURIZIO DE FILIPPIS, PATRIZIA SANSEVERINO, *La peste bianca*. Milano e la lotta antitubercolare (1882-1945).

FRANCA PIZZINI, *Corpo medico e corpo femminile*. Parto, riproduzione artificiale, menopausa.

MAURIZIO DE FILIPPIS, *L'Ospedale "Luigi Sacco" nella Milano del Novecento*.

ALFREDO ANCORA, *La consulenza transculturale della famiglia*. I confini della cura.

NICOLETTA DIASIO, *Patrie provvisorie*. Roma, anni '90: corpo, città, frontiere.

IRENE CUSMÀ, *Gli dei ci guariranno? Nichilismo e rinascita religiosa*.

ANGELO BARILARO, CORRADO CELATA, *Fattori di prevenzione*. Da un'esperienza territoriale, un metodo di lavoro possibile contro le dipendenze.

METIS (a cura di), *Corpi soggetto*. Pratiche e saperi di donne per la salute.

SANDRA BOMBARDI, *Progettare la formazione dell'infermiere*. La cultura al centro della professione infermieristica.

#### *Formazione*

MAURIZIO GHISLENI, SILVANA GRECO, PAOLA REBUGHINI, *L'amicizia in età adulta*. Legami di intimità e traiettorie di vita.

GABRIELLA MORASSO, ANITA CARUSO, ANNA RITA RAVENNA, *Le competenze comunicative in oncologia*. Un percorso formativo (disponibile anche in e-book).

RAFFAELLA VISIGALLI, *Sterilità e infertilità di coppia*. Counseling e terapia psicologica (disponibile anche in e-book).

TIZIANA GANDINI, *Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità*. Una proposta metodologica per definire le competenze dell'infermiere con funzioni di coordinamento.

MARIO PICOZZI (a cura di), *Il trapianto di organi*. Realtà clinica e questioni etico-deontologiche (disponibile anche in e-book).

FLAVIA FACCO, *L'invisibile in menopausa*. Psicologia del benessere nella crisi di transizione della mezza età.

MICOL BRONZINI (a cura di), *Sistemi sanitari e politiche contro le disuguaglianze di salute*.

PATRIZIA FUNGHI (a cura di), *Curare e prendersi cura*. Temi di bioetica e di biodiritto.

ALBERTO PELLAI, PAOLO MARZORATI (a cura di), *Educazione alla salute*. Standard e linee guida dalla scuola elementare alla scuola superiore.

ANNA LUSA, *Le competenze degli infermieri in sala operatoria*. Guida alla valutazione e ai percorsi formativi.

ALBERTO RICCIUTI, *La terapia di supporto di medicina generale in chemioterapia oncologica*. Verso un approccio sistemico alla fatigue.

CHRISTIAN BOIRON, *Le ragioni della felicità*. Contenuti e definizioni del piacere e della felicità: nuove ipotesi.

NICOLETTA DIASIO, VIRGINIE VINEL (a cura di), *Il tempo incerto*. Antropologia della menopausa.

GIULIANA MASERA, NADIA POLI, *Vicinanza e lontananza attraverso gesti di cura*.

MARIO PICOZZI, FABIO BANFI (a cura di), *Management ed etica delle risorse in sanità*.

PAOLO CAVAGNARO, NICOLETTA CINOTTI, PIERLUIGI SAMBUCETI, *Dalla centralità dell'ospedale alla centralità della persona*. La cura in situazioni di terminalità e la formazione degli operatori.

EDUARDO MISSONI, GUGLIELMO PACILEO, *Elementi di salute globale*. Globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana.

GIUSEPPE CARDAMONE, SERGIO ZORZETTO, *Salute mentale di comunità*. Elementi di teoria e pratica.

ANTONELLA DELLE FAVE, SERGIO MARSICANO (a cura di), *L'umanizzazione dell'ospedale*. Riflessione ed esperienze.

VITTORIA M. BORELLA, *La comunicazione medico/sanitaria*. Le transazioni sulla salute nella comunicazione ospedaliera, ambulatoriale e di Pronto Soccorso.

MARIA GRAZIA SOLDATI, *Sguardi sulla morte*. Formazione e cura con le storie di vita.

LORENZO DANI, *La buona qualità*. Una proposta per la gestione della qualità nei Servizi alla persona.

WALTER LEGNANI, GIUSEPPE RESCALDINA, MARIA GRAZIA RIVA, *Strane coincidenze*. Il tumore e i suoi significati: dalla malattia alla rinascita.

ELIOT FREIDSON, *La dominanza medica*. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie.

DEBORAH GORDON, CARLO PERUSELLI, *Narrazione e fine della vita*. Nuove possibilità per valutare la qualità della vita e della morte.

SERGIO MARSICANO, *La fabbrica dei sogni*. Dall'idealismo del curare al prendersi cura.

#### *Saperi transculturali*

ALFREDO ANCORA, ALBERTO SBARDELLA (a cura di), *L'approccio transculturale nei servizi psichiatrici*. Un confronto tra gli operatori (disponibile anche in e-book).

MARIE ROSE MORO, QUITTERIE DE LA NOE, YORAM MOUCHENIK, THIERRY BAUBET, *Manuale di psichiatria transculturale*. Dalla clinica alla società (disponibile anche in e-book).



**VAI SU: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)**

**PER SCARICARE (GRATUITAMENTE)  
I CATALOGHI DELLE NOSTRE PUBBLICAZIONI  
DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI:  
PER FACILITARE LE TUE RICERCHE.**

Management & Marketing  
Psicologia e psicoterapia  
Didattica, scienze della formazione  
Architettura, design, territorio  
Economia  
Filosofia, letteratura, linguistica, storia  
Sociologia  
Comunicazione e media  
Politica, diritto  
Antropologia  
Politiche e servizi sociali  
Medicina  
Psicologia, benessere, auto aiuto  
Efficacia personale, nuovi lavori



**FrancoAngeli**



FrancoAngeli

# e-book

## Quota 1500!

Una biblioteca di oltre 1500 titoli\* in tutte le discipline: economia, psicologia, sociologia, didattica, storia, filosofia...

Una modalità flessibile ed efficace per accedere subito ai contenuti, per effettuare ricerche mirate, per scorrere rapidamente i testi, per individuare con immediatezza un dato, una citazione, un nome...

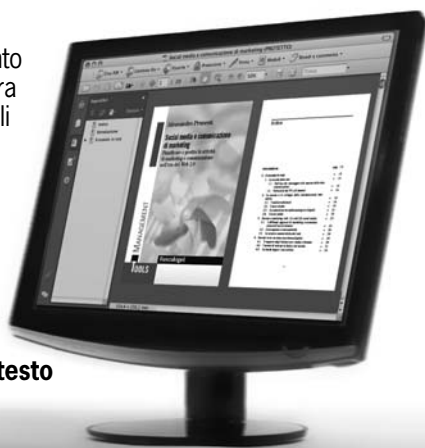
Per la comunicazione scientifica gli e-book presentano ampi vantaggi, facilitandone la diffusione e l'accessibilità.

I lettori possono trovare nelle modalità di scorrimento e di ricerca nel testo delle opportunità per la lettura veloce assolutamente superiori a quelle rinvenibili nel libro a stampa.

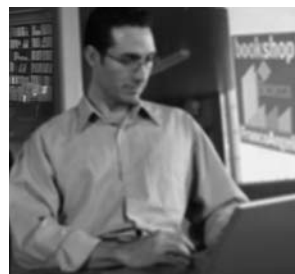
Gli e-book non ingombrano, si archiviano facilmente, sono sempre e subito disponibili.

**I nostri e-book adottano la piattaforma Adobe Digital Editions® che consente di gestire le pubblicazioni su più computer (sino a 6), aggiungere segnalibri, evidenziare parti di testo e scrivere commenti...**

\* aprile 2011



Per saperne di più sull'utilizzo e le forme di acquisto: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)



**Una nuova dimensione per condividere le conoscenze.  
Per l'università e per la professione.**







