CAPIRE LE VOCI

Come affrontare le allucinazioni uditive e le realtà disorientanti

Marius Romme
(a cura di)

Edizione originale: Romme M. (Ed) (1996) *Understanding voices: coping with auditory hallucinations and confusing realities*, Handsell Publishing, Gloucester.

Traduzione di: Angelo Arecco

Indice

1. INTRODUZIONE
Marius Romme

2. SENTIRE LE VOCI
Marius Romme e Sandra Escher
Già pubblicato su "Schizofrenia Bulletin", Vol. 15, n. 2, 1989, pp. 209-216

3. EMPOWERMENT DEGLI UDITORI DI VOCI
Marius Romme e Sandra Escher
Già pubblicato nel 1996 in: Gilian Haddock e Peter Slade "Cognitive Behavourial, Interventions with Psychotic Disorders" di, cap, 8 pp. 137-150, Routledge, Londra.

4. SENTIRE LE VOCI DA PARTE DI PAZIENTI E NON PAZIENTI
M. Pennings e M. Romme
Già pubblicato in lingua olandese nel 1996 in: "Stemmen horen bij schizofrenie patienten, patienten met een dissociative stoornis en bij niet patienten" di de Hert M.; Thijs E; Peuskens I; Petri D; van Raay B. in "Zin in Waanzin, de wereld van schizofrenie" ("Un senso nella follia, il mondo della schizofrenia"), EPO Anversa, Belgio.

5. NOTE CONCLUSIVE
Marius Romme

6. IL COLLOQUIO-TIPO DI MAASTRICHT CON UN UDITORE DI VOCI
Sandra Escher e Patsy Hage

INTRODUZIONE

Marius Romme

In questo libro desideriamo riferire dei nostri esperimenti e studi riguardanti le persone che sentono le voci con caratteristiche di allucinazioni uditive, riproponendo tre pubblicazioni che forniscono una visione d'insieme della nostra ricerca.

Il primo studio fu pubblicato in "Schizofrenia Bulletin" (1989), e riferiva di un esperimento in cui alcune persone con allucinazioni uditive furono messe in contatto tra loro. Tutte queste persone sentivano le voci e ciascuna di loro descriveva la propria esperienza alle altre. Inoltre, tutti risposero a un questionario sulle loro esperienze. In seguito, ci rendemmo conto che le allucinazioni uditive erano evidenti in diversi pazienti, ed anche in non pazienti. Le caratteristiche dell'allucinazione uditive di una persona si dimostrarono anche non necessariamente specifiche rispetto a particolari patologie, come schizofrenia, disturbi dissociativi, psicosi maniaco-depressive, ecc.

Il secondo documento fu presentato in un convegno organizzato dalla Facoltà di Psicologia dell'Università di Liverpool nel 1992 e pubblicato nel 1996 da parte di Haddock e Slade nel libro "Interventi cognitivi nei disturbi psicotici", e si riferiva a sintomi diversi, principalmente alle allucinazioni uditive. Il nostro documento, al capitolo 8, riguardava uno studio pilota che metteva a confronto persone che sentivano le voci con diagnosi di schizofrenia oppure di disturbi affettivi. In questo capitolo, descrivemmo i casi da noi studiati in cui era stato possibile correlare l'esperienza di sentire le voci con le altre vissute dalla persona nella sua storia. Concludemmo che sentire le voci non è in primo luogo un sintomo incomprensibile di una patologia, ma piuttosto un modo della persona di affrontare i propri problemi personali.

L'ultimo articolo riportato in questo libro è stato tradotto in inglese, in quanto originariamente pubblicato in lingua olandese "De wereld van schizofrenie" ("Il mondo della schizofrenia") in un libro belga. Questo capitolo descrive i principali risultati del nostro studio comparativo su tre gruppi di persone con allucinazioni uditive. In questa ricerca più estesa, abbiamo confrontato in modo sistematico due gruppi di pazienti, di cui uno con diagnosi di schizofrenia e l'altro con diagnosi di disturbi dissociativi. Questi due gruppi furono messi a confronto l'uno con l'altro, e quindi con un terzo gruppo di persone che sentivano le voci ma non erano effettivi pazienti psichiatrici. Abbiamo denominato questo gruppo come di "non pazienti". Abbiamo eseguito questo studio per vedere se i risultati da noi ottenuti in precedenza si potessero ripetere. I punti che ci interessavano principalmente erano i seguenti:

- I criteri formali delle allucinazioni uditive differiscono nei tre gruppi? Ad esempio, i criteri di Schneider sono specifici per la schizofrenia?
- Esiste una differenza negli effetti delle voci sulla persona che le sente, all'interno dei tre gruppi? Esistono differenze nel coinvolgimento delle voci?
- Esistono differenze nella relazione tra le voci e la storia personale? Ad esempio, un disturbo dissociativo è correlato ad un evento traumatico? E' così anche per la schizofrenia? E per quanto riguarda i "non pazienti"?

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

Questo studio verrà anche trattato più in particolare in un libro in lingua inglese che dovremmo pubblicare tra un anno.

Alleghiamo a questo libro un breve capitolo, che descrive i principali risultati dei nostri studi sulla possibilità di prevenire scompensi psicotici nei pazienti con allucinazioni uditive.

Abbiamo anche incluso il colloquio-tipo che abbiamo sviluppato. Questa struttura di colloquio consente un dialogo con la persona con allucinazioni uditive a proposito delle sue voci, ed è organizzata in modo tale che le informazioni ottenute possano essere utilizzate per analizzare la relazione tra l'esperienza di sentire le voci e la storia della vita personale. Infine, questo libro contiene un elenco delle nostre pubblicazioni più importanti.

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

VOL. 15, NR. 2, 1989 SCHIZOPHRENIA BULLETIN

SENTIRE LE VOCI

Marius A.J. Romme e Alexandre D.M.A.C. Escher

Estratto
Si descrive un esperimento in cui persone con allucinazioni uditive sono state messe in contatto tra loro. In un talk-show televisivo serale, una paziente a cui era stata più volte diagnosticata la schizofrenia, parlò delle sue voci. Cinquecentocinquanta altri uditori di voci che seguivano la trasmissione si misero in contatto telefonico. A costoro venne inviato un questionario per avere maggiori informazioni circa il modo in cui essi affrontavano le loro voci. Tra chi compilò il questionario, vennero selezionate 20 persone che spiegarono la loro esperienza in modo chiaro. Venne organizzato un incontro per uditori di voci, e queste 20 persone furono invitate a parlare. In questo articolo sono riportate le esperienze descritte dai partecipanti, così come i molti modi in cui esse affrontavano le proprie esperienze.

Una delle mie pazienti, una donna di 30 anni, per alcuni anni aveva sentito delle voci nella sua mente. Queste voci le davano ordini, o le proibivano di fare determinate cose. Le voci la dominavano completamente; fu ricoverata in ospedale molte volte e diagnosticata schizofrenica. I neurolettici non avevano alcun effetto sulle sue voci, sebbene riducessero l'ansia che esse provocavano, ma la terapia farmacologica riduceva anche la sua vigilanza mentale. Per questo motivo, cioè rimanere vigile, la mia paziente iniziò a non assumere terapie per lunghi periodi di tempo e a non rimanere ricoverata per troppo tempo in ospedale. Ciononostante, le voci la isolavano sempre di più, proibendole di fare alcune cose che lei aveva sempre amato fare.

Un anno prima la mia paziente iniziò a parlare con sempre maggior insistenza di suicidio. Sentivo che stava prendendo una strada senza ritorno. L'unico argomento positivo nella nostra comunicazione allora era la teoria da lei sviluppata circa il fenomeno delle voci. Questa teoria si basava su un libro scritto dallo psicologo americano Julian Jaynes (1976) – *"L'origine della consapevolezza nell'esaurimento della mente bicamerale"*. La mia paziente si sentiva rassicurata dal fatto che l'autore descriveva il sentire le voci come un modo normale di prendere decisioni nell'antichità, fino a circa tredici secoli avanti Cristo. Secondo Jaynes, in seguito il sentire le voci scomparve e fu sostituito da ciò che oggi chiamiamo "consapevolezza".

Iniziai a domandarmi se lei potesse comunicare in maniera efficace, specialmente con altre persone che sentivano anch'esse le voci, e se la sua teoria avrebbe potuto essere accettata da altri con la medesima esperienza. Questo fatto avrebbe potuto avere un effetto positivo sul suo isolamento, sulla sua tendenza suicida, e sul suo sentirsi "dipendente" dalle voci Io e lei cominciammo a progettare insieme come lei avrebbe potuto condividere alcune delle sue esperienze ed opinioni.

Da questo punto in poi, le cose progredirono rapidamente. Intervenendo in un programma molto seguito della televisione olandese, io e la mia paziente invitammo la gente a contattarci. Finito il programma, 700 persone risposero al nostro appello: 450 di loro sentivano voci. Di queste, 300 riferirono di non essere in grado di affrontarle e 150 dissero di poterle gestire. Le risposte di quest'ultimo gruppo ebbe per me una particolare importanza nell'incoraggiarmi ad organizzare un congresso per uditori e uditrici di voci che avessero voluto scambiare idee sulle loro esperienze.

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

Spedimmo un questionario a tutte le persone che risposero al programma televisivo per avere da loro maggiori informazioni. Tra quelli che restituirono il questionario, selezionammo un certo numero di persone che riuscivano ad affrontare le proprie voci e le invitammo a partecipare ad un colloquio sui loro modi di affrontarle. Selezionammo 20 persone che pensavamo fossero in grado di spiegare le loro esperienze in modo chiaro e che avrebbero desiderato parlare dell'esperienza ad altri che, viceversa, non erano in grado di gestire le proprie voci. Queste 20 persone divennero gli oratori di un congresso a cui parteciparono 300 uditori di voci, che ebbe luogo il 13 ottobre 1987.

Il congresso si svolse in un grande edificio appartenente a un sindacato di lavoratori, e non era collegato né fisicamente né amministrativamente ad alcuna istituzione, sia psichiatrica che medica in generale. Sebbene l'organizzazione e la gestione dell'incontro vide impegnati attivamente membri del servizio psichiatrico, gli oratori dell'assemblea plenaria erano tutte persone che avevano risposto alla trasmissione televisiva e che sentivano voci. Dopo la sessione plenaria del mattino, ci fu una serie di gruppi di lavoro più piccoli, della durata di un'ora, con la partecipazione di facilitatori del dipartimento di psichiatria, il cui compito non era gestire il dibattito ma piuttosto fornire assistenza e sostegno quando necessario.

L'atmosfera generale dell'intero congresso era quella di un incontro di un gruppo di persone con interessi ed esperienze comuni. Sebbene furono discussi gli aspetti sanitari di queste esperienze, non c'era la sensazione che si trattasse di un convegno medico o di pazienti medici. I partecipanti condivisero liberamente le proprie esperienze, le loro molteplici interpretazioni, comprese opinioni religiose o svariate altre reazioni umane, e il loro approccio per affrontare le esperienze. Ovviamente alcuni erano turbati dalle loro voci considerandole come parte di una malattia mentale, ma molti avevano modi molto diversi di comprensione di quest'esperienza e apparivano competenti, non disabili, e secondo la propria opinione della natura delle voci, in nessun modo "malati".

La considerevole gamma di esperienze descritte dai partecipanti e i molti modi in cui essi le gestivano, con o senza successo, possono essere visti da molte prospettive. Sembra più utile suddividere i risultati in tre possibili *fasi* giudicate rilevanti per l'affrontamento delle voci:

- La fase della sorpresa: l'inizio solitamente improvviso, principalmente un'esperienza di paura.
- La fase dell'organizzazione: il processo di selezione e la comunicazione con le voci.
- La fase della stabilizzazione: il periodo in cui viene acquisito un modo più costante di gestire le voci.

Molti dei partecipanti descrissero fasi simili a questi tre tipi. Ad esempio, uno degli intervenuti distinse le seguenti fasi del processo di affrontamento delle voci: (1) paura, ansia e fuga; (2) ricerca del significato delle voci e accettazione di esse come fattori indipendenti e (3) accettare sé stessi, analizzare da cosa si cerca di fuggire, ribaltare il confronto con le voci e non cercare più di fuggire.

In questo rapporto, illustriamo le tre fasi riscontrate tra le persone che hanno imparato a gestire le proprie voci. Inoltre, forniamo informazioni emerse dal questionario circa la frequenza delle esperienze e i meccanismi descritti per farvi fronte.

La fase della sorpresa

Secondo la maggior parte di chi sentiva le voci, queste si manifestavano piuttosto improvvisamente, in un momento che tutti ricordano bene. Solitamente si trattava di un'esperienza sorprendente e ansiogena.

"Alle dieci del mattino di una domenica, improvvisamente fu come se avessi ricevuto un enorme colpo in testa del tutto inaspettato. Ero solo, e c'era un messaggio: un messaggio che avrebbe fatto arricciare il naso anche

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

ad un cane. Istantaneamente fui in preda al panico e non potevo impedire che accadessero cose terribili. La mia prima reazione fu: che diavolo sta succedendo? La seconda fu: probabilmente è la mia immaginazione. Poi pensai: No, non è immaginazione, devo prendere la cosa sul serio".

L'età dell'esordio dell'esperienza iniziale delle voci variava molto da soggetto a soggetto. Molti di coloro che avevano risposto al questionario dichiararono che le loro voci erano iniziate nell'infanzia. Per il 6% di loro l'esordio avvenne prima dei 6 anni di età; per il 10% tra i 10 e 20 anni di età. Una donna tra gli intervenuti raccontò la sua prima esperienza da bambina:

"Per quanto posso ricordare ho avuto sempre una voce, e più tardi altre voci dentro di me. I miei primi ricordi delle voci risalgono all'epoca della scuola materna. Forse può sembrare strano, ma avevo due "io". Un io da bambina normale, adatto alla mia età, ed un io adulto. La voce si adattava all'io. Parlava con un linguaggi per bambini a me bambina e un linguaggio da adulti all'altro io. L'io adulto scomparve gradualmente nella scuola elementare. Da bambina, non percepivo come strani questi due io. Infatti, per un bambino nulla è strano."

Un rappresentante del gruppo di chi aveva iniziato a sentire le voci nell'adolescenza, in un periodo di sviluppo dell'indipendenza personale, ci raccontò:

"Nel 1977, dopo le superiori, decisi di andare a vivere per conto mio. Devo dire che la vita da studente era affascinante, ma non dormivo abbastanza e non mangiavo con regolarità. Dopo 4 mesi, volevo dipingere un grande muro bianco della mia stanza. Quel muro mi sfidava. Dipingere è un po' come trasmettere qualcosa dalla tua testa alle tue mani. Iniziai a dipingere una foresta scura sul muro, con un rettile in primo piano. Ho sempre saputo "ascoltare" i colori, trasmettono vibrazioni. Riesco a sentire il nero, il rosso e il marrone scuro. Mentre dipingevo, c'era un silenzio di tomba nella stanza. La radio non era accesa e in questo silenzio, qualcosa di spaventoso stava lentamente crescendo. Stava per accadere qualcosa di minaccioso. Ebbi la sensazione di non essere più solo nella stanza. Poi sentii un suono monotono nelle orecchie che non proveniva da me e che era inspiegabile. Era un po' come il suono acuto che si sente con le orecchie tappate, solo che questo suono era più basso e più monotono. Sentivo che "qualcosa" mi stava cercando".

Antefatti alla comparsa iniziale delle voci

Alla domanda se l'esordio delle voci fosse dovuto ad un evento specifico, il 70% degli intervistati rispose che le voci erano iniziate dopo un evento traumatico (traumatico = emotivo), come un incidente (4%), un divorzio o un lutto (14%), una seduta di psicoterapia (12%), episodio di spiritismo (4%) ed altri eventi come una malattia, un innamoramento, un trasloco o una gravidanza (36%).

L'impatto delle voci

Le persone che avevano iniziato a sentire le voci dopo un trauma, descrissero due impatti generali. Il primo impatto era che le voci erano d'aiuto, l'inizio di un processo integrato di reazione. Le voci evocavano una sensazione di riconoscimento o segnavano un periodo di riposo dopo un periodo triste. In seguito, queste persone pensavano che lo scopo delle voci era rafforzativo, per esempio, o facevano aumentare la loro autostima. Le voci erano percepite come positive e come aspetti comprensibili del loro io interiore.

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

Per altri intervistati, le voci erano considerate aggressive e negative fin dall'inizio. Una donna disse: *"Le voci positive improvvisamente erano accompagnate da quelle che io chiamo "veri imbroglioni" che potevano diventare molto cattivi" e che "arrivavano da tutte le parti: nella mia testa, dietro di me, davanti a me. Sembrava come se delle linee telefoniche lavorassero dall'interno del mio torace."* Tra questi soggetti, le voci erano ostili, e generalmente non erano accettate come parte di sé oppure come fenomeni generati internamente.

Le persone che consideravano le voci negative spesso le percepivano come la causa del caos nelle loro menti, e richiedevano un'attenzione tale da rendere quasi impossibile la comunicazione col mondo esterno. Un uomo riferì:

"In nessun momento, attraverso le voci, ero in contatto coi miei familiari, amici, vicini, colleghi, il mio psichiatra, la polizia, i servizi segreti, i criminali, i politici, i membri della famiglia reale ed altre persone note. Ero in contatto con piante, animali e cose. Ho persino scoperto "persone robot". Una volta, mio fratello venne a trovarmi e i suoi occhi erano un po' vitrei, la sua pelle era liscia. Pensai che fosse stato rimpiazzato da un robot. Dovevo stare attento, perché i robot sono dannatamente forti. Parlai con lui in maniera superficiale e feci in modo di sbarazzarmi di lui al più presto possibile".

La fase dell'organizzazione: come affrontare le voci

Molte persone tra gli uditori di voci ne erano disorientate e volevano fuggire. Per alcuni di essi, il periodo in cui sentivano le voci durava solo qualche settimana o mese. Per altri, questo periodo durava per anni. Dai colloqui emerse che dopo il panico e la sensazione d'impotenza, seguiva un periodo di grande rabbia verso le voci. Tuttavia, questa rabbia non sembrava essere una strategia proficua di affrontamento. Il signor R. ci disse:

"Ogni volta che pensavo di avere un contatto telepatico con le persone, andavo a visitarle. Se queste persone negavano di essere in contatto telepatico con me, allora litigavo con le voci. Così io e le voci ci rimproveravamo a vicenda e c'era molta comunicazione negativa. Questo non faceva che rendere le voci più forti ed aggressive".

Un'altra strategia impiegata da chi aveva voci "nemiche" era ignorarle. Dal questionario venne fuori che solo il 33% degli intervistati riuscivano a ignorare le voci con successo. Questa strategia non sempre si dimostrava una buona soluzione. Lo sforzo fatto per ignorare le voci spesso portava ad una diminuzione dello scopo delle attività, come nella descrizione che segue:

"Alla fine decisi di ignorare le voci e chiesi ad esse di lasciarmi in pace. Nella mia ignoranza usai questa strategia nel peggiore dei modi. Non si può semplicemente mettere da parte qualcosa che esiste all'interno di sé e che si manifesta in modo così forte. Inoltre, il risultato di tale decisione sarebbe stato quello di privare le voci del loro diritto ad esistere a causa della mia mancanza di attenzione ed energia, e naturalmente non era questo che le voci volevano. Fino ad allora le voci erano sempre state gentili e amichevoli, ma cambiarono in maniera opposta: dicevano un sacco di cose strane e rendevano ridicole le cose che per me erano importanti. Era scoppiata una vera guerra civile, ma io ero determinato a vincere e continuai ad ignorare tutto, e lo feci tenendomi occupato per l'intera giornata. In quel periodo, riuscivo a risolvere i cruciverba più difficili, la mia casa non era stata mai così pulita e il mio orto non era stato mai così curato. Il risultato fu che la vita divenne più pacifica, ma in modo forzato; non riuscivo quasi più a rilassarmi".

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

La strategia più proficua, descritta dalle persone che sentivano le voci, era quella di selezionare le voci positive e ascoltare e rispondere solo a queste, cercando di capirle. La donna che aveva parlato dell'ignorare le voci, disse anche:

"Nel periodo in cui ignoravo le voci, con mia sorpresa scoprii che ce n'erano due che volevano aiutarmi. La mia prima reazione fu di mandarle via, perché tutta questa storia cominciava a darmi i nervi, ma queste insistevano nel dirmi che avevo bisogno di loro, e per essere sincera, mi resi conto che era vero. Le voci mi insegnarono a osservare, sentire e provare sensazioni. Per esempio, mi chiesero: "Come fai a sentirci e come facciamo noi a parlare con te?" ed io, molto furba, risposi: "Beh, vi sento con le mie orecchie e voi parlate con la vostra bocca" e la loro risposta fu: "Ah, davvero? Allora dov'è la nostra laringe, e nel contempo vorremmo che fossi più attenta a come ci rispondi". Ero molto divertita da questa osservazione. All'inizio prendevo tutto alla lettera, il che non migliorava la già tesa relazione con le mie voci. Poi concordammo di dire tutto due volte, almeno le cose più importanti: la prima volta come avevamo sempre fatto, e la seconda ricorrendo a simboli in maniera espressiva. Inizialmente ci prendevamo in giro. Non ero affatto abituata a pensare per simboli, ma riuscii immediatamente a mettere in pratica quello che mi avevano insegnato e come risultato cominciai a sentirmi meglio".

Accettare le voci appariva in relazione ad un processo di crescita verso l'assunzione di responsabilità per le proprie decisioni. Non possiamo sempre biasimare gli altri dei nostri problemi. Oppure, come descritto da qualcuno, si deve imparare a pensare a sé stessi in modo positivo, questo vale anche per le voci e per i problemi.

Un'altra strategia che veniva spesso menzionata era "disegnare i limiti" o "strutturare il contatto", accompagnata o meno da atti rituali o ripetuti. Qualcuno che sentiva voci negative e portò un esempio di come le interpretava:

*"Devo dirvi di essere stato attaccato dal male. Con la volontà del mio io, ho scelto di non essere identificato col male. Il male dentro di me, il male negli altri, il male nelle cose che mi circondano: non voglia che esista. Ecco perché faccio dei gesti. Potete farlo anche voi dentro le vostre menti. Penso che potete lasciarvi le voci alle spalle solo attraverso la gestualità fisica. "Questo non fa per me, butto via il messaggio". Ciò mi dà una sensazione di sollievo, e poi penso: "Ecco, che liberazione da tanta spazzatura". Poi, rispedisco il messaggero e grido forte o nella mia mente "Vattene dai tuoi amici, non mi scocciare". Questo è il primo passo. Il secondo passo è scegliere con la mia volontà di mettermi in contatto, di associarmi con la luce che è in me, la cosa più meravigliosa che ci sia. Possiedo una fonte di calore e un nucleo di salute, fatto di pura energia salutare. So che q*uesta cosa è presente in ogni essere umano e che possiamo scegliere se metterci in contatto o no".

Dalla sezione precedente, emergono due dimensioni di relazionarsi alle voci: (1) L'amicizia o l'ostilità sentite, e (2) la relazione o la collocazione della voce in relazione all'"ospite" o persona che sente la voce. Alcuni degli intervistati integravano le voci come nemici accettati ed ostili. Tuttavia, non c'è una semplice associazione tra l'interiorità, amicizia, e l'accettazione o ostilità, esteriorità, e tentativi di respingere, ignorare o controllare le voci. Nella sezione che segue, sentiremo parlare di modalità di affrontamento che hanno funzionato per gli intervistati ed i partecipanti al congresso.

La fase della stabilizzazione

Le persone che avevano imparato ad affrontare le voci svilupparono un certo equilibrio. In questa stabilizzazione, i soggetti consideravano le voci come parte di sé stessi. Le voci fanno parte della vita e del

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

sé, e possono esercitare un'influenza positiva. In questa fase, l'individuo è in grado di scegliere se seguire i consigli delle voci oppure le proprie idee personali. Queste persone possono dire: "Sento le voci, e ne sono felice". Una donna ci disse:

"Loro (le voci) mi mostrano dove sbaglio a fare le cose e mi insegnano come dovrebbero essere fatte, ma mi lasciano libera di scegliere se veramente voglio cambiare o lasciare le cose come stanno. Le voci pensano che il modo in cui ascolto la musica non sia giusto. Io mi perdo nella musica, ed esse pensano che dovrei ascoltarla, ma non ho voluto fare lo sforzo. Non capisco a cosa serva. Tale decisione viene presa in considerazione reciproca, ma spetta a me la scelta finale, e le voci si sono sempre adeguate".

Un altro uomo ci disse:

"Più tardi, era come se la vita rallentasse un po'. Navigavo in acque più calme e potevo concentrarmi nuovamente sulla mia vita".

Una terza donna raccontò:

"Quando cadi dalla bicicletta, non la getti via, ma continui nella giusta relazione con essa. Crei un bellissimo giro in bicicletta, come se potessi raggiungere il tuo io profondo. Alla fine, sento di non essere né vincitrice né vinta, ma è come se la mia vita avesse una nuova dimensione, che posso osare di gestire e che può risultare utile, dopo tutto".

Confronto tra le persone che affrontavano bene le voci e quelle che non ci riuscivano

La frequenza dei diversi tipi di risposta al sentire le voci e di affrontarle, in questo gruppo di persone, è illustrato nella classificazione delle risposte al questionario che avevano compilato prima del convegno. Organizzammo i dati raccolti in base alla differenza tra persone che riuscivano ad affrontare le voci (gruppo A) e quelle che non ci riuscivano (gruppo B). Nella tabella 1 sono elencate solo le variabili che sembravano contraddistinguere i due gruppi. Molti (il 33,8%) riferirono di essere in grado di gestire bene le voci, mentre il restante 66,2% diceva di non riuscirci. Questi ultimi generalmente subivano voci negative ed aggressive, mentre gli altri le trovavano positive ed "amichevoli".

Il processo di affrontamento è complesso e comprende molte varianti, in questo campione preliminare. Le dimensioni comuni comprendono: il significato attribuito alla voce, l'ostilità o l'amicizia percepite nella voce come interna e parte di sé oppure aliena ed esterna, la natura della voce (psicologica, medica, spirituale o come personificazione di un'altra persona). Il successo nell'affrontamento, come vedremo nella prossima parte, sembra comportare il raggiungimento una specie di accomodamento pacifico e l'accettazione della voce come "parte di me". Le strategie focalizzate sul voler ignorare una voce ostile, "non parte di me" sono molto meno adattabili. In questo frangente iniziale nello studio delle voci dalla prospettiva del paziente, possiamo solo suggerire un esame più approfondito di queste dimensioni, e della loro efficacia come strategie di affrontamento.

Quadri di riferimento

Nell'introduzione, abbiamo notato che la donna di 30 anni (una delle nostre pazienti) che sentiva le voci si sentiva in qualche modo rassicurata nell'adottare un preciso quadro di riferimento (Jaynes, 1976). Ci

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

chiedemmo se altre persone avrebbero condiviso questa sua teoria. Questa nostra aspettativa era alquanto ingenua, in quanto divenne chiaro che esistono molti altri quadri di riferimento, per gli uditori di voci. Questi quadri di riferimento comprendevano punti di vista psicodinamici, mistici, parapsicologici e medici. Ciascuna di queste prospettive trova degli esempi nelle opere di molti scrittori conosciute dai partecipanti al convegno (Jung 1961; Ehrenwald 1978; Pierrakos 1979; Roberts 1979; Atkinson 1985). Allo scopo di classificare in qualche modo i quadri di riferimento, usammo due categorie principali: (1) considerare le voci un fenomeno psicologico proveniente dall'interno dell'individuo (ad es. origini di tipo mistico, psicodinamico o parapsicologico) e (2) considerare le voci un fenomeno le cui cause risiedono principalmente al di fuori delle caratteristiche psicologiche della persona.

Considerare le voci un fenomeno correlato a caratteristiche psicologiche "non mie" (della persona)

Questa prospettiva, descritta da molti partecipanti al convegno, ha le sue origini in molte fonti scolastiche. Il punto di vista di Carl Jung (1961), ad esempio, era di tipo psicodinamico: gli impulsi provenienti dall'inconscio "parlano" con gli esseri umani attraverso visioni e voci. L'opera di Jung interessava molti "uditori di voci". Leggendo i suoi libri, erano convinti di aver sviluppato una miglior comprensione delle loro voci e di cosa le voci cercavano di dire.

Un'altra teoria psicodinamica rilevante si concentra maggiormente sui meccanismi psicodinamici nella gestione delle emozioni. Si parte dal presupposto che un essere umano reagisca ad un'esperienza estremamente traumatica, (ad es. l'incesto, atteggiamenti sadici nell'educazione, incidenti che mettono a repentaglio la vita, essere presi in ostaggio e fatti di guerra), isolandone il ricordo dalla consapevolezza. Il trauma quindi ritorna in forme di "flashback", sentirsi perseguitato, voci aggressive o immagini terrificanti (Putnam 1987). Alcuni oratori del convegno apparentemente usavano questa strategia d'interpretazione delle proprie voci come meccanismo di affrontamento per reagire alle emozioni provocate da certi eventi della vita.

I mistici hanno una spiegazione del sentire le voci che non si basa sulla paura ma sullo sviluppo (Roberts 1979). Spesso presuppongono che le persone abbiano di espandere la propria consapevolezza sviluppandone il lato spirituale. Le voci stesse possono essere viste come parte di questa espansione. Con un'adeguata formazione, le persone sono in grado di superare i loro limiti verso un ego spiritualmente creativo, divino e/o cosmico.

Una terza spiegazione "psicologica" è fornita dalla parapsicologia. Da questa prospettiva, le voci possono essere viste come generate da una dote speciale o dall'essere sensitivo. E' persino possibile che una persona sia un medium per altre. In questo modo, le voci si manifesterebbero in un contesto di maggior consapevolezza. Lo scopo della parapsicologia è gestire questa "sensitività" a beneficio proprio o altrui. Da questo punto di vista, una persona non vorrà perdere la propria sensitività, ma piuttosto affrontarla. E' importante definire dei limiti, per imparare a gestire la sensitività anziché esserne sopraffatti.

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

Tabella 1 – Le differenze tra soggetti con rapporti di "buon affrontamento" e "cattivo affrontamento"

		Gruppo A buon affrontamento %	Gruppo B cattivo affrontamento %
Natura delle voci			
• Prevalentemente amichevoli		24	18
• Amichevoli, aggressive o che danno ordini		25	17
• Prevalentemente negative		15	39
Chi è più forte?			
• Io		85	50
• Le voci		15	50
Come affronti le voci?			
• Selezionandole	Sì	50	15
	No	50	85
• Definendo limiti	Sì	50	33
	No	50	67
• Distraendomi	Sì	25	40
	No	75	60
Devi obbedire alle voci?			
• Sì/talvolta		40	75
• No		60	25
Riesci a ignorare le voci?			
• Sì		58	28
• Talvolta		6	34
• No		35	37
Le voci interferiscono col contatto con gli altri?			
• Sì		32	75
• No		68	25
Le voci hanno il sopravvento su tuoi pensieri?			
• Sì		33	47
• No		67	53
Hai imparato ad affrontarle solo con le tue forze?			
• Sì		80	30
• No		20	70

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

Come interpreti le voci?			
• Come dei o spiriti	Sì	50	40
	No	50	60
• Come una buona guida	Sì	25	14
	No	75	86
• Come persone conosciute	Sì	15	35
	No	85	65
• Come un dono speciale	Sì	46	22
	No	54	78

Opinioni sulle voci come causate da fattori di origine non principalmente psicologica o esterne alla persona

Un gruppo di altre spiegazione diverse da quelle psicologiche, descritte dai partecipanti al convegno, ha una base fondata sulla psichiatria con orientamento biologico. Le voci sono viste come sintomo di una malattia, che si ritiene ancorata sul funzionamento biologico del cervello. Molti partecipanti dimostravano di avere questo tipo di opinione. Ad esempio, qualcuno disse: "Non ho mai pensato che le voci fossero qualcosa provenienti da fuori di me, io so che esse sono dentro di me e che posso fare qualcosa in proposito. Prendo farmaci quotidianamente, e so che dovrò continuare a farlo per il resto della mia vita. Tuttavia, ciò non mi dà fastidio. Sono 10 anni che lavoro come segretaria e mi sento bene".

Un altro gruppo ancora di spiegazioni non psicologiche fu presentato soprattutto dalla Società per la Medicina Naturale, un gruppo che interpreta le voci come spiriti erranti dei morti. Alcuni gruppi religiosi, come i Testimoni di Geova, considerano le voci come demoni. Ad esempio, un'altra persona disse: "Sentivo da tre a cinque voci diverse. Erano asessuate e mi minacciavano sempre. Dovevo fare esattamente quello che mi dicevano. Un giorno mi ordinarono persino di uccidere il mio patrigno e ritornai in me all'ultimo momento. Poco tempo dopo, mi ricoverai volontariamente in ospedale. Mi diedero dei farmaci, ma le voci continuavano a persistere. Grazie al mio hobby, cioè arte e storia medioevali, cominciai a leggere la Bibbia. Secondo me, nella Bibbia, Gesù guariva persone come me. E' la parabola dell'uomo posseduto (Matteo VIII, versetti 1-5 e Marco V, versetti 2-20)."

Entrambi i quadri di riferimento sopra descritti conducono a certe strategie d'affrontamento logicamente associate con le spiegazioni teoriche seguenti:

Il gruppo 1 comprende:
- Psicodinamica: psicoterapia focalizzata su archetipi ed emozioni separate.
- Misticismo: formazione mistica (ad es. meditazione ed esperienze trascendenti).
- Parapsicologia: imparare come gestire livelli diversi di consapevolezza, mantenendo il controllo sulla propria sensitività.

Il gruppo 2 comprende:
- Psichiatria biologica: terapie farmacologiche.
- Medicina naturale: scorta dei defunti erranti
- Religione: guarigione con la fede.

Se si vogliono applicare prove di affrontamento, ci sembra molto importante che i soggetti adottino un quadro di riferimento, per attribuire qualche significato alla voce; altrimenti sarebbe molto difficile la fase

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

di organizzazione della propria relazione con la voce o le voci per far diminuire l'ansia. E' molto interessante che, almeno in termini di sforzi di affrontamento, sembra inopportuno che i soggetti adottino un quadro di riferimento che tende a scoraggiare i loro tentativi di padroneggiare le voci. Considerare le voci come collegate ad influssi elettronici è un esempio di questo fatto. La spiegazione offerta dalla psichiatria biologica può anche non essere d'aiuto nell'affrontare le voci perché anch'essa pone il fenomeno al di là della capacità del singolo.

Il paradigma psichiatrico e la cura

Un'ipotesi che potrebbe essere stata generata da questo congresso, è quella che il considerare la "riduzione" del sentire le voci come un fenomeno patologico, non è molto vantaggioso nell'aiutare i pazienti a gestire queste esperienze, oltre a poter essere inesatto. Fuori dal mondo della psichiatria, (Ehrenwald, 1978), molte persone sentono le voci e sono abbastanza in grado di gestirle, anche quando percepiscono le voci come un fattore di arricchimento della propria vita. Così, nelle professioni della salute mentale, può valer la pena analizzare più dettagliatamente quali quadri di riferimento e strategie d'affrontamento sono più indicati per i pazienti che sentono le voci, in modo da aiutarli in maniera più efficace ad imparare come gestire quest'esperienza.

I passi principali di questo processo sono i seguenti:

- Accettare l'esperienza delle voci *del* paziente. Quelle voci sono spesso più penetranti delle percezioni sensoriali.
- Cercare di capire il diverso linguaggio che i pazienti usano per descrivere il loro quadro di riferimento, così come il diverso linguaggio che le voci usano per comunicare. Spesso, si tratta di un mondo di simboli e sensazioni. Ad esempio, le voci possono parlare di luce e oscurità per esprimere rispettivamente amore ed aggressività.
- Considerare l'aiuto da fornire al soggetto per comunicare con le sue voci. Possiamo comprendere in questo le questioni della differenziazione tra voci buone e cattive, e dell'accettazione delle emozioni negative provate dalla persona. Tale accettazione può essere assistita, qualora venga fornito sostegno per rafforzare l'autostima.
- Stimolare il paziente ad incontrare altre persone con esperienze simili e a leggere pubblicazioni sul sentire le voci, allo scopo di sminuire il tabù e l'isolamento.

Per la maggior parte degli psichiatri, questi passi richiederanno un allargamento della propria prospettiva, oltre ad ampliare le teorie generalmente accettate nell'ambito della loro professione. Siamo molto interessati ai pareri altrui circa le esperienze con cui hanno avuto a che fare e che possono essere messe in relazione ai suggerimenti da noi ricevuti dai partecipanti al congresso che abbiamo fin qui descritto.

Bibliografia

Atkinson, J.M. *Schizofrenia: A Guide for Sufferens and Their Families.* Wellingborough: Turnstone Press, 1985.
Ehrenwald, J. *The ESP experience.* New York: Basic Books, 1978.
Jaynes, J. *The Origin of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind.* Boston: Houghton Mifflin, 1976.
Jung, C. *Memories, Dreams, Reflections.* New York: Pantheon Books, Random House, 1961.
Pierrakos, E. *The Path.* New York: Phoenicia, 1979.

Putnam, F. *"Dissociation as a Respose to Extreme Trauma Diagnostic Workshop"* (presentato a un corso sulla diagnostica), Free University, Amsterdam, 1987.
Roberts, J. *Seth Speaks. The Eternal Validity of the Soul.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1979.

Pubblicato per la prima volta in "Cognitive Behavioural, Interventions with Psychotic Disorders" di Gilian Haddock e Peter Slade, cap. 8, pagg. 137-150, Routledge, Londra.

L'EMPOWERMENT DELLE PERSONE CHE SENTONO LE VOCI

Marius Romme e Sandra Escher

Presentazione

In questo capitolo intendiamo dimostrare che le persone che sentono le voci nella popolazione normale anche quando non esiste prova di un disagio psichico (Tien, 1991, Eaton ed altri, 1991) e che la presenza riferita di allucinazioni verbali non sempre è correlata alla psicopatologia (Barret ed Etheridge, 1992).

Malgrado ciò, udire le voci non si verifica in disagi psichiatrici specifici in percentuali molto più elevate rispetto alla popolazione normale. Ad esempio, schizofrenia 53% (Landmark ed altri, 1990), disordini affettivi maggiori, 28% (Goodwin e Jameson, 1990) e la popolazione normale, 2,3% (Tien, 1991). Sebbene questi due tipi di informazioni appaiono contraddittori, esistono due possibili collegamenti. Per prima cosa, può essere che vi sia una connessione tra caratteristiche specifiche dell'udire le voci e l'esistenza di malattia psichiatrica, o in secondo luogo vi può essere una connessione tra l'udire le voci e i problemi del vissuto della persona. Nel secondo caso, è possibile che i pazienti psichiatrici possono aver vissuto più problemi che hanno trovato difficile affrontare rispetto all'individuo medio.

Nella nostra ricerca, non abbiamo trovato un collegamento tra le caratteristiche del sentire le voci e malattie psichiatriche specifiche. Questo ci ha portato a domandarci se sentire le voci ha un ruolo funzionale nell'aiutare ad affrontare i problemi della vita quotidiana. In termini più crudi: siamo di fronte a una strategia di sopravvivenza anziché ad un sintomo di una malattia particolare? Se è così, allora dovrebbe esistere un collegamento tra l'udire le voci, il vissuto e le circostanze di vita. Per approfondire ulteriormente questa domanda che ci siamo fatti, abbiamo condotto un esperimento dove abbiamo riunito un gran numero di persone che sentivano le voci. All'interno di questo gruppo di uditori di voci, abbiamo messo a confronto le persone che riuscivano ad affrontare bene le loro voci con quelle che sentivano di non poterle affrontare.

In questo capitolo illustreremo i risultati di questa nostra indagine, cui faremo seguito con brevi esempi di casi specifici. Questi esempi dimostreranno come la connessione tra l'udire le voci, il vissuto e le circostanze di vita si manifesta e come tale connessione possa essere gestita per apprendere ad affrontare l'esperienza del sentire le voci. Questi esempi potrebbero anche dimostrare che, nella misura in cui il fenomeno in questione viene visto come sintomo di malattia, e la cura si focalizzi su questo disagio, i problemi della vita quotidiana e le sue circostanze, espressi dalle voci, non trovano alcuna soluzione.

Sentire le voci nella popolazione normale

Alla fine del XIX secolo, Sidgewick (1894), dimostrò che il fenomeno del sentire le voci compariva nel 2% della popolazione normale. Recentemente, Tien (1991), ha replicato questa ricerca, con l'ausilio del National Institute of Mental Health (NIMH) facendo ricorso al suo programma di bacino d'utenza epidemiologico utilizzando la Diagnostic Interview Schedule strutturata per le allucinazioni uditive (DIS, Robins ed altri, 1981). Egli riscontrò un tasso prevalente del 2,3%, nell'ambito di un sondaggio svolto tra 15.000 membri della popolazione generale. Solo un terzo di queste persone sofferenti di allucinazioni riportarono sofferenze o menomazioni della funzionalità (livello 5 della DIS, equivalente al criterio di diagnosi psichiatrica). Eaton ed altri (1991) selezionarono un campione di 810 soggetti in base allo stesso programma

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

del NIMH. Essi riscontrarono un tasso prevalente di allucinazioni uditive del 4% dedotto dagli psichiatri usando la stessa DIS. Solo una piccola minoranza del campione (16%) corrispondeva ai criteri di diagnosi psichiatrica.

Negli anni Ottanta, Posey e Losch (1983) e Bentall e Slade (1985) svilupparono un questionario per asseverare i diversi aspetti delle esperienze di allucinazione uditive. In entrambi gli studi gli autori riscontrarono un numero di studenti normali che sostenevano di aver avuto esperienze di questo tipo. Più recentemente, Barret ed Etheridge (1992) replicarono lo studio di Posey e Losch (1983) usando il proprio questionario sulle allucinazione uditive, riscontrando le stesse frequenze riportate da Posey e Losch su tutte le domande elencate. Successivamente, condussero un secondo studio dove misero a confronto persone con allucinazioni e persone senza allucinazioni sulle tendenze verso la psicopatologia. Essi usarono il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) per le dieci scale cliniche standard (Graham, 1987). Essi riscontrarono altrettante persone tra il gruppo con allucinazioni e in quello senza allucinazioni con un punteggio di scala superiore a settanta, che, secondo Graham, indica patologia. Questo risultato indica che udire le voci non può ragionevolmente essere spiegato solo come il risultato di una psicopatologia.

Sentire le voci nella malattia psichiatrica

Se udire le voci, in sé, non è il risultato di una psicopatologia, allora ci si può attendere che non possa essere legato a un disagio specifico e comparirebbe in una vasta gamma di disturbi psichiatrici e che la qualità delle voci non sarebbe correlata a diagnosi specifiche. Allo scopo di effettuare una ricerca su questo punto in particolare, gli autori hanno stilato un inventario su un gruppo di pazienti sottoposti a cure in un centro territoriale di salute mentale di Maastricht in Olanda. A tutti i pazienti è stato chiesto da parte del proprio operatore (in molti casi un infermiere o infermiera di Comunità Psichiatrica) di compilare un questionario che comprendeva sia domande con molte possibilità di risposta sia domande con risposte specifiche, per sondare le esperienze allucinatorie.

Il campione totale consisteva di 288 pazienti, di cui 165 (pari al 57%) di sesso femminile. L'età media dei partecipanti era di 45 anni (con una variabilità di 13 anni in più o in meno), con un livello medio di 43 anni. Circa un terzo del campione era stato diagnostico un disturbo di tipo affettivo, un quinto aveva una diagnosi di schizofrenia e il terzo maggior gruppo diagnostico era disturbo della personalità (v. Tabella 8.1).

Il 28% (n=81) del campione riferiva di sentire le voci per un prolungato periodo di tempo. Le percentuali riscontrate all'interno dei due maggiori gruppi diagnostici, cioè il 53% degli schizofrenici e del 28% dei disturbi affettivi, furono simili a quelle trovate da altri ricercatori (Landmark ed altri, 1990; Goodwin e Jamison, 1990).

In questo studio, abbiamo anche paragonato la qualità delle allucinazioni percepite in relazione a questi due gruppi diagnostici maggiori.

Tabella 8.1. Allucinazioni uditive suddivise per diagnosi principali nel campione totale

	Totale	Uditori di voci	%
Popolazione totale	288	81	28

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

• Schizofrenia	62	33	53
• Disturbo affettivo	90	25	28
• Disturbo dissociativo	5	4	80
• Disturbo psicotico (NAO)	17	7	41
• Disturbo di personalità	48	6	13
• Altre diagnosi	66	6	9

Tabella 8.2. Confronto della qualità delle voci tra schizofrenia e disordine affettivo

Qualità delle voci	Schizofrenia		Disturbo affettivo	
	N	%	N	%
• Dalle orecchie	24	80	16	70
• Nella testa	19	63	15	65
• Nel corpo	3	11	1	4
• Fuori della testa	15	52	9	39
• In comunicazione	14	47	8	36
• Dall'interno del sé	7	24	8	17
• Dall'esterno del sé	28	93	18	78

Come indica la Tabella 8.2, non ci sono state differenze significative tra le persone con diagnosi di schizofrenia e quelle con diagnosi di disturbi affettivi per quanto riguarda la qualità delle voci.

Abbiamo tratto la conclusione che l'udire le voci è presente tra le persone con tipi di diagnosi molto diverse tra loro e che le caratteristiche qualitative delle allucinazioni non sono specifiche di una particolare diagnosi psichiatrica.

Affrontare bene e affrontare male

Se udire le voci di per sé non è il risultato di una psicopatologia, e nemmeno è specifico rispetto a una malattia psichiatrica particolare, allora diventa interessante analizzare le differenze tra le persone che riescono ad affrontare bene l'esperienza e quelle che non riescono a farlo.

Nel nostro studio precedente, abbiamo riunito un gruppo di uditori di voci (Romme ed Escher, 1989). Conducemmo tale studio in quanto nel nostro approccio clinico ci sentivamo piuttosto impotenti quando tentavamo di assistere le persone con allucinazioni uditive e non ci pareva di poter aiutare abbastanza molte persone sofferenti (una nozione già riferita come risultato di una precedente ricerca a cura di Falloon e Talbot, 1981). Anche quando la terapia farmacologica aiuta a ridurre l'ansia o il senso di caos, si deve continuare a prescrivere farmaci profilattici, altrimenti le voci, insieme agli impedimenti che le accompagnano, in molti casi riapparivano. Molti dei nostri pazienti non sapevano come affrontare positivamente le loro voci. Come conseguenza di queste osservazioni, ci siamo dedicati alla ricerca di un talk show televisivo disposto ad aiutarci ad analizzare più compiutamente questo fenomeno. Una paziente con allucinazioni uditive raccontò la sua

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

storia durante una trasmissione televisiva e chiese che le persone con la sua stessa esperienza e che riuscivano ad affrontarla bene telefonassero alla fine del programma, dato che appunto a noi interessava entrare in contatto con persone in grado di aiutare i nostri pazienti in tal senso. Il risultato fu inaspettato, dato che pervennero più di 500 risposte da parte di soggetti che dissero di sentire le voci. Abbiamo fatto seguito inviando loro un questionario allo scopo di ottenere maggiori informazioni rispetto alle caratteristiche delle voci, la storia clinica delle persone e, cosa più importante per noi, la loro capacità di affrontamento e i metodi utilizzati. Dal questionario, apprendemmo che c'era una quantità consistente di persone che riuscivano ad affrontare bene le voci, ma con nostro grande stupore ricevemmo anche questionari da persone che non erano mai stati pazienti psichiatrici. Eravamo interessati in modo molto particolare ad analizzare i metodi di affrontamento usati da questi ultimi. Decidemmo di organizzare un convegno per permettere agli uditori di voci di incontrarsi e scambiarsi le proprie esperienze. Questa conferenza si tenne ad Utrecht nel 1987 e ne derivò la formazione di un'organizzazione per gli uditori di voci. Questa organizzazione attualmente conta su più di mille associati. Incontrando un gran numero di queste persone, avemmo l'opportunità di intervistare sia una parte di "buoni affrontatori" che di "cattivi affrontatori" parlando delle loro esperienze e dei metodi che utilizzavano. Vorremmo iniziare con un rapporto su alcuni dati raccolti tramite i questionari mettendo a confronto i buoni e cattivi affrontatori, e i pazienti e i non-pazienti (Romme ed altri, 1992).

Il questionario consisteva di 30 domande a risposta libera e venne distribuito a 450 persone sofferenti di allucinazioni uditive a livello cronico o che sentivano qualche voce. Su 254 risposte ottenute, 186 poterono essere utilizzate come base della nostra analisi. Esistevano tuttavia dubbi se 13 di queste 186 persone in realtà provavano effettivamente allucinazioni vere e proprie, pertanto le escludemmo. Dei rimanenti 173 casi, 58 riferivano di riuscire ad affrontare le proprie voci.

Le differenze tra buoni e cattivi affrontatori esistevano in ciò che poi abbiamo definito come "struttura di potere" tra le voci e l'uditore, e anche nelle strategie poste in atto. La tabella 8.3 mette a confronto la struttura di potere tra coloro che sostenevano di affrontare bene le voci (gruppo A) e coloro che al contrario dicevano di non essere in grado di farlo (gruppo B).

La tabella 8.3 indica che il gruppo A si sentiva significativamente più forte rispetto alle voci (72%) mentre il gruppo B percepiva le voci come più forti di loro. Le disparità più rilevanti tra i due gruppi sono:

- Coloro che non sapevano affrontare (gruppo B) spesso sentivano che le voci erano più forti del sé.
- Coloro che non sapevano affrontare (gruppo B) spesso percepivano voci in maniera negativa.
- Coloro che sapevano affrontare (gruppo A) provavano voci meno imperiose.

Tabella 8.3. Confronto delle strutture di potere tra il gruppo A e il gruppo B.

	Gruppo A (Affrontamento +)	Gruppo B (Affrontamento -)
	58 (34%)	115 (66%)
Chi è il più forte?		
• Il sé	39 (72%)	40 (38%)
• La voce	5 (10%)	44 (42%)
• Altre risposte	9 (16%)	20 (19%)

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

• Nessuna risposta	5	11
		p<0,001
Natura delle voci		
• Positiva	16 (30%)	10 (10%)
• Contraddittoria	14 (26%)	17 (16%)
• Negativa	23 (43%)	75 (73%)
• Nessuna risposta	5	13
		p<0,001
Allucinazioni uditive imperative		
• Sì	10 (20%)	26 (24%)
• No	38 (74%)	41 (38%)
• Talvolta	3 (6%)	41 (38%)
• Nessuna risposta	7	7
		p<0,001

Abbiamo anche riscontrato disparità tra gruppo A e gruppo B in termini di tipi di strategie utilizzate. Questo è illustrato nella tabella 8.4. Il gruppo B usava strategie diverse rispetto a coloro che affrontavano bene le voci (gruppo A).

Tabella 8.4. Strategie di affrontamento confrontando buoni affrontatori (A) e cattivi affrontatori (B)

		Gruppo A	Gruppo B
	N totale %	affrontamento + N totale %	affrontamento - N totale %
Distrarsi			
• Sì	42 (24%)	10 (26%)	32 (43%)
• No	72 (42%)	29 (74%)	43 (57%)
• Nessuna risposta	59 (34%)		
			p<0,05
Ignorare			
• Sì	54 (31%)	31 (56%)	23 (25%)
• No	57 (33%)	21 (37%)	36 (39%)
• Talvolta	37 (21%)	4 (7%)	33 (36%)
• Nessuna risposta	25 (14%)		
			p<0,001
Ascoltare selettivamente			
• Sì	30 (17%)	19 (46%)	11 (14%)
• No	87 (50%)	22 (53%)	65 (85%)
• Nessuna risposta	56 (33%)		
			p<0,001
Stabilire dei limiti			

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

• Sì	44 (26%)	19 (48%)	25 (30%)
• No	79 (46%)	20 (51%)	59 (70%)
• Nessuna risposta	49 (28%)		
			p<0,001

Abbiamo trovato anche differenze nelle situazioni sociali tra i pazienti e i non-pazienti, indicate nella tabella 8.5. Le differenze principali sono state:

1. Tra i non-pazienti c'erano più persone sposate rispetto ai pazienti.
2. I non-pazienti ricevevano oppure percepivano più sostegno rispetto ai pazienti.
3. I non-pazienti erano più inclini a parlare delle loro voci rispetto ai pazienti.

Tabella 8.5. Interazione sociale tra i pazienti e i non-pazienti

	Non-pazienti N = 70	Pazienti N = 103
Stato civile	N = 58	N = 79
• Single	11 (19%)	30 (38%)
• Sposato /a	35 (60%)	31 (39%)
• Divorziato/a	11 (19%)	15 (19%)
• Vedovo/a	1 (2%)	3 (4%)
Sostegno percepito	N = 70	N = 96
• No	1 (2%)	47 (49%)
• Sì	69 (98%)	49 (51%)
Altre persone sono al corrente delle sue voci?	N = 70	N = 101
• No	1 (2%)	15 (14%)
• Sì	69 (98%)	86 (86%)

Lo schema seguente indica le disparità da noi osservate tra buoni e cattivi affrontatori:

Persone che affrontano bene le voci	*Persone che non vi riescono*
* considerano sé stesse più forti	* considerano sé stesse più deboli
* hanno voci più positive	* hanno voci più negative
* hanno voci meno imperiose	* hanno voci più imperiose
* pongono maggiori limiti alle voci	* non osano porre limiti alle voci
* ascoltano le voci selettivamente	* cercano di sfuggire alle voci ricorrendo maggiormente a distrazioni
* parlano più sovente delle loro voci con altri	

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

Le differenze più importanti tra buoni e cattivi affrontatori possono essere interpretate in relazione al sentirsi "più forti" non solo rispetto alle voci, ma anche all'ambiente circostante, cioè sentirsi meno minacciati e più sostenuti in questo ambito.

Empowerment dei soggetti

Ricevere supporto e avere l'opportunità di parlare delle proprie voci con altre persone sembra andare di pari passo con l'accettazione del fenomeno da parte di terzi. Come risultato del convegno del 1987 per gli uditori, si è fatta strada l'idea che tutte le persone che sentono le voci hanno avuto problemi con il fattore sociale del tabù collegato alle voci. E' difficile parlare delle voci con terzi senza essere considerate persone "strane", quindi l'empowerment degli uditori deve sempre aver luogo a livello sia individuale che collettivo.

Il nostro approccio abbraccia entrambi i livelli. Noi organizziamo convegni ogni anno come metodo di stimolo per il cambiamento della società, insieme ad incontri informativi presso gli ospedali psichiatrici e la conduzione di colloqui sia con pazienti che con non-pazienti, utilizzando i mezzi televisivi e gli organi di stampa più diffusi. Nei seguenti studi di casi abbiamo delineato il nostro tipo di approccio a livello individuale.

Studio di casi

Abbiamo sviluppato una scheda di colloquio che ci ha consentito di analizzare le dinamiche della relazione tra le voci e il vissuto dei pazienti che sentono le voci. Attualmente stiamo svolgendo un'indagine su questo tipo di relazione in maniera più sistematica, in uno studio che comprende tre gruppi di uditori di voci: quelli diagnosticati schizofrenici, quelli con diagnosi di disturbi affettivi e infine quelli mai diagnosticati dalla psichiatria, ma che sentono comunque le voci. I risultati di questo confronto non sono ancora disponibili. In questo capitolo, forniremo una descrizione di alcuni casi per illustrare le dinamiche esistenti tra il sentire le voci e la storia di vita della persona. Gli esempi che seguono illustrano diverse categorie di fattori della vita che influenzano la persona e che abbiamo riscontrato correlati all'apparizione delle voci.

1. Situazioni di vita intollerabili o insoddisfacenti;
2. Traumi recenti;
3. Aspirazioni o ideali;
4. Traumi infantili;
5. Intolleranza emotiva e controllo.

Quando discuteremo questi esempi, le seguenti aree sono in special modo interessanti per comprendere le dinamiche dell'interazione tra le voci e la storia di vita della persona:

- L'identità delle voci
- Le caratteristiche della loro comunicazione con la persona, ad esempio il modo di parlare, l'età delle voci e ciò che esse dicono
- Cosa scatena l'apparizione o la sparizione delle voci
- Quale importante cambiamento nella vita del soggetto è da mettere in relazione all'inizio dell'esperienza del sentire le voci
- Le caratteristiche delle fasi di crescita della persona e della sua infanzia, ivi comprese alcune esperienze particolari accadute in quel periodo.

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

Circostanze di vita intollerabili o insoddisfacenti

Una ragazza di 16 anni sentiva una voce che le diceva cose spiacevoli. Era una voce di sesso maschile che si faceva chiamare Erichem. Sullo sfondo, ella sentiva anche altre voci che la volevano aiutare, ma queste altre voci non erano molto potenti. In più, la ragazza sentiva le voci di parenti che erano deceduti. Li poteva vedere e poteva comunicare con loro. Tra di essi vi erano la nonna, il nonno e lo zio. A volte la ragazza riceveva profezie e tal altre vedeva auree colorate attorno alle persone.

La giovane donna aveva un problema solo con la voce sgradevole, che la faceva arrabbiare. Questa voce apparve per la prima volta quando lei aveva 14 anni ed aveva problemi col padre. Quest'ultimo era molto preoccupato della sua condotta e voleva controllare la sua vita. La voce di Erichem la trattava nello stesso modo in cui la trattava il padre. Ogni qual volta era tesa, la voce faceva la sua comparsa, ma quando era rilassata o, ad esempio, era impegnata a scuola, la voce scompariva. La voce di Erichem si rivolgeva direttamente alla ragazza e inoltre parlava di lei. Le voci dei famigliari deceduti si rivolgeva direttamente a lei e le davano consigli oppure offrivano soluzioni ai suoi problemi attuali.

Furono fatte le seguenti interpretazioni in relazione alle sue voci e alla storia della sua vita. L'identità della voce, per lei, non aveva alcun significato. Non riusciva ad immaginare una persona da collegare alla voce o a qualcuno in particolare. La voce si identificava totalmente attraverso le proprie caratteristiche comportamentali. Questa era più o meno la stessa relazione che lei aveva avuto verso il padre. La relazione era dominata dal comportamento di lui e non possedeva le caratteristiche di una relazione personale come quella che la ragazza aveva con la madre. Il modo di dialogare di Erichem la rendeva furiosa. Questo era successo anche con suo padre, ma esprimere rabbia verso il padre non era affatto possibile.

Quanto segue fornì le premesse per iniziare un percorso di cura, iniziando dalla conferma della buona relazione con la madre, unitamente all'aumento delle sue strategie di affrontamento verso la rabbia contro Erichem. Talvolta, la madre la consigliava su come fronteggiare il comportamento di Erichem, cosa che lei riusciva a fare, poiché la madre riusciva ad affrontare meglio l'aggressività del padre, al contrario della figlia. Come prossimo passo, fu importante stabilire, con l'aiuto della madre, una relazione più personale con il padre piuttosto che sulla base di una relazione relativa alle esperienze dell'educazione della ragazza.

Questo significava che anche il padre doveva sentirsi coinvolto maggiormente a livello personale con entrambe le donne. Furono intrapresi ulteriori passi per assicurarsi che la figlia non assumesse più un ruolo da intermediaria nella cattiva relazione tra madre e padre. In questo approccio terapeutico, le interpretazioni psicodinamiche dirette non avevano molto senso. La ricerca di modi migliori di rapportarsi ai problemi della vita quotidiana fu molto più efficace e fu molto più appropriata. Questo può essere particolarmente importante per i giovani, nel loro sviluppo verso l'adultizzazione.

Traumi recenti

Sentire le voci a seguito della morte di una persona cara non è inusuale (Frantz, 1984). Solitamente si sente la voce di quella persona in particolare. Questo può succedere per un breve periodo di tempo, o, in alcuni casi, può perdurare. Ciò dipende soprattutto dai problemi succedutisi durante il periodo del lutto. E' meno risaputo che le voci possano apparire a seguito di altri tipi di eventi traumatici, come ad esempio un divorzio o la perdita di un lavoro. Quello che segue ne è un esempio:

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

Monique era una donna di 30 anni che venne licenziata e pensava di essere stata trattata in modo scorretto. La perdita del lavoro le causò un forte sentimento di incapacità. Provava una tale vergogna in merito a quanto le era accaduto che le rendeva difficile parlarne. Dopo qualche tempo, iniziò a notare che quando si trovava seduta al tavolino di un bar, ad esempio, sentiva persone sedute al tavolo dietro il suo parlare di lei e discutere di quanto le era successo.

Sentiva queste persone dire cose su di lei con la stessa esatta voce delle persone al bar. Si sentiva così minacciata ed angustiata che dopo un breve periodo doveva abbandonare il locale. La sua reazione andò oltre il pensiero che le persone parlassero di lei: udiva chiaramente cosa dicevano sul suo conto. L'identità delle persone attorno a lei non cambiava, ma solo le cose che dicevano e come si rapportavano al suo problema.

Facemmo la seguente interpretazione. Le identità delle voci erano quelle delle persone attorno a lei. Questo si confaceva al trauma subito in seguito alla perdita del lavoro. Aveva perso quel lavoro perché alcune persone di un'altra ditta avevano spettegolato su di lei. Quello che le voci dicevano si confaceva anch'esso con il trauma, poiché esse parlavano di quello che le era accaduto. Il trauma della perdita del lavoro era stato il cambiamento nella sua vita che aveva scatenato le voci.

Utilizzammo i seguenti interventi e strategie. Una spiegazione diretta della relazione tra le voci e la perdita del lavoro non era d'aiuto e inizialmente non fu accettata da parte di Monique. Fornimmo informazioni riguardo alla natura della sua esperienza. Partecipando ad un gruppo di auto-mutuo aiuto, Monique scoprì di non essere la sola ad aver avuto quel tipo di esperienza. Questo risvegliò in lei un interesse verso le sue voci e la aiutò a diminuire il senso di vergogna che provava. L'aspetto principale della terapia fu quindi di aiutarla ad avere il coraggio di cercarsi un nuovo lavoro. Le voci sparirono quasi completamente nel momento in cui iniziò a presentare domande di assunzione, e quando, finalmente, trovò un nuovo lavoro.

Aspirazioni ed ideali

In questa categoria abbiamo collocato quelle persone che sentono voci molto facilmente relazionabili a determinate aspirazioni o ideali. Alcuni esempi: quando le persone usano le loro voci per guidarle se devono prendere una decisione difficile e anche quando le persone lottano per ideali che non è possibile raggiungere, ad esempio negando la propria sessualità. Qui forniremo un esempio di un uomo le cui voci lo mettono a confronto con difficoltà riscontrate nel cercare di raggiungere determinati obbiettivi.

Quest'uomo era sposato ed aveva 27 anni quando venne al nostro centro di riabilitazione. Aveva iniziato a sentire le voci nella testa e talvolta anche attraverso le orecchie. Le voci erano di sesso maschile e femminile e parlavano tra loro. Egli non riconosceva le voci come quelle di persone che conosceva. I suoi stessi pensieri erano repressi dalle voci, al punto che quando le voci erano presenti, l'uomo non riusciva a pensare. Voleva sbarazzarsi delle voci poiché esse più che altro non facevano che criticarlo. Le voci comparivano soprattutto in situazioni stressanti. Queste situazioni erano correlate in special modo alla sua istruzione professionale di tipo amministrativo e contabile. In queste situazioni, le voci non facevano che peggiorare i suoi stessi pensieri negativi su di sé. Egli nutriva dubbi sulle sue possibilità di proseguire la sua formazione professionale e le voci confermavano questi dubbi in maniera esagerata. Le voci erano assenti quando l'uomo era da solo o con sua moglie. Di ciò avevamo conferma da un metodo di ricerca denominato *campionamento dell'esperienza* (de Vries ed altri, 1990).

I cambiamenti nella sua situazione di vita quando sentì le voci per la prima volta non erano chiari. Facemmo la seguente interpretazione. Le voci non appartenevano a qualcuno in particolare, non avevano una

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

chiara identità e distruggevano il suo stesso modo pensare. Così, arrivammo all'interpretazione che le voci lo mettevano di fronte ai suoi stessi dubbi circa la sua istruzione. Le voci potevano avere anche ragione. Le voci potevano essere più realistiche del suo ideale di proseguire e terminare la sua formazione con successo.

Nella terapia questo è un difficile dilemma, perché comporta delle conseguenze per la vita professionale e le possibilità lavorative della persona. Il terapeuta lo affrontò stimolando l'uomo a formularsi una propria opinione in merito alle cose che le voci gli andavano dicendo. Ci volle tempo prima che il terapeuta, discutendo con l'uomo, giungesse alla conclusione che la formazione professionale era troppo ardua. L'uomo migliorò, cioè le voci ridussero la loro frequenza, dopo che decise di interrompere il suo piano di studi. Allo stesso tempo gli venne offerto un lavoro non retribuito come portinaio in una scuola, che col tempo trovò di suo gradimento. Aveva dovuto rinunciare alle sue aspirazioni iniziali, ma così facendo conseguì un incremento della sua qualità di vita.

Traumi infantili uniti al controllo emotivo

Il trauma più noto, a seguito del quale compaiono le voci, è l'esperienza di un incesto. La ricerca di Ensink (1992), ha dimostrato che il 27% delle vittime di incesti del campione di ricerca sente le voci in uno stadio successivo della propria vita. Quello che più colpisce è che questo fenomeno si verifica quando il trauma risale a prima dell'età di 7 anni. Dato che ci sono altri tipi di trauma infantili associati al sentire le voci, qui abbiamo scelto di fornire un esempio sullo sviluppo delle voci a seguito di un trauma non specificamente correlato all'incesto.

Una giovane donna aveva iniziato a sentire le voci dopo il suo quattordicesimo compleanno. Quando raggiunse l'età di 23 anni, le voci iniziarono a peggiorare e il suo comportamento verso di esse iniziò a cambiare. Da quel momento, iniziò a sentire voci che le leggevano la mente. Questo accadeva due volte la settimana, talvolta la cosa durava fino a otto ore e si verificava ogni mercoledì e ogni domenica. Quando era in questo stato, era incapace di fare alcunché. All'inizio, le voci erano di sesso femminile. Prima del momento in cui le voci iniziassero a peggiorare, aveva incontrato qualche problema all'interno di una associazione studentesca femminile. Durante la fase di ammissione all'associazione, aveva avuto a che fare con argomenti di carattere sessuale che l'avevano sconvolta. In seguito, la ragazza temeva di essersi comportata in maniera ridicola e a seguito di ciò non aveva più preso parte a riunioni del club studentesco. La sua sensibilità di fronte a questioni inerenti la sessualità traeva origine dalla sua vita precedente. Sua madre era stata una paziente psichiatrica e si esprimeva sempre in modo molto duro e negativo in merito ad argomenti sessuali. Così, da bambina, la donna decise che non avrebbe mai avuto a che fare con la vita sessuale. Fino al momento in cui la conoscemmo, era riuscita ad evitare completamente qualsiasi relazione sessuale.

Facemmo la seguente interpretazione. La giovane donna non sapeva dire se le voci avessero un'identità. Interpretammo le voci come la sua mente che diceva a sé stessa quello che pensava. L'inizio delle voci era connesso al suo confrontarsi con la sessualità. Il primo episodio del sentire le voci si verificò quando aveva circa 14 anni, il che coincise con l'inizio dei suoi cicli mestruali. Il secondo episodio, vale a dire il peggioramento delle voci, si verificò quando si trovò di fronte al problema della sessualità presso il club delle studentesse.

Per questo motivo, decidemmo di metterla a confronto con sé stessa circa la sua decisione di non aver nulla a che fare con la sessualità, dato che concludemmo che le voci comunque insistevano su questo aspetto del problema. Prendemmo questa decisione anche perché stava scivolando sempre di più in un ruolo di paziente. Il giorno dopo il confronto fece sesso per la prima volta con un ragazzo che conosceva appena.

Divenne psicotica. Noi la sostenemmo, ma continuammo anche a farla confrontare con sé stessa. Fummo in grado di comportarci così perché avevamo informato tutti i terapeuti coinvolti. Dopo pochi mesi decise di cambiare il proprio atteggiamento. Oggi la donna è sposata e si è emancipata come persona molto più indipendente. Ha il controllo di sé, sebbene ogni tanto senta ancora le voci, ma ha sviluppato un atteggiamento molto più indipendente verso di esse.

Conclusioni

Ciò che abbiamo dimostrato con questi esempi è che le voci conoscono molto bene la persona con cui esse comunicano; solitamente dicono cose che sono particolarmente rilevanti per la persona che le sente e che altrettanto spesso sono correlate ai problemi di questa persona. Le voci sono correlate il più delle volte a problemi irrisolti della vita quotidiana, e/o ad emozioni legate a un trauma non ancora risolto, o a problemi connessi con traumi precedenti o ideali non realizzati, che, in alcuni casi, sono impossibili da realizzare. Nella cura, non è opportuno respingere le voci, ma stimolare la curiosità della persona che le sente rispetto al loro contenuto. Finché la persona che sente le voci reagisce solo in maniera emotiva, risulterà difficile stimolarne la curiosità. Questo procedimento è di difficile attuazione. Una possibilità è rappresenta dalla tecnica di focalizzazione, come descritta da Bentall ed altri (1994). Oltre alla concentrazione sulle caratteristiche delle voci, il tipo di relazione esistente tra l'uditore e le sue voci e la possibilità di modificare tale relazione, è anche importante lavorare sui problemi con cui questa persona si confronta nella sua vita quotidiana.

La nostra esperienza con gli uditori e le uditrici di voci consiste nel fatto che se l'intera attenzione terapeutica si focalizza nel curare la malattia psichiatrica, allora i problemi esistenziali espressi dalle voci non trovano alcuna soluzione. L'obiettivo finale non è solo quello di influenzare i metodi di affrontamento utilizzati rispetto alle voci, ma piuttosto di cambiare il modo in cui l'uditore o l'uditrice affronta i propri problemi.

Bibliografia

Barret, T.R. ed Etheridge, J.B. (1992) "Verbal hallucinations in Normals I: people who hear voices", Applied Cognitive Psychology 6: 379-87.

Bentall, R.P., Haddoc, G. e Slade, P.D. (1994) "Cognitive-behaviour therapy for persistent auditory hallucinations: From theory to therapy", Behaviour Therapy 25: 51-66.

Bentall, R.P. e Slade, P.D. (1985) "Reliability of a scale measuring disposition towards hallucinations: a brief report", Personallly and Individual Differences 6: 527-9.

Eaton, W.W., Romanoski, A. Anthony, J.C. e Nestads, G. (1991) "Screening for psychosis in the general population with a self-report interview", Journal of Nervous and Mental Disease 179: 689-93.

Ensink, B.J. (1992) "Confusing Realities: a Study on Child Sexual Abuse and Psychiatric Symptoms", Amsterdam: Free University Press.

Falloon, I.R.H. e Talbot, R.E. (1981) "Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management", Psychological Medicine II: 329-39.

Frantz, T.T. (1984) "Helping parents whose children have died", Family Therapy Collections 8: 11-26.

Goodwin, K. e Jamison, K.R. (1990) Manic Depressive Illness, New York: Oxford University Press.

Graham, J.R. (1987) The MMPI: A Practical Guide, 2nd edition, New York: Oxford University Press.

Landmark, J., Merkskey, Z., Cernousky, Z. e Helmes, E. (1990) "The positive trial of schizophrenic symptoms. Its statistical properties and its relationship to thirteen traditional diagnostic systems", British Journal of Psychiatry 156: 388-94.

Posey, T.B. e Losch, M.E. (1983) "Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects", Imagination, Cognition and Personality 3: 99-113.

Robins, L.H., Helter, J.E., Croughan, J. e Ratcliff, K.A. (1981) "National Institute for Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity", Archives of General Psychiatry 38: 381-9.

Romme, M.A.J. e Escher, A.D.M.A.C. (1989) "Hearing Voices", Schizophrenia Bulletin 15: 209-16.

Romme, M.A.J., Honig, A., Noordhoorn, E.O. ed Escher, A.D.M.A.C. (1992) "Coping with hearing voices, an emancipatory approach", British Journal of Psychiatry 16: 99-103.

Sidgewick, H.A. (1894) "Report of the census of hallucinations", Proceedings of the Society for Psychical Research 26: 25-6.

Tien, A.Y. (1991) "Distribution of hallucinations in the population", Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 26: 287-92.

de Vries, M.W., Dijkman-Caes, C.I.M. e Delespaul, P.A.E.G. (1990) "The Sampling of Experience, Comorbidity of Anxiety and Mood Disorders", Washington DC: Maser and Cloninger.

SENTIRE LE VOCI TRA I PAZIENTI (SCHIZOFRENIA E DISTURBO DISSOCIATIVO) E TRA I NON-PAZIENTI

M.H.A. Pennings e M.A.J. Romme

Introduzione [1]

In psichiatria, la base della schizofrenia è il modello di vulnerabilità-stress, in cui si presuppone che la vulnerabilità abbia origini biologiche. La vulnerabilità fa sì che la malattia si manifesti sotto l'influenza dello stress subito. Questo modello scaturisce dall'interazione tra la vulnerabilità biologica e lo stress psicosociale. (Zubin e Spring 1977; Nuechterlein 1984; 1992, Van den Bosch 1993).

L'influenza di eventi importanti nella storia di vita non è veramente compresa in questa interazione. Lo stress è visto soprattutto come un fattore scatenante anziché parte del processo che sviluppa la malattia. Tuttavia, questo non accade secondo la teoria psichiatrica sui disordini dissociativi, dove si suppone che ci sia un rapporto definito tra l'avvenimento di una serie di eventi traumatici e la comparsa di tale disturbo. In entrambi i disturbi sono molto frequenti le allucinazioni uditive (sentire le voci). Le percentuali riscontrate in diversi studi differiscono, ma sono valutate circa al 60% nella schizofrenia (Slade e Bentall, 1988, Spitzer 1988) e circa al 50% nei disturbi dissociativi (Ensink 1992). [2]

E' anche noto che le allucinazioni uditive sono evidenti in persone che non dimostrano alcun altro indice di psicopatologia (Posey e Losch 1983, Romme ed Escher 1989, Tien 1991, Barret ed Etheridge 1992). Questo è stato uno dei motivi che ci hanno indotto a condurre uno studio sistematico e più esteso su tre gruppi di persone che sentivano le voci:

- Un gruppo con diagnosi di schizofrenia;
- Un gruppo con diagnosi di disordine dissociativo;
- Un gruppo di non-pazienti.

L'ultimo gruppo era costituito da soggetti che sentivano le voci con le caratteristiche di allucinazioni uditive, voci sentite ma non prodotte da una persona osservabile ma con la convinzione che queste voci non "fossero proprie". Tuttavia, queste persone non avevano mai richiesto un'assistenza psichiatrica né avevano mai chiesto aiuto nell'affrontare le voci medesime.

Tre domande ci hanno particolarmente interessato

1. Se i criteri formali di diagnosi di allucinazioni uditive erano differenti fra i tre gruppi. Scegliemmo questi criteri formali come descritti da Schneider (1959) ed utilizzati come strumenti diagnostici, *l'esame dello*

[1] *La ricerca descritta in questo capitolo è uno studio comparativo effettuato presso l'Università di Maastricht, facoltà di Psichiatria, Buiks. A.M.A. Mental Health da Corstens D., psichiatra, Ensink E., professore di psicologia, Honing A., professore di psichiatria, Escher A., giornalista scientifica, Penning M., dottoressa in scienze mentali. Lo studio è stato supervisionato dal Prof M. Romme, professore e docente di psichiatria*

[2] *Ensink B.E. condusse uno studio in cui cento donne avevano subito un incesto in giovane età. In questo gruppo, il 38% subì un disturbo dissociativo, di cui il 70% occasionalmente sentiva voci e il 50% le sentiva in modo continuativo. Ensink (1992).*

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

stato attuale (Wing, 1974), criteri che dovrebbero differenziare le varie categorie diagnostiche.
2. Se c'erano differenze nel modo in cui le voci erano percepite dai soggetti nei diversi gruppi e se ciò comportava un'influenza delle voci sul comportamento e sulle emozioni delle persone.
3. Se esisteva una differenza nell'interazione tra il fatto di sentire le voci e la storia di vita fra i tre gruppi. Una domanda di particolare interesse a causa della supposta diversità in psichiatria in relazione alla schizofrenia e ai disturbi dissociativi.

Risultati dello studio

1. I criteri formali utilizzati per differenziare le malattie sono gli stessi per i tre gruppi. Pertanto risulta chiaro, in ogni caso per quanto riguarda le rispondenze da noi osservate, che non si può concludere l'esistenza di una malattia specifica in base alla presenza di allucinazioni uditive. E' necessaria la concomitanza di altri sintomi per diagnosticare una malattia.
2. L'influenza riconosciuta alle voci è chiaramente differente tra i pazienti ed i non-pazienti. Il contenuto di ciò che le voci dicono alla persona è percepito in senso nettamente negativo dai pazienti, che sono anche spaventati dalle voci. Questa diversità, di per sé stessa, differenzia i pazienti dai non-pazienti. Entrambi i gruppi di pazienti non differiscono l'uno dall'altro sotto questo aspetto.
3. In tutti e tre i gruppi, esiste una connessione tra l'inizio dell'esperienza del sentire voci e l'esperienza di eventi problematici di vita in quel periodo. Tuttavia, il fatto di diventare un paziente è correlato alle conseguenze di tali problemi nella vita futura, ma può anche essere messo in relazione alle circostanze di vita durante la crescita. Ciò ci porta alla conclusione che sentire voci tra i pazienti rappresenta un conflitto socio-emotivo che si interiorizza nel paziente che non dispone di una soluzione ai suoi problemi di vita quotidiana. Questo si verifica sia nei pazienti diagnosticati schizofrenici che in quelli con diagnosi di disturbi dissociativi.

Il colloquio come strumento di ricerca

Abbiamo sviluppato un colloquio-tipo che consente un dialogo con gli uditori di voci per renderli edotti sulla propria esperienza uditiva, l'influenza delle voci sulla persona e l'interazione di queste esperienze con il vissuto della persona stessa. Questo colloquio semi-strutturato riguarda le seguenti questioni:

- Aspetti dell'esperienza stessa
- Caratteristiche delle voci sentite
- Circostanze ed eventi della vita al momento della comparsa delle voci
- Fattori scatenanti che attualmente provocano le voci nella vita quotidiana
- Supposta identità delle voci
- Spiegazione delle voci fatta propria dalla persona coinvolta
- Rete sociale con la quale la persona parla delle proprie voci
- Esperienze maturate nell'infanzia, compresa la crescita nel proprio ambito familiare.

Selezione dei gruppi per la ricerca

I gruppi di pazienti furono formati tra coloro che frequentavano il Centro di Salute Mentale Territoriale di Maastricht (R.I.A.G.G.), reparto di riabilitazione, che in Olanda è chiamato Servizio Socio-Psichiatrico. I non-pazienti furono reclutati mediante annunci sugli organi di stampa locale. Vennero scelti solo coloro i quali avevano effettivamente sentito voci durante l'ultimo mese, con le caratteristiche di ciò che in psichiatria viene

definito come allucinazione uditiva. Ciò significa che altre persone non possono sentire le voci che sente la persona interessata, che le percepisce come "non sue" o "ego-distoniche". Poi utilizzammo uno strumento diagnostico per selezionare queste persone per farle rientrare nelle diverse categorie diagnostiche. Usammo il C.I.D.I. (Composite International Diagnostic Instrument) (Robin ed altri, 1988, Witchen ed altri, 1991) e la D.E.S. (Dissociative Experiences Schedule) (Bernstein e Putnam, 1986) come strumenti diagnostici. Entrambi gli strumenti sono stati convalidati per le ricerche tra la popolazione così come nella ricerca clinica. Sono pertanto adatti sia per la popolazione con basse aspettative di psicopatologia sia per quella con alte aspettative. Formammo quindi tre gruppi, comprendenti rispettivamente:

- 18 pazienti uditori con diagnosi di schizofrenia secondo il C.I.D.I.
- 15 pazienti uditori con diagnosi di disturbo dissociativo (punteggio di 30 o superiore secondo la D.E.S. e nessuna diagnosi di schizofrenia secondo il C.I.D.I.)
- 15 uditori non-pazienti.

Alcuni dei risultati

Caratteristiche formali riguardo alla percezione in sé

I criteri formali usati nella ricerca psichiatrica epidemiologica, ad esempio lo studio pilota dell'O.M.S. sulla schizofrenia, dovrebbero differenziare le allucinazioni cosiddette "reali" dalle "pseudo" allucinazioni. Le allucinazioni reali venivano considerate come sintomi correlati alla schizofrenia. Le differenziazioni tra la percezione delle allucinazioni reali e le pseudo-allucinazioni venivano considerate come segue:

1. Dal modo in cui la voce viene sentita, "dalle orecchie o nella testa"
2. La voce percepita come "non me" o "possibilmente me"
3. La capacità della persona di comunicare o meno con le voci
4. Il modo in cui le voci parlano all'uditore/uditrice, se in terza o seconda persona.

Secondo i Sintomi di Schneider del primo tipo, la presenza di voci che parlano tra loro della persona (quindi in terza persona) o di voci che commentano il comportamento della persona è sufficiente per formulare una diagnosi di schizofrenia (Schneider 1959, Van den Bosch 1993).

	Schizofrenici N=18	Dissociativi N=15	Non-pazienti N=15
Sento le voci			
• Dalle orecchie [1]	13 (72%)	9 (60%)	7 (50%) [2]
• Nella testa	9 (50%)	11 (73%)	10 (67%)
Ego-distoniche			
• Le voci sono me	2 (11%)	1 (7%)	3 (20%)
• Le voci non sono me	18 (100%)	14 (93%)	14 (93%)
Dialogo con le voci			
• Posso parlarci	12 (67%)	5 (33%)	10 (67%)
• Non riesco a parlarci	6 (33%)	10 (67%)	5 (33%)

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

Mi parlano in			
• Seconda persona	17 (94%)	14 (93%)	15 (100%)
• Terza persona	7 (39%)	3 (23%) [3]	4 (27%)
• Le voci commentano	13 (72%)	12 (80%)	7 (47%)

[1] Le caratteristiche possono essere differenti da voce a voce
[2] N=14, 1 risposta mancante
[3] N=13, 2 risposte mancanti

Da questi risultati, appare chiaro che le caratteristiche formali delle voci non differiscono tra i tre gruppi. In tutti e tre i gruppi le voci vengono sentite sia dalla orecchie sia nella testa. Le voci si percepiscono come "non me" nella maggior parte dei casi in tutti i gruppi. La possibilità di comunicazione con le voci differisce ben poco tra i pazienti con disturbo dissociativo e gli altri due gruppi ma in maniera controversa perché la psichiatria suggerisce che i pazienti schizofrenici non comunicano con le loro voci. Anche l'ultimo dei criteri non dimostra le differenze che ci aspettavamo. Gli schizofrenici non sentono voci in terza persona più frequentemente rispetto agli altri gruppi e gli altri gruppi sentono voci che commentano altrettanto spesso quanto gli schizofrenici.

Da questo studio non si è potuto avere una conferma che le caratteristiche formali delle allucinazioni uditive in effetti si differenzino tra i pazienti e i non-pazienti. Pertanto non si può diagnosticare una malattia specifica solo in base alla presenza di allucinazioni uditive.

Influenza delle voci sulle emozioni e il comportamento della persona

Le persone che sentono voci differiscono l'una dall'altra per quanto riguarda l'influenza che le voci hanno sulle emozioni ed il comportamento. Questa influenza può anche variare da voce a voce. La maggior parte delle persone sentono voci sia positive che negative, ma l'effetto complessivo e le conseguenze che ne possono derivare sono diverse. Questo fu il motivo per cui chiedemmo alle persone di parlarci delle voci positive e di ciò che esse dicevano, e lo stesso per quanto riguardava quelle negative. In seguito, chiedemmo risposte sugli effetti di quanto detto dalle voci sul comportamento e sulle emozioni di ciascuno. Quindi approfondimmo, come domanda conclusiva, se le voci venissero percepite come nettamente positive, negative o neutre.

Pertanto queste furono le domande che rivolgemmo agli interessati:
- Se le voci impaurivano
- Se le voci facevano arrabbiare, oppure
- Se questa esperienza disturbava la funzionalità quotidiana

	Schizofrenici N=18	Dissociativi N=15	Non-pazienti N=15
• Voci positive	15 (83%)	10 (67%)	14 (93%)
• Voci negative	18 (100%)	14 (93%)	10 (67%)

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

• Nettamente positive	2 (11%)	2 (13%)	11 (79%) [1]
• Neutre	4 (22%)	3 (20%)	3 (21%) [1]
• Nettamente negative	12 (67%)	10 (67%)	nessuno [1]
• Impaurito/a dalle voci	14 (78%)	11 (84%) [2]	nessuno [1]
• Arrabbiato/a dalle voci	16 (89%)	13 (100%) [2]	4 (27%)
• Disturbato/a nella funzionalità	18 (100%)	14 (100%) [1]	5 (33%)

[1] N=14, 1 risposta mancante
[2] N=13, 2 risposte mancanti

Questa tabella dimostra innanzitutto una conformità tra i tre gruppi presi in esame: pazienti allo stesso modo dei non-pazienti sentono voci sia positive che negative.

Le differenze principali tra pazienti e non-pazienti tuttavia sono le seguenti: i gruppi di pazienti percepiscono le voci come prevalentemente negative, mentre per i non-pazienti esse sono prevalentemente positive. Un'altra differenza è che i gruppi di pazienti sono impauriti dalle voci, il che non accade con il gruppo di non-pazienti. La terza differenza è che i gruppi di pazienti si sentono disturbati dalle voci nello svolgimento delle loro attività quotidiane mentre questo accade molto meno di frequente nel caso dei non-pazienti. I due gruppi di pazienti non differiscono l'uno dall'altro, sono entrambi spaventati dalle voci, disturbati nelle loro attività quotidiane e percepiscono le voci come prevalentemente negative e minacciose.

L'influenza che la persona che sente le voci ha sulle voci

Le voci esercitano la loro influenza sulla persona e l'altro lato di questa interazione è l'influenza dell'uditrice o uditore di voci sulle voci medesime. Ecco alcune domande che sono state rivolte ai partecipanti: possiede una forma di controllo sulle voci? Può rifiutare gli ordini impartiti dalle voci? Le voci la fanno sentire impotente?

	Schizofrenici N=18	Dissociativi N=15	Non-pazienti N=15
• Ho il controllo sulle voci	3 (17%)	1 (7%)	13 (87%)
• La voce mi rende impotente	13 (72%)	10 (71%)	2 (13%)
• Posso rifiutare ordini delle voci	16 (89%)	10 (67%)	15 (100%)

In questa tabella si vedono notevoli differenze nell'esperienza del controllo delle persone sulle voci tra i pazienti e i non-pazienti. Quasi tutti i non-pazienti si sentono in controllo (87%). Tuttavia, questo non accade tra i gruppi di pazienti. Solo il 17% dei pazienti schizofrenici e solo il 7% dei pazienti con disturbo

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

dissociativo si sentono in grado di esercitare il controllo. Entrambi i gruppi di pazienti si sentono anche impotenti rispetto alle voci nella misura dell'oltre 70% dei rispondenti mentre i non-pazienti non percepiscono uno stato di impotenza nell'87% dei casi. Il sentimento di impotenza nei pazienti non è causata dalla loro incapacità di rifiutare gli ordini. Al contrario, un'alta percentuale in entrambi i gruppi di pazienti dicono di poter rifiutare gli ordini impartitigli dalle voci.

Il sentimento di impotenza nei pazienti è verosimilmente correlata alla storia di vita della persona e a ciò che è accaduto nella loro vita. Hanno un sentimento di impotenza rispetto agli eventi traumatici e alle circostanze accadute. Provano questa stessa emozione con le loro voci.

Sentire le voci e la storia di vita

Svolgemmo la prima nostra ricerca tra persone uditrici di voci nel 1987. Come risultato, il 70% parlò di un evento traumatico che potevano relazionare all'esperienza del sentire le voci (Romme ed Escher 1989; 1993). Da uno studio di Ensink (1992) 100 donne che divennero pazienti nel corso della loro vita associavano il sentire le voci ad un'esperienza di incesto in giovane età. Ensink studiò la psicopatologia di queste donne e riscontrò un'alta percentuale di allucinazioni uditivi (circa il 50%). In questo studio comparativo di pazienti e non-pazienti abbiamo cercato di specificare ulteriormente la relazione tra l'esperienza del sentire le voci e gli eventi della storia di vita. Abbiamo chiesto cosa era successo all'epoca in cui la persona aveva sentito le voci per la prima volta e, separatamente, in un'altra parte del colloquio, cosa era successo durante i primi anni di educazione sia all'interno che all'esterno della famiglia. Ci siamo anche informati circa la storia di vita succedutasi all'inizio delle voci. Da queste informazioni possiamo concludere che sentire le voci e diventare pazienti non sono correlate alle medesime origini o cause. Abbiamo potuto studiare questa differenziazione anche perché abbiamo studiato i non-pazienti che sentono le voci.

La relazione tra le voci e il vissuto personale verrà riferita a livello di gruppo ed illustrata con alcuni esempi-caso. Nella tabella seguente indichiamo circostanze esterne, eventi o cambiamenti con i quali secondo gli uditori di voci è collegato l'inizio dell'esperienza. Tra questi vi sono realtà di vita quotidiana che vengono percepite in modo emotivamente negativo e pertanto possono essere definiti coe fattori di stress. Questi stress tuttavia non possono essere definiti solo a livello psicologico ma rappresentano interazioni o cambiamenti reali nella vita, in cui altri giocano un ruolo importante. La tabella dimostra che nel nostro gruppo di intervistati il 77% degli schizofrenici e il 100% dei pazienti dissociativi hanno sperimentato queste circostanze. Ma anche metà dei non-pazienti associa tali influenze del loro vissuto personale all'inizio del sentire le voci.

	Schizofrenici N=18	Dissociativi N=15	Non-pazienti N=15
Circostanze chiare all'inizio dell'esperienza	13 (77%)	15 (100%)	8 (53%)

- Perdita di una persona cara (a causa di un suicidio)
- Andare a vivere per conto proprio
- Rottura di una relazione
- Stress molto pesante all'interno della famiglia

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

- Confronto indesiderato con la propria identità sessuale
- Abuso/aggressione fisica
- Abuso/aggressione sessuale
- Malattia molto grave

Questi fattori di stress sociali tuttavia ebbero il loro significato solo nella storia personale delle persone intervistate. Un evento traumatico, ad esempio, può avere conseguenze sulla vita futura ma non è necessario che sia sempre così. Le conseguenze possono essere negative o positive, ciò che differisce è il carattere del trauma, con il conseguente potere o impotenza nel superarlo e con la difendibilità della persona che lo subisce. Il potere o l'impotenza percepiti rispetto al trauma influenzeranno il potere dato alle voci e il potere preso dalle voci nella percezione di una persona. Ciò influenzerà le emozioni di quella persona e il suo comportamento verso le voci. Coloro che si sentiranno impotenti a seguito del trauma saranno impotenti verso le voci e coloro che si sono ritrovati meno impotenti dall'evento traumatico saranno più difendibili verso le voci. Ma ci sono molte altre influenze circa la difendibilità della persona.

Le 48 storie di vita

Dalle 48 storie di vita, abbiamo appreso che occorre differenziare tra i motivi del sentire le voci e il motivo per cui si diventa pazienti. Le circostanze che evocano il sentire le voci possono essere descritte come traumi esistenziali, vale a dire eventi da cui la persona si sente minacciata nella continuità della propria esistenza. Questi eventi hanno avuto luogo poco prima dell'apparizione delle voci per la prima volta.

Nei seguenti casi-esempio descriviamo tre storie di casi e differenziamo le informazioni del trauma esistenziale correlato al sentire le voci sulla base della traccia del vissuto della persona, a nostro modo di vedere legata al fatto di diventare un paziente o meno.

Alcuni esempi che possono illustrare questa interazione

L'esempio di una paziente diagnosticata come disordine dissociativo:
Una bambina di nove anni viene picchiata così selvaggiamente dal padre da richiederne il ricovero in ospedale a causa della dislocazione di due vertebre. Due ore dopo il ricovero sente le voci per la prima volta. Fisicamente la bambina guarì completamente e fu affidata alle cure della nonna, che era una persona molto gentile e che era in grado di accudirla in un ambiente molto protettivo. Quindi, all'inizio, non c'era alcuna conseguenza negativa che lei potesse collegare al trauma. Tuttavia, tre anni dopo, la nonna morì e la ragazza venne affidata ad un istituto. In questo istituto non c'era più un ambiente sicuro ed era simile alla casa del padre. In questo ambiente l'istruzione e i buoni comportamenti erano imposti in maniera molto aggressiva e lei probabilmente era più sensibile a quel tipo di atteggiamento. In ogni caso divenne troppo vulnerabile per affrontare le sue voci.

L'esempio di un paziente diagnosticato schizofrenico:
Un uomo di quarant'anni inizia a sentire le voci pochi giorni prima di sostenere una prova vitale per conservare il proprio posto di lavoro, quando si accorge che sicuramente fallirà la prova perché i requisiti richiesti sono troppo onerosi per lui.
Nella sua vita questo trauma si è verificato a livello ripetitivo. Era vulnerabile e non riusciva ad affrontare il problema perché era stato in precedenza sminuito dal padre in gioventù ed era stato anche etichettato come stupido. Ciò comportò il fatto che la fattoria del padre venne ereditata dal fratello mentre egli dovette cercarsi un'altra occupazione che ora aveva paura di poter perdere.

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

L'esempio di un non-paziente che sente le voci:

Una donna di quarant'anni inizia a sentire le voci dopo la perdita di tre persone molto importanti nella sua vita, il marito, il padre e la cognata, tutti deceduti nel giro di tre mesi.
Non è diventata una paziente. La perdita dei suoi cari è un trauma emotivo, ma non ha comportato conseguenze negative nella sua vita. Non ha dovuto cambiare la propria vita quotidiana né in termini finanziari né ha dovuto cambiare casa o perdere i bambini. Inoltre la sua storia di vita indicava un'infanzia e un'istruzione in cui ricevette molti stimoli e gratificazioni. Aveva sviluppato un'identità stabile e non era troppo vulnerabile quando i tre lutti la colpirono.

Gli eventi che evocano il sentire le voci secondo la nostra interpretazione sono minacciosi perché l'evento:

1. è minaccioso e simile a un grave maltrattamento o una grave malattia.
2. è minaccioso perché influenza negativamente la continuità delle aspettative della persona nel caso della perdita del lavoro; un divorzio, o una morte di una persona cara.
3. è minaccioso a causa di un raffronto emotivamente sconvolgente come la morte del padre che abusò della persona o il confrontarsi con un'identità sessuale non accettata.

La grossa differenza secondo la nostra interpretazione, tra quelli diventati pazienti a causa del sentire le voci e di coloro che non necessariamente lo sono diventati:

1. Le conseguenze diverse degli eventi traumatici sulla vita di ognuno. Ad esempio, una persona può essere completamente guarita da una malattia che minaccia la sua vita ma può restare seriamente handicappata.
2. La differenza nella difendibilità e la formazione dell'identità costruite in una vita prima dell'evento traumatico. Ciò appare importante nel superare un evento o una serie di eventi traumatici.

Conclusione

I suddetti risultati dell'analisi delle storie delle persone, in relazione all'esperienza del sentire le voci e alle capacità di affrontamento, indicano che il problema non è che il sentire le voci venga definito un fenomeno psicotico ma pare che il problema sia che nella cura psichiatrica i fenomeni psicotici vengano curati diversamente rispetto o in relazione tra i sintomi nevrotici e che la storia di vita è stata accettata e gioca un ruolo nella diagnosi e nella cura.

Ci sono molti motivi per cui nei fenomeni psicotici la psichiatria abbia accentuato un punto di vista differente ma non è questo l'argomento che ci interessa trattare qui. Vorremmo sottolineare che i fenomeni psicotici possono essere compresi a partire dalla storia personale di vita. Non perché ci interessi affrontare un altro argomento, ma perché ci siamo trovati di fronte a un problema da un'altra angolazione, il confronto di pazienti e non-pazienti che tutti sentono le voci e che tutti hanno sofferto di eventi traumatici.

Vorremmo altresì evidenziare che è possibile per una persona capire le proprie reazioni psicotiche, poiché abbiamo incontrato diversi pazienti che hanno imparato a capire le loro reazioni psicotiche e le hanno sapute integrare nella loro vita riuscendo ad uscire dal loro ruolo di paziente. Sebbene la storia di una persona rimanga la medesima, le conseguenze per la vita futura possono essere cambiate. Capire le voci da parte della persona che le sente può influenzare la sua strategia di affrontamento e la soluzione dei suoi problemi. Questa potrebbe essere una possibilità di continuare il proprio sviluppo e riprendersi in mano la propria vita. Ciò può anche non succedere sempre. Ci vuole del coraggio dato che un diverso modo di affrontare i problemi della vita quotidiana può rivelarsi molto impegnativo.

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

Lo studio che abbiamo descritto in questo capitolo ci ha anche fatto capire che la diagnosi psichiatrica può essere un handicap per un paziente. Anche questo non è un fatto nuovo, ma abbiamo affrontato questo problema osservando persone sane con un fenomeno psicotico.

Tutti noi sappiamo, ma non abbiamo abbastanza eloquentemente argomentato questo fatto, al contrario di van Praag (1986 – 1992) e Bentall (1988 – 1992), che la schizofrenia è una categoria diagnostica circoscritta ancora priva di validità scientifica. E' piuttosto difficile tuttavia ascoltare questi messaggi nella misura in cui nessuno può fare diversamente. Vorremmo proporre, seguendo le osservazioni che abbiamo fatto, una possibile alternativa dato che il procedimento generale diagnostico psichiatrico comprende un pericolo, nel rendere i pazienti impotenti nell'influenzare il proprio stato di salute. Le entità di diagnosi di una malattia sono basate sulla sequenza che i sintomi sono la conseguenza di una malattia. Pertanto nei sintomi separati della psichiatria, né nell'interazione tra i sintomi. Un'altra conseguenza di questo procedimento è che lo psichiatra non analizza la relazione tra sintomi e vissuto di una persona, né viene analizzata l'interazione tra i sintomi. Dalle nostre osservazioni potrebbe essere benissimo possibile che la sequenza di causa e conseguenza possa essere anche essere il contrario di ciò che si ritiene nel concetto Kraepelianino.

Comunque in un certo numero di casi è possibile che sentire le voci rappresenti un problema socio-emotivo davvero difficile da gestire da parte della persona e pertanto ciò lo rende meno facile nell'affrontare le voci. Questo è un motivo per sentirsi impotenti contro le voci e anche contro i problemi che rappresentano. Allora esiste una serie di reazioni secondarie, come i disturbi di concentrazione, sfoghi inadeguati di affettività, comportamento sociale isolazionista e altri comportamenti che risultano incomprensibili per i familiari più stretti perché rappresentano ad esempio dei rituali che impediscono alla persona di fare ciò che le voci gli o le ordinano di fare. Potrebbe essere che in quei casi le voci non sono le conseguenze della malattia sottostante ma che la malattia diventa la conseguenza del modo in cui una persona affronta le voci.

Bibliografia

Barrett, T.R. ed Etheridge J.B. (1992) Verbal Hallucinations in Normals I: People who hear 'Voices'. *Applied Cognitive Psychology,* 6, 379-387.

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

Bentall, R.P. (ed,) (1990), *Reconstructing schizophrenia.* Routledge London/New York.

Bernstein, E.M. e Putnam F.W. (1986), Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease* 174, 727-735

Bleuler, E. (1983) *Lehrbuch der Psychiatrie.* Springer-Verlag, Berlino.

Bosch van den, R.J. (1990) Schizofrenie en andere functionele psychotische stoornissen, in W. Vandereyken, C.A.L. Hoogduin e P.M.G. Emmelkamp (red.) *Handboek psychopathologie deel I.* Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Antwerpen.

Ensink, B.J. (1992) *Confusing realities: a study on child sexual abuse and psychiatric symptoms*. VU University Press, Amsterdam.

Ensink, B.J. (1994), *Psychiatrische klachten na een misbruikverleden. Een onderzoek onder honderd vrouwen.* Maanblad Geestelijke Volksgezondheid, 4, 387-404.

Falloon, I.R.H. e Talbot, R.E. (1981), Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management. *Psychological Medicines,* 11, 329-339.

Gelder, M.D. Gath e R. Mayou (1991) *Oxford Textbook of Psychiatry,* Oxford University Press, Oxford.

Kaplan, H.I. e Saddock, B.J. (1989) *Comprehensive Textbook of Psychiatry,* Williams & Willins, Baltimore.

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

Neuchterlein, K.H. e Dawson, M.E. (1984) A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin,* 10, 300-312.
Neuchterlein, K.H., Dawson, M.E., Gitling M. ed altri (1992) Developmental Processes in Schizophrenic Disorders; longitudinal study of vulnerability and stress, *Schizophrenia Bulletin,* 18, 387-425.
Posey, T.B. e Losch (1983), Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination, Cognition and Personality.* 3 (2) 99-113.
Praag, van H.M. (1992) *Make Believes in Psychiatry or The Perils of Progress,* Brunner/Mazel, New York.
Robins, N.L., Wing, J., Wittchen ed altri (1988) The Composite International Diagnostic Interview, *Arch. Gen. of Psychiatry* 45, 1069-1077.
Romme, M.A.J. ed Escher, A.D.M.A.C. (1989) Hearing voices, *Schizophrenia Bulletin,* 15 (2), 209-216.
Romme, M.A.J. ed Escher, A.D.M.A.C. (1993) Accepting voices, Mind Publication, London,
Schneider, K. (1989) *Clinical Psychopathology,* 5^ edizione, Grune & Stratton, New York.
Slade, P.D. e Bentall, R.P. (1988) *Sensory deception,* Croom Helm Ltd., London.
Spitzer, M. (1988) *Halluzinationen, ein Beitrag zur allgemeinen und klinischen Psychopatologie.* Springer-Verlag, Berlin.
Tien, A.Y. (1991), Distribution of hallucinations in the population, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 26, 287-292.
Wing, J.K., Cooper, J.E. e Satorius, N. (1974) The measurement and classification of psychiatric symptoms. Cambridge University Press. Cambridge/New York.
Wittchen, H.U., Robins, N.L.. Cottler L.B. ed altri (1991) Cross-cultural Feasibility, Reliability and sources of Variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) *British Journal of Psychiatry.* 159, 645-653.
Zubin, J. e Spring, B.(1977) Vulnerability: a new way of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology,* 86. 103-126.

Pubblicato per la prima volta in lingua olandese nel 1996:
"Stemmen horen bij schizofrenie patiënten, patiënten met een dissociative stoornis en bij niet patiënten" in de Hert, M.; Thijs, E.; Peuskens I; Petri D; van Raay B. in "Zin in Waanzin, de wereld van schizofrenie" ("Un senso nella follia, il mondo della schizofrenia"), EPO Anversa, Belgio.

NOTE CONCLUSIVE

Marius Romme

Il primo risultato importante del nostro esperimento è stato quello di incontrare persone funzionali a livello sociale che non erano mai stati pazienti psichiatrici ma sentivano le voci con le stesse caratteristiche delle allucinazioni uditive riscontate nei pazienti. Sentivano anche voci quando nessuno era presente ed erano anche convinti della qualità "non mia" di quelle voci.

Ci siamo resi conto che è molto difficile per gli psichiatri accettare l'esistenza stessa dei non- pazienti. Ciò è comprensibile perché gli psichiatri non hanno a che fare con persone che non necessitano di cure psichiatriche. In secondo luogo, la formazione degli psichiatri è quella di dare un'interpretazione del sentire le voci come sintomo di una malattia mentale. Questo è corroborato dal fatto che abbiamo a che fare solo con persone che non sanno come affrontare le loro voci. In terzo luogo, esiste un tabù molto radicato nella nostra società circa tali esperienze. Anche gli psichiatri che abbiamo incontrato e sentono voci essi stessi non comunicano la loro esperienza se non con persone che conoscono molto bene e con le quali si sentono al sicuro.

L'accettazione che vi siano persone sane che sentono le voci con le caratteristiche delle allucinazioni uditive è un prerequisito per cambiare il proprio punto di vista che non è l'esperienza di per sé un segno di malattia mentale ma che il modo di affrontarla può portare a una malattia o può essere l'espressione di una malattia mentale.

Pertanto l'obiettivo della cura non dovrebbe essere mirato direttamente a curare o eliminare l'esperienza stessa ma ad aiutare la persona nelle proprie strategie di affrontamento. Il procedimento dell'affrontare l'esperienza è il processo psicologico tra la percezione e la reazione del soggetto. Un attacco diretto alle voci significa negare il processo di affrontamento e cercare di sopprimere la percezione. Il secondo risultato importante dei nostri studi è stato che nella maggior parte dei casi il sentire le voci può essere compreso a partire dalla storia di vita della persona e dalle sue esperienze. La relazione tra esperienze traumatizzanti e la comparsa del fenomeno del sentire le voci ci ha resi consapevoli al di là di ogni dubbio che il processo di affrontamento può rappresentare una questione difficile.

Per questo ci possono essere svariati motivi. Uno di questi potrebbe essere che la persona non è in grado di gestire il trauma originario o la situazione di vita in cui le voci sono comparse. Un altro motivo è il sistema di convincimento sviluppato dalla persona. Vari studi dimostrano che l'interpretazione delle voci, come la voce del diavolo o la voce di una guida buona, in effetti influenzano l'effetto delle voci (Nijhof, 1990 Chadwick ed altri 1994). La difficoltà nell'affrontamento può anche essere influenzato dal convincimento catastrofico nella società che il sentire le voci è segno di una grave malattia mentale, come descritto da Kingdon e Turkington (1994).

L'affrontamento può essere anche negativamente influenzato per via delle emozioni provocate dalle voci, per le quali mancano adeguate strategie di affrontamento. Il rafforzamento di tali strategie è una delle possibilità descritte da Yusupoff e Tarrier (1996).

Un altro motivo del mancato affrontamento può essere che le persone che sentono le voci e i loro familiari e medici non si focalizzano sull'esperienza in relazione alla situazione di vita e sulle emozioni che le

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

provocano. Ciò viene descritto da Haddock ed altri (1996). Questi diversi elementi influenzano la capacità di affrontamento.

Il terzo e forse più importante risultato dei nostri studi è che il sentire le voci è una reazione individuale a problemi personali o ideali il che porta anche a una sequenza molto individualizzata in termini di emozioni e comportamenti o schemi di reazione che possono mimare i sintomi di svariate malattie mentali categorizzate dalla psichiatria.
L'individualità dell'esperienza è espressa dal contenuto delle voci che metaforicamente esprimono il problema che la persona ha con le sue emozioni che riflettono esperienze disorientanti, ideali o la mancanza di determinate capacità come ad esempio prendere decisioni sulla propria vita quotidiana.

Nessuna delle esperienze è uguale ad un'altra nel senso che quello che le voci dicono varia da persona a persona e si riferisce a diverse storie.

Non sembra che esista una causa generale né per la percezione in sé né per un determinato schema di reazioni. L'intero schema di interazioni è molto personale e forse questo spiega anche perché esiste una tale diversità di sintomi all'interno dei disturbi psicotici. Ciò potrebbe spiegare perché i pazienti anche diagnosticati di un disturbo psicotico particolare differiscono tra loro quanto a schemi sintomatologici.

Può essere che il grosso handicap nello sviluppo di una maggiore conoscenza sui disturbi psicotici risieda nella nostra ricerca ossessiva di cause generali, cercando di spiegare i differenti schemi comportamentali da una determinata causa. Questa ricerca è possibilmente correlata al convincimento che le malattie psicotiche circoscritte sono riconosciute anche se sappiamo che questa non è una realtà scientificamente convalidata.

Ci piace cercare le cause nel cervello o nelle influenze psicosociali per spiegare lo sviluppo di entità di malattie. Ma cosa succederebbe se tutto ciò non esistesse e le persone si limitassero a reagire in maniere diverse perché le loro esperienze sono differenti?

Possono essere ancora percepite come vittime di disturbi psicotici ma possono essere aiutate solo traducendo lo schema di reazioni in un processo comprensibile. Questo approccio individuale era alla base dei nostri colloqui che abbiamo sviluppato per comprendere le variazioni individuali nella percezione e nell'interazione correlata al vissuto di ognuno.

Abbiamo imparato dai nostri casi di studio che risolvere i problemi della vita quotidiana può avere influenze positive sull'affrontamento delle voci. Nello stesso periodo, alcuni gruppi di ricerca psicologica in Inghilterra hanno sviluppato tecniche di intervento orientate a livello individuale che hanno accentuato differenti aspetti del processo di affrontamento.
Tutto ciò ci lascia con una domanda oggetto di una ricerca molto importante riguardo agli interventi:

Gli interventi cognitivo-comportamentali focalizzati sulla percezione stessa e l'affrontamento di quella percezione hanno un'influenza sufficiente sulla risoluzione dei problemi della vita quotidiana della persona? Oppure è necessario che la persona venga anche aiutata a risolvere questi problemi allo scopo di superare la sua dipendenza dalle voci? I seguenti esempi illustrano il problema in questione.

Abbiamo incontrato due giovani uomini che entrambi sentivano voci ed entrambi avevano avuto grossi problemi ad accettare le proprie tendenze omosessuali, entrambi erano anche pazienti. Il terapeuta di uno di loro ci chiese come interpretare le voci. Chiedemmo al terapeuta di poter fare un colloquio-tipo e analizzammo

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

i dati, che indicavano che le voci vertevano su un problema relativo alla sessualità, probabilmente omosessualità. Questo terapeuta aiutò la persona ad imparare a conoscere meglio le proprie voci e gradatamente ad accettare la propria omosessualità. Ciò gli permise di sviluppare la propria identità.

L'altro giovane uomo, quando aveva 17 anni, disse ai genitori di essere omosessuale. I genitori trasformarono questo messaggio in un altro senso, cioè "che il figlio era stato molestato in alcuni bar dove, ancora molto giovane, occasionalmente si recava". I genitori si sentirono responsabili del suo benessere e si presero molta cura di lui. All'età di 29 anni quest'uomo vive ancora con i propri genitori. Gradatamente ha sviluppato sintomi sempre più negativi con agiti aggressivi verso i genitori. Attualmente è diagnosticato schizofrenico. Non ha sviluppato un'identità omosessuale ma viene percepito in modo ancora molto infantile.

Ora noi non crediamo che l'omosessualità generi la schizofrenia ma solo un dilemma, che una persona non può evitare, che può essere un motivo del sentire le voci. Mancando la soluzione di questo dilemma ciò può portare a maggiori "comportamenti da malato". Risolvere il dilemma porta a minor stress e a un minor rischio di sviluppare tali comportamenti "malati".

Nei nostri casi di studio divenne evidente che lo sviluppo dell'identità è una questione importante in questo procedimento. Allo scopo di affrontare le voci e superare problemi disorientanti, è importante poter essere in grado di sviluppare la propria identità, fare scelte, e risolvere i dilemmi.

Capire le voci è necessario per avere una maggior conoscenza dei propri problemi. Se possono essere risolti, lo stress specifico personale diminuirà di pari passo al rischio di scompensi psicotici.

Gli interventi cognitivi sono necessari per aver maggior controllo sulle voci ma questo può solo rappresentare metà del cammino verso il benessere. La prevenzione degli scompensi psicotici è stata possibile in molti dei nostri casi attraverso strategie cognitive ma ciò richiede continuità nella cura. Abbiamo anche conosciuto persone in grado di risolvere i propri problemi oppure capaci di vederli da un altro punto di vista. Queste persone ci hanno molto colpito perché sono diventate autosufficienti e l'effetto preventivo è stato di lunga durata. Questo processo è ben descritto da Ron Coleman (1995), Anonimo (1993), Babs Johnston (1995) e da Parker ed altri (1995).

La psichiatria dovrebbe rendersi conto che molte persone che sentono voci non si sono mai recate da una psichiatra o presso un servizio psichiatrico perché sviluppano i loro modi di affrontamento e risolvono da sole i propri problemi. Mentre coloro i quali chiedono aiuto alla psichiatria ricevono la diagnosi di una malattia e vengono curati di conseguenza. Queste persone non vengono aiutate a sufficienza a risolvere i loro problemi specifici e personali.

L'idea psichiatrica che la malattia è ereditaria ed è solo scatenata dallo stress o dal trauma può essere ancora vera. Dispiace solo notare che quando la cura psichiatrica conclude che la persona non può essere aiutata altrimenti se non sopprimendo i suoi sintomi psicotici.

Dispiace perché abbiamo incontrato casi di persone che hanno cambiato il proprio atteggiamento verso le loro voci e verso i loro problemi e sono riusciti a riprendersi la vita nelle proprie mani. Gli uditori e le uditrici, i familiari, la società potrebbero trarre solo vantaggi da tali cambiamenti.

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

Bibliografia

Nijhoff, G. (1990) About autobiographical explanations of hearing voices 36-53 in Romme M. e Escher A., Stemmen horen accepteren, Maastricht.

Chadwick, P.D.J. e Birchwood, M.J. (1994) Challenging the omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations, British Journal of Psychiatry 164, 190-201.

Kingdom, D.G. e Turkington, D. (1994) Cognitive Behavioural Therapy of schizophrenia, Lawrence Erlbaum Associates Publishers Hove U.K.

Yusupoff and Terrier, N. (1996) Coping strategy, Enhancement for persistent hallucinations and delusions, 86-103 in Haddock G e Slade P Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders, Routledge London.

Haddock G Bentall RP e Slade P (1986) Psychological treatment and Auditory Hallucinations Focussing on distraction 45-71 in Haddock G e Slade P Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders, Routledge, London.

Coleman, R. (1995) From victim to Victor Deviant 2: 12-13 Amsterdam, Holland.

Anonymous (1993) Growing out of psychiatry, Twelfth contribution page 140-145 in Romme M. e Escher A. Accepting voices, Mind London.

Johnston, B (1995) Self-help and relationship, Newcastle, UK.

Parker I, Georgica E, Harper D, McLaughlin T, Stowell-Smith M (1995) Deconstructing Psychopathology, Sage Publications, London.

IL COLLOQUIO-TIPO DI MAASTRICHT CON UN UDITORE DI VOCI [1]

Sandra Escher, Pasty Hage, Marius Romme

Presentazione per gli uditori di voci

Vi chiediamo di collaborare con noi nel nostro progetto di ricerca poiché ci avete detto di sentire voci. Voi siete esperti per esperienza e possedete la conoscenza riguardo a questa speciale esperienza. Pertanto, vi vorremmo chiedere di condividere tale conoscenza con noi. Il significato di questo colloquio è di raggiungere una miglior comprensione di queste esperienze. Tra le altre cose, vorremmo sapere in quali circostanze queste voci si presentano e vorremmo stilare un inventario dei metodi da voi usati allo scopo di affrontare queste voci. Forse avete ideato un metodo che vi permette di avere più potere sulle vostre voci e se è così, sarebbe possibile insegnare questo metodo ad altre persone secondo voi?

Dato che questo colloquio è molto esteso, è possibile che lo vogliate gestire in due sedute piuttosto che in una sola. Sentitevi liberi di farci sapere quando vi sentite stanchi e stabiliremo di comune accordo un altro appuntamento. Nel caso necessitiate di chiarimenti una volta completato il colloquio, vorremmo avere il vostro permesso di ricontattarvi. Allo scopo di un buon risultato della ricerca è importante che indichiate tutti i fatti in maniera corretta.

COPYRIGHT
Prof M. A. J. Romme; Sig.ra A. Escher
Università di Limburgo
P.O. Box 616
6200 MD Maastricht
Olanda

[1] Questo colloquio è stato utilizzato nella nostra ricerca. Questa versione concisa viene attualmente usata in terapia. A seguito di uno studio pilota il colloquio originario ideato dagli autori è stato ridefinito da M.H.A.Pennings

1. ASPETTI DELL'ESPERIENZA STESSA

Questo colloquio s'intende come un dialogo sulla vostra esperienza. Tu sei un esperto/un'esperta. Tu possiedi la tua esperienza. Questo colloquio ti permetterà di imparare qualcosa di più sulla tua esperienza e sul modo in cui tu affronti le tue voci.

1.1 Vorrei che tu mi fornissi una visione la più ampia possibile su qualsiasi esperienza straordinaria che tu abbia avuto di recente oppure in passato

---

1.2 Quante voci senti? A quale età le hai sentite per la prima volta?

- Numero delle voci ( ) adesso ( ) all'inizio
- Età all'inizio ( ) anni

1.3 Questi suoni/voci possono essere sentite anche da altre persone? Sì / No
Puoi spiegarmi il perché

1.4 Dove senti la voce o le voci (posto)?

	adesso	all'inizio
• Nella testa	sì / no	sì / no
• Attraverso le orecchie (destra/sin./entrambi)	sì / no	sì / no
• Da qualche altra parte nel tuo corpo	sì / no	sì / no
• Le voci sembrano provenire da qualche parte fuori dal mio corpo	sì / no	sì / no

1.5 Riguardo alle voci che senti:
Queste voci vengono dalla tua persona o sono le voci di qualcun altro?
(Il punto che ci interessa evidenziare qui è come la persona sente le voci al momento della percezione)

Le voci vengono da
- La mia persona *(ego-sintoniche/me)*
- Qualcuno o qualcosa al di fuori della mia persona (*ego-distoniche/non me)*

Puoi spiegare il perché?

1.6 Sei capace di intavolare un dialogo con le voci o comunicare con loro in qualche modo? sì / no
Fornisci un esempio:

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

Conclusioni dell'intervistatore:	
Il sentire le voci possiede le stesse o simili caratteristiche di una **allucinazione uditiva?**	
1. La persona intervistata può sentire le voci che altri non possono sentire	(sì / no)
2. La persona intervistata sente le voci attraverso le orecchie	(sì / no)
3. La persona intervistata sente le voci nella testa	(sì / no)
4. La persona intervistata è in grado di instaurare un dialogo o altra forma di comunicazione	(sì / no)
5. Le voci sono percepite come me (1) o non-me (2)	1 / 2

2. CARATTERISTICHE DELLE VOCI

2.1 Senti una o più voci? Quante? E' stato sempre così? E' mai cambiato il numero delle voci?

	adesso	all'inizio
Numero delle voci che senti	[ ]	[ ]

2.2 Sei in grado di indicare chi sono le voci o quali nomi tu hai dato alle voci?

Numero	Nome	Sesso	Contenuto / tono	Frequenza
1				
2				
3				
4				
5				

2.3 I modi o il tono delle voci ti ricordano qualcuno che conosci o che hai conosciuto? Se sì, chi?

3. LA STORIA DEL SENTIRE LE VOCI

3.1 Ritorniamo all'inizio. Quando hai cominciato a sentire le voci (età) …… anni. Per quanti anni, mesi, hai sentito le voci?

3.2 Puoi descrivere per ogni singola voce le circostanze in cui l'hai udita per la prima volta?

3.3 Circostanze correlate all'inizio

Altri uditori di voci ci hanno riferito di aver iniziato a sentire le voci dopo un certo evento della loro vita.

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

Ti darò qualche esempio in base a quanto detto da altri uditori. Riconosci una di queste circostanze che sia capitata a te? A quale età ti è successo ?*(nota bene: seguire la lista)*

Sì / no	CIRCOSTANZA	Età e anno
	Come risultato di un grave danno fisico o grave malattia	
	Un ricovero in ospedale o essere stata narcotizzato/a	
	Vivere da solo/a per la prima volta	
	A seguito di: un divorzio o rottura di una relazione intima	
	una gravidanza/aborto o alla prima mestruazione	
	un declino repentino nelle condizioni di salute di un tuo caro	
	un ricovero in un ospedale psichiatrico	
	cambiamento lavorativo (assunzione / promozione)	
	peggioramento lavorativo (pensionamento / inabilità al lavoro	
	Dopo: la morte di un amico intimo o di un familiare	
	L'inizio di un nuovo corso di studi	
	esserti trovato disoccupato/a, licenziato/a, ditta fallita o chiusa	
	esserti innamorato di qualcuno/a che ti ha respinto/a	
	trasloco verso una nuova abitazione o nuova scuola	
	problemi con un circolo religioso/setta	
	circostanze che ti hanno influenzato (sedute spiritiche o simili)	
	Trovandoti sul luogo di un suicidio	
	Durante gravi tensioni in famiglia o nelle tue relazioni	
	Quando uno dei tuoi figli ha lasciato la casa / L'ultimo dei tuoi figli forse	

3.4 Una o più delle suddette circostanze sono in relazione al fatto che tu abbia sentito le voci? Se è così, potresti descrivere in che modo?

4. FATTORI SCATENANTI

4.1 Hai notato che le voci sono presenti in determinate circostanze o durante certe attività? Puoi descrivere quali sono per te?

4.2 Hai notato che le voci sono presenti quando provi certe emozioni?
Controlliamo questa lista: potresti provare emozioni come:

[ ] insicurezza
[ ] paura
[ ] dubbio
[ ] innamoramento
[ ] rabbia o aggressività
[ ] gelosia
[ ] sofferenza
[ ] fatica
[ ] depressione o tristezza
[ ] felice

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

[ ] tue sensazioni sessuali [ ] solitario/a
[ ] sensazioni sessuali di altri

Puoi descrivere come reagiscono le voci? (conforto; aiuto; rendere il sentimento più o meno presente o più o meno forte? Puoi darmi un esempio?

5. CONTENUTI DELLE VOCI

5.1 Senti voci positive (amichevoli)? Cosa ti dicono e cosa fanno per te? Dammi un esempio:

5.2 Senti voci negative (non amichevoli)? Cosa ti dicono e cosa fanno per te? Dammi un esempio:

5.3 Le voci parlano di argomenti o persone particolari? Puoi descriverle? Cosa dicono le voci? Questi argomenti interessano anche te?

6. L'INFLUENZA DELLE VOCI

6,1 Vorremmo chiederti che tipo di influenza hanno le voci su di te. Sei impaurito/a dalle voci? Perché? Ti hanno sempre impaurito? Per favore, indica un esempio;

6.2 Le voci ti fanno arrabbiare? Come lo fanno? Per favore indica un esempio:

6.3 Le voci ti confondono? Come lo fanno? Cita un esempio:

6.4 Tu consideri le voci come:	adesso	all'inizio
• Voci prevalentemente positive	(sì / no)	(sì / no)

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

• Voci prevalentemente negative	(sì / no)	(sì / no)
• Neutre	(sì / no)	(sì / no)
• Tanto negative quanto positive	(sì / no)	(sì / no)

7. ORIGINI DELLE VOCI / INTERPRETAZIONE

Come uditore di voci, vorrai certamente una spiegazione dell'origine delle tue voci, come interessa anche a noi professionisti. Tuttavia, spesso tu non possiedi lo stesso quadro di riferimento. Voglio parlare con te delle origini delle voci e questo riguarda due aspetti. L'identificazione: chi è la voce e il quadro di riferimento. Vorrei conoscere le tue idee in merito a questi due aspetti. Prima parliamo dell'identificazione.

7.1 Quale identità assegni alle voci? Parliamo di percezione, chi pensi che siano le voci?

Le voci sono di una persona vivente:

1. che fa parte della tua vita di tutti i giorni sì / no
2. i tuoi genitori o un altro familiare sì / no
3. qualcuno che ti è sconosciuto sì / no

Le voci sono di una persona deceduta

4. che tu conoscevi molto bene sì / no
5. che ti era sconosciuta si / no

Le voci sono

6. sintomi di una malattia sì / no
7. una o più parti della tua personalità (dal subconscio) sì / no

Le voci sono

8. una buona guida sì / no
9. uno spirito di qualcuno del tuo passato (reincarnazione) sì / no
10. dei, spiriti, angeli sì / no
11. un dio buono sì / no
12. un cattivo spirito o il diavolo sì / no
13. entità (una persona o un potere spirituale che non puoi vedere ma c'è. Tu senti o percepisci la sua presenza.) sì / no
14. percezioni straordinarie (telepatia, medianicità) sì / no
15. risultato del dolore di altri o di qualcosa intorno a te sì / no

Per favore, descrivi in quale quadro di riferimento teorico pensi che si collochi la tua esperienza e perché:

7.2 Ciascuna delle tue voci ha un quadro di riferimento diverso? Se è così, perché?

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

8. RELAZIONE CON LE VOCI

8.1 Vorremmo chiederti che tipo di relazione hai con le tue voci. Sei in grado di influenzare la voce in qualche modo? Sì / no
Fornisci qualche esempio:

8.2 Le voci ti lasciano una situazione di impotenza? Se è così, come riescono a farlo? (con la loro presenza o tramite quello che ti dicono?)

8.3 Hai il controllo sulle tue voci? E' sempre stato così? Per favore, descrivilo

8.4 Sei in grado di parlare con le voci? Lo fai? Parli con loro a voce alta o nella tua mente? (o entrambe?) Come reagiscono le voci? Hanno sempre reagito nello stesso modo? Se non è così, perché? Fornisci qualche esempio:

8.5 Dici mai parolacce alle tue voci? Se sì, come? Lo fai ad alta voce o nella tua mente? Sei in grado di annullare le tue voci?

8.6 Sei in grado di rifiutare i loro ordini? Se è così, quali ordini puoi rifiutare e quali no? Cosa succede se ti rifiuti di fare ciò che le voci ti ordinano?

8.7 Sei in grado di chiudere una conversazione con le voci e poi riaprirla?

8.8 Se senti delle voci, ti concentri principalmente su quello che ti dicono oppure su quello che stai facendo? Questa cosa varia secondo la voce o secondo il momento?

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

9. 10. 11. 12. STRATEGIE DI AFFRONTAMENTO

Abbiamo appena finito di parlare della tua relazione con le voci. Vorrei sapere cosa fai esattamente, quando senti le voci. *Se la risposta è sì, chiedere quante volte succede e qual è l'effetto.*
Cosa fai quando senti le voci?

9. STRATEGIE COGNITIVE

Numero	Strategia	Sì / No	Se sì, descrivi
1	Mando via la voce		
2	Ignoro le voci		
3	Mi concentro ad ascoltare		
4	Adotto uno schema di ascolto selettivo		
5	Forzo il mio pensiero in altra direzione		
6	Faccio un patto con le voci		

10. STRATEGIE COMPORTAMENTALI

7	A volte ti capita di limitare le voci?		
8	Inizi a fare qualcosa?		
9	Scappo dalle voci		
10	Telefono		
11	Faccio visita a qualcuno		
12	Mi distraggo		
13	Tengo un diario delle mie voci		
14	Assumo certi comportamenti o rituali		

11. STRATEGIE FISIOLOGICHE

15	Esercizi di rilassamento come lo yoga		
16	Farmaci		
17	Alcool e droga		
18	Cibo		

12. STRATEGIE DI AFFRONTAMENTO – CONCLUSIONE

12.1 Quale metodo hai usato maggiormente? Quanto spesso lo utilizzi? Lo usi sistematicamente? Se no, perché non lo usi?

12.2 Qual è il risultato (senti di aver meno potere o di averlo accresciuto)?

12.3 Se tu sai che le voci appaiono in determinate circostanze, cerchi un approccio diverso? (alternativo, esitamento, cercare di non essere influenzato/a)?

12.4 Nel passato, hai mai provato qualcosa che sembrava funzionare?

13. DOMANDE LEGATE ALLA TUA INFANZIA

L'infanzia può variare molto da individuo a individuo e causare diversi tipi di esperienze. Alcune persone la ricordano con piacere mentre altre se la lasciano alle spalle il più presto possibile. Qual è la percezione che hai della tua infanzia?

13.1 La tua infanzia è stata stressante o piacevole? Puoi raccontarmela?

13.2 Ti sentivi al sicuro a scuola, per strada e in casa? Se no, ti prego di spiegarmi il perché

13.3 Da bambino/a sei stato maltrattato/a? In che modo?

13.4 Da bambino/a hai mai ricevuto punizioni strane? Ad esempio, essere chiusa a chiave in bagno o essere legato/a?

13.5 Da bambino/a o adolescente, sei mai stato oltraggiato o sminuito' Hai mai avuto la sensazione di non essere stato voluto, oppure hai mai provato la sensazione di non essere capace di fare nulla di giusto?

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

13.6 Sei mai stato testimone del maltrattamento di un altro familiare?

13.7 Sei mai stato abusato sessualmente da un membro della tua famiglia?

13.8 Hai mai subito sesso contro la tua volontà? In una situazione in cui non sei stato in grado di resistere o fuggire?

14. STORIA MEDICA

14.1 Hai mai seguito una terapia? Ti è stata prescritta una terapia a causa delle tue voci? Che tipo di terapeuta?

Anno	Clinica / ambulatorio	Tipo di terapeuta	Durata	Indicazioni di cura

14,2 Con quale terapeuta hai parlato delle tue voci?

14.3 Cosa ha fatto il terapeuta in rapporto alle tue voci?

15. RETE SOCIALE

I contatti con gli altri sono una parte importante della nostra vita. Per prima cosa vorrei chiederti di parlarmi delle persone con le quali tu hai una relazione personale e altre persone che per te sono importanti. L'ordine non è importante e non ti chiederò di fornirmi nomi e cognomi. Le iniziali o indicazioni tipo "mio figlio/a" saranno sufficienti.

Numero	Nome	Sa delle mie voci – sì / no	Parla delle mie voci – sì / no
1			
2			
3			

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26

4			
5			
6			
7			
8			

Associazione di Promozione Sociale "ARCI INTERVOICE ITALIA - APS"
Piazza Genta snc, 17043 Carcare (Sv) - CF 92122470096 – info@intervoiceitalia.it - intervoiceitalia@pec.it
Registrata il 21/1/26 Agenzia Entrate Savona n. 24 serie 3 – Iscritta al RUNTS sezione APS n. rep. 163788 il 6/2/26