

Gruppi di auto-aiuto psichiatrico: verso la ricostruzione dell' identità

di Sandra Vannucchi

“Molti nuotano in un fiume di benessere e all'improvviso non sanno più che fare di se stessi e della propria vita. Non è forse uno stridulo campanello d'allarme che nei Paesi ricchi così tanti giovani cerchino la morte, mentre nei Paesi dove si muore di fame la stessa gioventù corra dietro a una scodella di riso per rimanere in vita?” (Bosmans, 2000).

Incontriamo un numero sempre crescente di persone infelici. Gli uomini si ammalano per uno stile di vita malato, un ritmo di vita frammentato, una natura inquinata, un'alimentazione innaturale. Si ammalano per la sopravvalutazione del denaro e del possesso, per una società malata.

La società individualista odierna obbliga l'essere umano ad andare contro la propria natura di animale sociale. L'uomo si ritrova in una continua, frenetica corsa per raggiungere potere e successo, per soddisfare i bisogni che la stessa società gli ha inculcato.

La vita dell'individuo, principalmente nelle grandi metropoli, si presenta stressante, frustrante e le persone spesso non sono sufficientemente forti per superare interamente questi stati di sofferenza. I profondi sensi di colpa ed i rapidi cambiamenti creano instabilità psichica. L'essere umano non riesce così rapidamente a mutare nel profondo, la componente inconscia non segue questi ritmi, troppo lontani dai ritmi della natura cui siamo adattati filogeneticamente, cioè nel corso di secoli e millenni.

A tutto questo si aggiunge una pesante crisi economica che sta attraversando il nostro Paese.

Ne risulta una società in crisi e un significativo e conseguente aumento anche dei disturbi psichiatrici.

La depressione costituisce una condizione patologica molto frequente, con una prevalenza che giunge fino al 8% nella popolazione generale. Questo disturbo è anche associato all'emergenza di gravi deficit in diverse aree di funzionamento (familiare, lavorativo, sociale) e ad un elevato rischio di mortalità, dovuto principalmente alla possibile messa in atto di condotte suicidarie (Levi & Meledandri, 1994).

Ansia e depressione sono i più frequenti, ma anche le diagnosi di disturbo di panico, schizofrenia e disturbo bipolare stanno aumentando (Finn, Bishop, & Sparrow, 2007).

L'incremento dell'incidenza e della prevalenza dei disturbi psichici, stimata del 25-30% della popolazione generale (Kessler, 1995), pone problemi tali che nessuna società potrà permettersi risposte solo di tipo professionale. Si pone, dunque, un problema di cooperazione tra sistemi di cura formali e informali per la protezione della salute in generale e di quella mentale in particolare.

Con lo sviluppo del Welfare State la qualità della vita è giunta ad essere considerata un diritto fondamentale di tutti i cittadini. L'esistenza di programmi di educazione alla salute presuppone che l'individuo sia visto in parte come responsabile del proprio stato di salute, e che debba eseguire determinate attività per mantenerlo.

Se la salute è considerata un bene pubblico, e non solo un "problema" privato, lo Stato è chiamato a offrire servizi nel momento in cui prevale una concezione prettamente medica d'intervento sulla patologia e sulla malattia, la centralità dei servizi è accordata all'ospedale inteso come luogo di cura per eccellenza. Nel momento in cui si è imposta una concezione incentrata sulla prevenzione della malattia e sulla promozione della salute si sono resi necessari altri servizi:

decentrati sul territorio, più vicini ai luoghi di vita delle persone, volti a realizzare attività di educazione alla salute (Zani & Cicognani, 2000).

Il welfare mix si fonda sul concetto di rete di aiuto e sull'assunto che per la soddisfazione dei propri bisogni di salute ogni attore sociale può fare riferimento ad una rete di sostegno, costruita da una molteplicità di nodi: dal sistema dei servizi sanitari al contesto lavorativo, dall'ambiente familiare all'ambiente amicale, dalla comunità di vita e di appartenenza alla sfera affettiva, sessuale e relazionale.

Vista la continua diminuzione d'investimenti e finanziamenti, da parte degli stati moderni, nel campo dei servizi sociali, si rende sempre più necessario un coordinamento ed una maggiore valorizzazione delle risorse sociali che possono esistere in ogni comunità.

Come suggerisce Santinello (2009) i gruppi di auto-aiuto rappresentano un'importante risorsa per la comunità poiché diventano un tipo d'intervento a basso costo rispetto a quello professionale, fortemente legato ai bisogni dei partecipanti in quanto nascono direttamente da loro, meno stigmatizzante rispetto ad un servizio ufficiale e più facilmente disponibile. I gruppi non vanno in nessun modo a sostituire l'intervento professionale.

Nell'ottica della psicologia di comunità ciò è molto interessante poiché si promuove l'empowerment del singolo attraverso le naturali dinamiche di gruppo.

Il recupero non è definito in termini di riduzione dei sintomi, bensì è visto come un processo continuo per imparare a convivere con una disabilità, per sviluppare un senso di appartenenza, per ricostruire un senso di autonomia nonostante i limiti (Davison, Pennebaker, & Dickerson, 2000), per affrontare lo stigma e la discriminazione e ritrovare un senso positivo di sé. I programmi di successo sono quelli che soddisfano il bisogno di fornire supporto continuo nel

lungo periodo in un contesto in cui gli individui possono sviluppare le proprie risorse e competenze con meno dipendenza dai servizi di salute mentale.

1. I GRUPPI DI AUTO-AIUTO

All'inizio del secolo scorso Peter Kropotkin, filosofo sociale, nel suo libro pionieristico "Mutual Aid", opera che ha dato il via a tutta la moderna letteratura scientifica in tema di auto-aiuto, avanzò la tesi secondo cui la stessa evoluzione della specie umana sarebbe stata impossibile senza l'attitudine degli uomini a "riunirsi" tra di loro, a cooperare, a sostenersi reciprocamente di fronte ai problemi comuni o ai pericoli esterni.

Per Kropotkin (1901) la solidarietà e l'aiuto reciproco erano le forze intrinseche del progresso umano, contrariamente alla concezione hobbesiana dell' "*homo homini lupus*" allora in voga, che riteneva preminente la lotta solitaria di ciascuno contro tutti per la sopravvivenza.

Questa interpretazione richiama uno dei costrutti principali del pensiero adleriano, ossia il concetto di sentimento sociale, inteso come il bisogno insito in ogni uomo di cooperare e di partecipare emotivamente con i propri simili. L'auto-aiuto, allora, si configura come pratica sociale, ossia espressione e al tempo stesso strumento di potenziamento di questa particolare e fondamentale istanza innata nell'uomo (Adler, 1931).

Caplan (1974) propose una definizione articolata dei gruppi di auto-aiuto definendoli come autonomi e basati sull'interazione faccia a faccia. In essi i membri possono condividere, oltre che un problema o un interesse, un particolare retroterra socioculturale. Riteneva che il gruppo dovesse formarsi sulla base di un bisogno percepito da un insieme di persone che si organizza spontaneamente. I membri devono avere una fiducia esclusiva verso il gruppo e devono prendere le distanze dai professionisti.

In letteratura la definizione più diffusa è quella di Katz e Bender (1976) secondo cui i gruppi di auto-aiuto sono strutture di piccolo gruppo, a base volontaria, finalizzate al mutuo aiuto e al raggiungimento di particolari scopi. Essi sono di solito costituiti da pari che si uniscono per assicurarsi reciproca assistenza nel

soddisfare bisogni comuni, per superare un comune handicap o un problema di vita, oppure per impegnarsi a produrre desiderati cambiamenti personali o sociali. I promotori di questi gruppi hanno la convinzione che i loro bisogni non siano, o non possano essere, soddisfatti da o attraverso le normali istituzioni sociali. I gruppi di self-help enfatizzano le interazioni sociali faccia a faccia ed il senso di responsabilità personale dei membri. Essi spesso assicurano assistenza materiale e sostegno emotivo; tuttavia, altrettanto spesso appaiono orientati verso una qualche “causa”, proponendo una “ideologia” o dei valori sulla base dei quali i membri possono acquisire o potenziare il proprio senso d’identità personale.

Un gruppo di auto-aiuto può dunque essere inteso come un tipo di risorsa comunitaria che privilegia, a partire dalla condivisione di un medesimo problema e bisogno, l’aiuto reciproco tra pari, incoraggiando la condivisione di un sapere che deriva dalla diretta esperienza del problema stesso e la cui leadership si trova tra le mani degli stessi membri.

Una definizione importante è quella dell’assistente sociale Grosso (1996) che definisce i gruppi di auto-aiuto come gruppi che offrono alle persone la possibilità di esercitare attenzione ai loro corpi, alle loro menti e ai loro comportamenti e possono aiutare gli altri a fare la medesima cosa. I gruppi offrono supporto a coloro che lo richiedono, restituiscono alla persona una competenza, un senso di sé, un ruolo e al contempo costruiscono nuovi legami tra le persone.

In base alle molte definizioni si può evidenziare che l’auto-aiuto si fonda sulla relazione tra individui e contribuisce a produrre senso di appartenenza, autostima, potenza, apprendimento e cambiamento individuale e collettivo. Tali gruppi possono rappresentare e costituire un’integrazione alle risorse già presenti sul territorio. Possono anche essere considerati una forma di critica al sistema pubblico nel momento in cui nascono per soddisfare un bisogno che il

sistema formale dei servizi non è in grado di soddisfare o a cui risponde secondo codici non condivisi dagli individui (Tognetti Bordogna, 2002).

I gruppi di self-help attivano un processo di autorealizzazione in quanto lo stato di disagio non viene percepito solo come problema, ma anche come risorsa in quanto, nel momento in cui il problema viene esternalizzato, è più facilmente gestibile. Inoltre tale esternalizzazione produce un sentimento di utilità. “Lo scambio delle proprie esperienze (non il riferito di esperienze altrui) in un contesto fra pari costituisce l’elemento centrale dell’auto-aiuto. Si impara in tal modo ad aprire le proprie esperienze agli altri e ad ascoltare quelle degli altri” (Pini, 2009. p. 26).

La novità culturale promossa dalla filosofia dell’auto-aiuto consiste nell’attivare le risorse di chi in prima persona vive un disagio, restituendo responsabilità e protagonismo a chi non avrebbe voce in capitolo se fosse relegato nel ruolo di “paziente” (Zani & Cicognani, 2000).

Inoltre la condivisione dell’esperienza permette di procedere al riconoscimento del problema, la condivisione di conoscenze e strategie risolutive, l’eliminazione o la riduzione del processo di etichettamento.

2. Nascita ed evoluzione dell'auto-aiuto

I gruppi di auto-aiuto nascono ufficialmente nel 1935, anno di fondazione degli Alcolisti Anonimi negli Stati Uniti. Questo gruppo nasce durante la Grande Depressione, periodo in cui gli alcolisti ricoprivano il ruolo dei falliti sociali, non ricevevano alcun tipo di trattamento medico (Albanesi, 2004).

Gli Alcolisti Anonimi sono la prima società di eguali che nasce con l'obiettivo di trovare un'alternativa ai percorsi di cura tradizionali, fondata sul riconoscimento delle potenzialità del reciproco sostegno, della responsabilizzazione dei singoli e l'acquisizione di uno stile di vita sano.

Quest'esperienza ha dato il via alla fondazione di gruppi di auto-aiuto specifici per diverse problematiche, dai Narcotics Anonymous, gruppo per tossicodipendenti, Gamblers Anonymous per giocatori d'azzardo, Overeaters Anonymous per disturbi alimentari, ai Emotion Anonymous per disturbi emotivi. Tra il 1930 e il 1950 negli Stati Uniti vengono fondate le associazioni dei familiari anonimi di alcolisti (Al-Anon e Al-Ateen) e familiari di bambini con handicap. Nel 1958 viene fondata Synanon, comunità per il recupero sviluppata sull'autonomia dai servizi formali, e Recovery Inc., un'associazione di utenti ed ex pazienti psichiatrici, atta a facilitare l'inserimento sociale dei malati mentali ed il mantenimento di una condizione di benessere attraverso attività di auto-aiuto.

Negli anni Settanta i gruppi di auto-aiuto ebbero un enorme sviluppo, in ambiti molto diversi, negli Stati Uniti, in Gran Bretagna ed in Europa settentrionale. Tale proliferazione è dovuta soprattutto al tentativo di colmare le lacune dei servizi ufficiali, ma anche alla loro struttura e organizzazione (Santinello, Dallago, & Vieno, 2009).

Bateson (1972) ha analizzato l'organizzazione e i metodi degli Alcolisti Anonimi, evidenziando l'utilità della condivisione di un problema e del sostegno vicendevole. Ha sottolineato l'importanza, al fine del superamento del problema,

di due processi: la condivisione e l'aiuto reciproco, processi che sono anche alla base dell'auto-aiuto psichiatrico.

In salute mentale le prime esperienze spontanee di auto-aiuto risalgono ai club dei dimessi dai manicomi americani negli anni Trenta, teorizzati in seguito da Bierer sotto il nome di Clubs socio-terapeutici.

A partire dagli anni '70 si assiste ad una proliferazione dei gruppi di auto-aiuto psichiatrico, specie negli Stati Uniti, dove tali gruppi hanno prevalentemente un orientamento "separatista" (Cesario, Mariotti, & Sani, 2001), cioè sono caratterizzati dal fatto di non ammettere al loro interno alcun professionista. Il movimento dei pazienti ed ex-pazienti psichiatrici nasce in opposizione o al di fuori del sistema psichiatrico istituzionale, laddove la psichiatria si presenta più repressiva e con funzioni di controllo sociale (Tognetti Bordogna, 2002). I suoi obiettivi principali sono l'organizzazione di strutture alternative ai trattamenti psichiatrici tradizionali e la rivendicazione da parte delle persone etichettate come "malati di mente" del diritto di cittadinanza.

In Inghilterra l'auto-aiuto si sviluppa nel corso degli anni '80 con un orientamento "non separatista", ossia è prevista la presenza di operatori all'interno dei gruppi, a patto che si rispettino alcune regole fondamentali tra cui la condivisione da parte dello stesso dei principi dell'auto-aiuto. Inoltre presenta elementi di integrazione con i servizi di salute mentale. L'orientamento "non separatista" dei gruppi inglesi trova una motivazione nel contesto sociale nel quale i gruppi si formano. Infatti in Inghilterra esiste una lunga tradizione di volontariato nell'ambito della salute mentale, dove operano comunità alternative alle iniziative istituzionali, costituite da operatori, volontari.

La caratteristica dell'auto-aiuto anglosassone è la predisposizione di interventi mirati a sostenere e difendere un membro del gruppo nei confronti di diversi interlocutori, dalla famiglia ai vicini di casa ai servizi socio-sanitari (Bettarini & Terranova, 1994).

Il movimento dell'auto-aiuto nei primi anni '80 si diffonde anche in Germania, con un modello "separatista", negli Stati Uniti, Olanda, Francia, Est Europa, Paesi Scandinavi e Italia, con un modello "non separatista" (Cesario, Mariotti, & Sani, 2001).

In Italia le prime esperienze di auto-aiuto psichiatrico nascono negli anni Settanta, successivamente al processo di deistituzionalizzazione attuato dalla legge 180 del 1978 che prevede la chiusura dei manicomi. I principi sui quali si fonda il self-help sono in sintonia con i movimenti antipsichiatrici di quell'epoca in quanto si ispirano al principio della demedicalizzazione dei pazienti (Focardi, Gori & Raspini, 2006).

Tali prime esperienze sono state favorite da quei professionisti che si sono adoperati per passare da una cultura fondata sulla crisi ad una pratica di rete che si modula nel servizio.

Rispetto alle esperienze di auto-aiuto anglosassoni, che in questo ambito svolgono una vera e propria opera di pressione contro la psichiatria ufficiale, i gruppi italiani hanno perso questo atteggiamento di protesta ed hanno una posizione collaborativa piuttosto che sostitutiva verso le istituzioni. I gruppi in questo settore sono molto eterogenei in quanto includono differenti sintomatologie e vari livelli di gravità. (Focardi, Gori & Raspini, 2006).

A Firenze alla fine degli anni Settanta vengono apportate delle innovazioni sia negli ospedali che sul territorio. In alcuni reparti dell'Ospedale Psichiatrico di San Salvi, si svolgono assemblee aperte ad utenti, tirocinanti e volontari, nelle quali viene favorita l'uguaglianza e la comunicazione fra i partecipanti (Pini, 1981).

Alcuni operatori sentono il bisogno di trovare alternative agli ambulatori, che in quel periodo servivano da filtro per l'Ospedale Psichiatrico. Tali operatori cercano d'instaurare un clima d'interazione con gli utenti al fine di andare oltre la semplice prescrizione di farmaci e oltre il setting psicoterapeutico

tradizionale. La sala d'attesa diviene un luogo di attività in collaborazione con la Tinaia, un laboratorio artistico di San Salvi.

Nel 1978 uno psichiatra in collaborazione con alcuni tirocinanti dà vita ad un gruppo di libera discussione, aperto anche ai familiari e a chiunque voglia partecipare. Questo gruppo rappresenta un tentativo pionieristico per offrire agli utenti, agli psichiatri ed alla ASL un'alternativa all'approccio delle istituzioni nei confronti del disagio psichico.

Nel 1988 lo psichiatra che aveva fondato il gruppo di "libera discussione" a Firenze si trasferisce a Prato, dove cerca di sviluppare l'auto-aiuto. Nel 1993 si costituisce l'AIMe (Associazione Italiana per la Salute Mentale) come sezione italiana della European Regional Council-World Federation of Mental Health (ERC-WFMH). Gli utenti occupano nello Statuto dell'associazione una posizione di rilievo sia in ambito organizzativo che operativo.

3. UNA RICERCA ESPLORATIVA NEL TERRITORIO PRATESE

Partendo da questi presupposti abbiamo condotto una ricerca per indagare il funzionamento e l'efficacia dei gruppi di auto-aiuto psichiatrico nel territorio pratese.

In particolare abbiamo voluto indagare se e in che modo la partecipazione ai gruppi di auto-aiuto influenza il livello di benessere psicologico, la qualità della vita, il supporto sociale percepito ed il funzionamento dei partecipanti, analizzando gli effetti della partecipazione ai gruppi sull'utilizzo di servizi sanitari e sugli indicatori di salute, quali ricorso ai servizi d'emergenza, utilizzo di farmaci, giorni di lavoro persi per malattia, ecc.

A tale scopo sono stati sottoposti ad interviste semi strutturate e focus group 6 operatori e 12 utenti appartenenti a quattro gruppi di auto-aiuto psichiatrico di Prato, che si differenziano per tipologia (problematiche miste o comuni, "separatisti" o "non separatisti", con o senza attività).

Sono stati inoltre intervistati 4 testimoni chiave, persone che hanno contribuito a vario livello organizzativo ed istituzionale alla nascita di questi gruppi. Nello specifico sono stati intervistati due funzionari Regionali, un coordinatore dei gruppi e uno psichiatra promotore dei gruppi di auto-aiuto a Firenze e a Prato.

I dati ricavati dalle interviste registrate e poi trascritte sono stati sottoposti successivamente ad analisi del contenuto tramite il software ATLAS.TI© della Scientific Software di Berlino per l'analisi qualitativa dei dati.

4. Risultati e conclusioni

Attraverso questa indagine si è cercato di evidenziare le caratteristiche dei gruppi di auto-aiuto psichiatrico di Prato, la percezione di funzionamento e di efficacia dagli utenti, la modalità di gestione dei diversi gruppi, le differenze fra gruppi “separatisti” e “non separatisti”.

Dall’analisi delle interviste emerge che i gruppi pratesi sono nati per volontà degli operatori del Dipartimento di Salute Mentale in risposta alla L180 del 1978 seguendo il modello “non separatista”, che prevede all’interno dei gruppi la presenza degli operatori.

La filosofia di fondo dei gruppi di auto-aiuto è il raggiungimento dell’autonomia del gruppo e dei singoli, ma dalle interviste emerge che questo obiettivo non è semplice da raggiungere per vari motivi.

Il concetto di autonomia sembra essere davvero complesso. Dei quattro gruppi pratesi presi in considerazione per questa ricerca due sono staccati dai servizi, uno dei due presenta al suo interno degli operatori.

Secondo i testimoni chiave i gruppi autonomi hanno vita breve, e ciò è in qualche modo sottolineato dall’unico gruppo “separatista” distaccato dalla Asl che lamenta diverse difficoltà legate proprio a questo distaccamento. Queste difficoltà sono state esplicitate a partire dall’indicazione che un professionista fa sull’opportunità di partecipare ai gruppi di auto-aiuto. Il servizio non invia gli utenti a questo gruppo in quanto ha i propri gruppi di riferimento, per cui il gruppo in questione si trova decimato nel tempo, in quanto gli utenti seguono il loro percorso all’interno del gruppo, e, una volta acquisiti gli strumenti per essere autonomi, lasciano il gruppo.

Come suggerisce la letteratura classica (Katz & Bender, 1976) i gruppi enfatizzano le relazioni sociali faccia a faccia ed il senso di responsabilità personale dei membri, non solo attraverso il dialogo ma anche tramite le attività. Alcuni dei gruppi presi in esame cercano di raggiungere l’autonomia tramite

attività sociali, che permettono anche una maggiore integrazione con la comunità locale, utile per il superamento dello stigma che affligge gli utenti psichiatrici. Infatti alcuni gruppi hanno tra i loro obiettivi l'inserimento sociale e lavorativo.

Un altro punto che sembra accomunare sia i testimoni chiave che gli operatori intervistati è la necessità di personale qualificato all'interno dei gruppi.

Per questo sembra necessario un qualche tipo di formazione. Dai testimoni chiave emerge, infatti, che il personale deve essere qualificato quanto meno per l'organizzazione dei gruppi. Ciò sembra valere anche per i gruppi "separatisti" che propongono dei corsi per formare la figura del facilitatore sociale, persone che hanno vissuto un disagio mentale e che hanno intrapreso un percorso formativo trasformando la loro esperienza di malattia e guarigione in uno strumento professionale da impiegare nella relazione di aiuto con chi vive ancora il disagio.

Per quanto riguarda le motivazioni degli utenti a partecipare ai gruppi di auto-aiuto, si è riscontrato che queste sono legate al miglioramento dei sintomi e della qualità della vita, alla possibilità di essere ascoltati ed ascoltare. Risulta che la frequentazione del gruppo aumenti il benessere della persona.

Gli obiettivi percepiti dagli utenti sono coerenti con quelli degli operatori. Non si parla di guarigione, ma di aumento del benessere, acquisizione della consapevolezza della patologia, socializzazione, autonomia, riappropriazione di una cittadinanza attiva. In accordo con la letteratura (Leung & Arthur, 2004; Rappaport, 1995) i partecipanti al gruppo attribuiscono molta importanza alla condivisione del problema, che li aiuta ad acquisire maggior consapevolezza di sé e del proprio disagio.

Sia dagli operatori che dagli utenti è emerso che talvolta gli utenti arrivano al gruppo inviati dal medico, prendendo la frequentazione come una prescrizione medica. Ma successivamente avviene un cambiamento per cui l'utente entra

nelle dinamiche del gruppo e ne capisce e condivide gli scopi. La partecipazione si trasforma da subita ad una scelta personale.

Un altro aspetto che accomuna i testimoni chiave e gli operatori dei gruppi è la necessità di un rapporto di collaborazione con i servizi, dato in accordo con la letteratura per cui il fenomeno del self-help affronta una grande varietà di problematiche e di sofferenze. Trattandosi di disagi complessi, spesso è indispensabile l'intervento da parte dei servizi sociosanitari (Focardi, Gori & Raspini, 2006).

Inoltre, secondo i nostri intervistati, l'auto-aiuto può avere ricadute positive sul servizio in termini di costi. Sembra, infatti, esserci un risparmio per i servizi in termini di minori TSO, di minori ricadute e di evitamento di consultazioni mediche incongrue. Questo concorda con Santinello (2009) che suggerisce come i gruppi di auto-aiuto rappresentino un'importante risorsa per la comunità poiché diventano un tipo d'intervento a basso costo rispetto a quello professionale, fortemente legato ai bisogni dei partecipanti in quanto nascono direttamente da loro, meno stigmatizzante rispetto ad un servizio ufficiale e più facilmente disponibile. E' importante sottolineare che i gruppi non vanno in nessun modo a sostituire l'intervento professionale.

La letteratura ci indica che le istituzioni da sole non possono soddisfare i bisogni e i desideri delle persone senza coinvolgere nuovi soggetti nella società (Silverman, 1993; Tognetti Bordogna, 2002). Dalle nostre interviste risulta che i gruppi di auto-aiuto psichiatrici sembrano costituire un supporto ai servizi di cura formali.

Gli operatori hanno sottolineato l'arricchimento personale e professionale legato alla partecipazione ai gruppi di auto-aiuto. Il gruppo può aiutare gli operatori a superare il pregiudizio legato alla malattia mentale, suscitando rispetto, comprensione e capacità di condivisione.

Sono percepite ricadute positive anche sulla famiglia che viene supportata nell'aiuto e nella comprensione del familiare e compie un percorso parallelo di crescita personale, dato in accordo con la letteratura per cui i gruppi sembrano offrire ai familiari una serie di risorse di coping, accesso alle informazioni, aumentata *self-efficacy* e un *locus of control* più interno, un incremento di autostima e fiducia, minor senso di colpa, maggior accettazione della patologia (Solomon, Pistrang & Barker, 2002).

Per quanto riguarda la famiglia la situazione sembra essere controversa in quanto se da un lato è emerso che i familiari beneficiano della frequentazione da parte dell'utente di questi gruppi, da un altro lato è emerso che ci sono delle forti contrapposizioni tra gli utenti e i familiari in quanto questi ultimi possono avere un forte potere di delega per l'utente, bloccandone in tal modo l'autonomia, e possono rappresentare una difficoltà per i gruppi in quanto hanno un maggior potere amministrativo e politico.

Sia dai testimoni chiave che dagli operatori ed utenti risultano esserci dei vantaggi anche per gli utenti in termini di miglioramento della qualità della vita, maggiore benessere, attenuazione della patologia, minor uso di farmaci, minori ricoveri, maggiore aggregazione sociale, elementi che costituiscono gli obiettivi dei gruppi di auto-aiuto.

In accordo con la letteratura (Riessman, 1965; Skovholt, 1974) dall'analisi dei dati emerge che i gruppi di auto-aiuto sembrano assolvere delle funzioni psicologiche, quali il supporto sociale percepito e l'aumento delle strategie di coping tramite la condivisione del problema ed il confronto con gli altri.

I gruppi di auto-aiuto hanno come obiettivo il superamento di condizioni di powerlessness, ossia di mancanza di potere a livello individuale e collettivo aumentando il senso di autoefficacia degli individui, ampliando le possibilità di azione (Amerio, 2000). Inoltre risulta che la frequentazione dei gruppi aumenta l'autostima degli utenti grazie alla valorizzazione di se stessi, dato in accordo con

la letteratura per cui l'auto-aiuto si fonda sulla relazione tra individui e contribuisce a produrre, tra le altre cose, un recupero dell'autostima e un miglioramento nella patologia (Katz & Bender, 1976).

La condivisione dell'esperienza permette di procedere al riconoscimento del problema, la condivisione di conoscenze e strategie risolutive, l'eliminazione o la riduzione del processo di etichettamento (Pini, 2009).

Un aspetto interessante, che è emerso sia da un testimone chiave sia da operatori ed utenti di un gruppo, è la prospettiva che il gruppo faccia parte di un percorso terapeutico da affiancare alle cure mediche.

La letteratura suggerisce che dal punto di vista terapeutico l'auto-aiuto può essere una risorsa importante, non tanto come sostitutivo dei servizi di cura formali, quanto come un fenomeno culturale che agisce come prevenzione, ridimensionando i danni provocati dalla sofferenza, modificando l'atteggiamento di delega delle persone (Focardi, Gori & Raspini, 2006).

Vi possono essere anche delle ricadute negative alla frequentazione dei gruppi. Come suggeriscono alcuni operatori il rischio è che si crei una certa dipendenza dal gruppo, che si attivi una sorta di pigrizia da parte dell'utente se si sente troppo protetto dal facilitatore. Inoltre è emerso che bisogna fare attenzione a rispettare i tempi e le modalità dei facilitatori nel momento in cui essi sono utenti o ex utenti. Quest'aspetto sembra collegarsi alla visione di una formazione adeguata per i facilitatori, che siano essi operatori dei servizi o utenti ed ex utenti.

Le maggiori difficoltà incontrate dai gruppi sono legate al rapporto con i servizi che sembrano inviare poco o senza crederci molto. Inoltre i gruppi risentono dei pesanti tagli effettuati sui servizi che si ripercuotono sul personale, sulla turnazione dei medici ed inevitabilmente si ripercuotono sui gruppi.

Altra difficoltà è legata allo stigma che si presenta sia nella società che nelle famiglie degli utenti. Sembra che i gruppi di auto-aiuto attenuino tale problema

offrendo alla famiglia una maggiore comprensione della patologia e facendo integrare socialmente i frequentatori dei gruppi.

Sembra di poter affermare che il coinvolgimento nei gruppi di auto-aiuto ha portato cambiamenti nella vita degli utenti, contribuendo alla riabilitazione della loro malattia, dei familiari e degli operatori.

I gruppi di auto-aiuto psichiatrico sembra quindi possano costituire un valido supporto alle cure tradizionali ed essere complementari alle possibili inadeguatezze dell'attuale sistema di cura. L'accrescimento delle competenze di gestione di un disagio comporta indirettamente un contenimento dei costi delle prestazioni assistenzialistiche. In termini economici e politici il self-help può considerarsi una risorsa importante, non in sostituzione alle prestazioni specialistiche. Il servizio sociosanitario deve infatti rimanere il garante principale della salute del cittadino. Tuttavia i gruppi agiscono preventivamente, ridimensionando i danni provocati da condizioni di sofferenza, modificando l'atteggiamento di delega delle persone e soprattutto operando come riabilitazione.

Si può ritenere che siano necessari ancora molti interventi di sensibilizzazione rivolti ai professionisti, affinché si avvicinino alla cultura dell'auto-aiuto e utilizzino questo strumento di lavoro come una risorsa aggiuntiva alle prestazioni specialistiche.

I sistemi di cura formali ed informali si possono considerare elementi essenziali del lavoro di rete. Lasciati a se stessi i due sistemi d'intervento potrebbero andare uno contro l'altro non producendo, sicuramente, benessere sociale.

Vista la continua diminuzione di investimenti e finanziamenti, da parte degli stati moderni, nel campo dei servizi sociali si rende sempre più necessario un coordinamento ed una maggiore valorizzazione delle risorse sociali che possono esistere in ogni comunità. Infatti, se è vero che i servizi sociali continueranno a funzionare a singhiozzo a causa dell'incostante sostegno dello stato, è altrettanto

vero che la fonte stabile di risorse è data dai network naturali di aiuto (Zani & Cicognani, 2000).

I gruppi di auto-aiuto rappresentano sicuramente una notevole risorsa e, almeno per quanto riguarda il servizio sanitario nazionale, possono considerarsi come interventi innovativi, perché la dimensione grupppale può diventare un contesto nel quale sperimentare l'appartenenza, lo scambio, la condivisione, in controtendenza con l'enfatizzazione di individualismo, non di soggettività, e con la solitudine che caratterizzano la cultura e la qualità della vita di questi tempi (Nutili & Tulli, 2007). Anche nel campo della psichiatria questa metodologia può essere molto utile, sia come efficace strumento per la riduzione del disagio sia come importante strumento di lotta allo stigma della malattia mentale, in quanto sostiene l'integrazione degli utenti psichiatrici nella realtà territoriale.

5. Riferimenti Bibliografici

ADLER, A. (1931). *What Life Should Mean to You*. Brown & Company, Boston. (tr.it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*). Roma: Newton Compton, 1994.

ALBANESI, C. (2004). *I gruppi di auto-aiuto*. Roma: Carocci.

AMERIO, P. (2000). *Psicologia di Comunità*. Bologna: Il Mulino.

BATESON, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Chandler Publishing Company. (tr. it. LONGO, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi).

BETTARINI, F., & TERRANOVA, G. (1994). "Advocacy, differenti forme di acquisizione di potere". *Il seme e l'albero*, 3, 61-65.

BOSMANS, P. (2000). *La felicità è per te*. Paoline Editoriale Libri.

CAPLAN, G. (1974). *Support sistem and community mental health: Lectures on concept development*. Pasadena.

CESARIO, S., MARIOTTI, F., & SANI, D. (2001). *L'Auto aiuto Psichiatrico: I processi aspecifici nella psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.

DAVISON, K.P., PENNEBAKER, J.W., & DICKERSON, S.S. (2000). "Who talks? The social psychology of illness support groups". *American Psychologist*, 55, 205-217. (trad. it. "Chi parla? La psicologia sociale dei gruppi di auto-aiuto nella malattia", *Bollettino di Psicologia Applicata*, 234, 3-19).

FINN, L., BISHOP, B., & SPARROW, N. (2007). "Mutual help groups: An important gateway to wellbeing and mental health". *Australian Health Review*, 31, 246–255.

FOCARDI, F., GORI, F., & RASPINI, R. (2006). "I gruppi di auto-aiuto in Italia. Indagine conoscitiva". *Le briciole*, n. 8.

GROSSO, L. (1996). *I gruppi di auto aiuto un percorso dentro la dipendenza e la sieropositività*. Torino: Gruppo Abele.

KATS, A.H., & BENDER, E. (1976). *The strenght in US: Self-help groups in modern world*. New York: Franklin Watts.

KESSLER, R.C. (1995). "The National Comorbidity Survey: Preliminary results and future directions". *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 139-151.

KROPOTKIN, P. (1901). *Mutual Aid*. Boston: Extending Horizons Books. (Ristampa 1914).

LEUNG, J., & ARTHUR, D.G. (2004). "Clients and facilitators' experience of participating in Hong-Kong self-help group for people recovering from mental illness". *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 232-241.

LEVI, G., & MELEDANDRI, G. (1994). "Epidemiologia dei disturbi psicopatologici nell'età evolutiva". *Parte II Federazione Medica 14*, ARBE, Modena.

NUTILE, E., & TULLI, P. (2007). *I gruppi di auto-mutuo aiuto: una risorsa innovativa da utilizzare nell'ambito di un dipartimento di salute mentale*. In CROZZOLI, L., MANDER, A., & MANDER, R. *I giorni rinascono dai giorni*. Milano: Edizioni Paoline.

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

PINI, P. (2009). *Auto Aiuto Psichiatrico. Corso di aggiornamento Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche, Zona Territoriale 8*, Recanati.

RAPPAPORT, J. (1995). "Empowerment meets narrative: Listening to stories and creating settings". *American Journal of Community Psychology*, 23, 795-808.

RIESSMAN, F. (1965). "The helper therapy principle". In *Social Work*, 10, 2, 27-32.

SANTINELLO, M., DALLAGO, L., & VIENO, A. (2009). *Fondamenti di psicologia di comunità*. Bologna: Il Mulino.

SILVERMAN, P. (1993). *I gruppi di mutuo-aiuto*. Trento: Erickson. (ed. or. 1980).

SKOVHOLT, T.M. (1974). "The client as helper: A means to promote psychological growth". In *Counseling Psychologist*, 4, 58-74.

SOLOMON, M., PISTRANG, N., & BARKER, C. (2001). "The benefits of Mutual Support Groups for parents of children with disabilities". *American Journal of Community Psychology*, 29, 1, 113-132.

TOGNETTI BORDOGNA, M. (Ed.) (2002). *Promuovere i gruppi di self-help*. Milano: Franco Angeli.

ZANI, B., & CICOGNANI, E. (2000). *Psicologia della Salute*. Bologna: Il Mulino.