



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia applicata (FISPPA)**

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche Sociali e del Lavoro**

**A.A. 2023/2024**

*Relational Recovery e Open Dialogue:*

*Uno sguardo critico all'importanza della dialogicità nei servizi di salute mentale*

*Relational Recovery and Open Dialogue:*

*a critical examination of the importance of dialogical approaches in mental health services*

**Relatrice:**

Dott.ssa Santilli Sara

**Laureando:**

Zambarda Alessandro

Matricola n. 1223465

*«L'Altro uomo non mi è indifferente, l'Altro uomo mi concerne, mi riguarda nei due sensi della parola "riguardare". In francese si dice che "mi riguarda" qualcosa di cui mi occupo, ma "regarder" significa anche "guardare in faccia" qualcosa, per prenderla in considerazione.»*

*[Emmanuel Levinàs, Totalità e Infinito]*

## Sommario

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUZIONE</b> -----   | <b>4</b>  |
| <b>CAPITOLO 1: DEFINIZIONE DEI TERMINI CHIAVE</b> -----   | <b>7</b>  |
| 1.1 – Recovery -----  | 7         |
| 1.2 – Dialogo e dialogicità-----  | 8         |
| 1.3 – Psicosi-----  | 9         |
| <b>CAPITOLO 2: VERSO IL COSTRUTTO DI RELATIONAL RECOVERY</b> -----  | <b>12</b> |
| 2.1 – Dal riduzionismo biologico ad un approccio democratico -----  | 12        |
| 2.2 – Personal Recovery e Relational Recovery: esplorando la sottigliezza dei processi di<br>guarigione-----                  | 14        |
| 2.3 – Conclusioni-----  | 18        |
| <b>CAPITOLO 3: EX-IN E OPEN DIALOGUE: ESEMPI DI IMPLEMENTAZIONE DELLA DIALOGICITÀ<br/>NELL'ARCHITETTURA DEI SERVIZI</b> ----- | <b>19</b> |
| 3.1 – Progetto pilota europeo “EX-IN”: la formazione di esperti/e per esperienza -----  | 19        |
| 3.1.1 – Obiettivi-----  | 20        |
| 3.1.2 – Moduli di formazione-----   | 20        |
| 3.2 – Open Dialogue -----   | 21        |
| 3.2.1 – Introduzione all’approccio con riferimento ai principi dialogici -----  | 21        |
| 3.2.2 – Elementi che aprono ed elementi che chiudono lo spazio dialogico -----  | 23        |
| 3.2.3 – Analisi del dialogo e risultati della pratica -----   | 24        |
| 3.3 – Discussioni -----   | 25        |
| <b>CONCLUSIONI</b> -----  | <b>27</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b> -----   | <b>30</b> |

## INTRODUZIONE

Parto a descrivere il mio elaborato di tesi da una frase di Emmanuel Levinàs, che mette in risalto l'importanza di riconoscere l'Altro<sup>1</sup> nella sua intera corporeità e alterità, per accettarne incondizionatamente la sua voce e per gettare le basi del dialogo polifonico.

L'obiettivo è quello di portare all'attenzione un approccio, o meglio una predisposizione epistemologica, che ponga al centro il cittadino ed i suoi diritti, allargando il focus da un modello prettamente biomedico ad uno di matrice olistica e democratica, fondato sulla dialogicità, sulle relazioni aperte, non prescrittive, prive dell'intento strategico di cambiare l'Altro, ma aperte all'accettazione incondizionata dell'alterità. Al cuore della relazione c'è sempre l'idea di reciprocità e di parità, da cui ogni sinergia costruttiva, ogni dialogo profondo e edificante, hanno origine. La salute non si produce e cala dall'alto, non può essere reificata a una serie di pratiche volte al cambiamento strategico e unidirezionale dell'individuo. Emerge sempre da due o più esseri umani, che in un momento e in uno spazio dialogico, si incontrano alla pari e si armonizzano, volgendo lo sguardo al sentimento e all'azione reciproci, aprendosi al dialogo come fondamento delle relazioni umane.

Tutte le persone nascono e vivono all'interno di relazioni, ed è a partire dai modi e dai contenuti che si generano nelle interazioni che la psiche, il mondo interiore ed esteriore prendono forma (Arnkil & Seikkula, 2021). Il dialogo non si impara, è innato. Nasciamo avvolti nei dialoghi, a partire dalle prime interazioni madre-bambino. Eppure, le pratiche delle professioni umane, dalla psichiatria ai servizi sociali, possono perdere di vista il cuore della dialogicità. Ciò si verifica quando i fondamenti epistemologici non vengono tenuti sufficientemente in considerazione, quando cioè si assumono delle posizioni settoriali, unidirezionali e confinate.

Povertà, discriminazione, difficile accesso ai servizi, area geografica di residenza, sono solo alcuni dei fattori sociali critici per la salute mentale dei cittadini, che spesso vengono ignorati o esclusi nei discorsi e nelle pratiche nel campo della salute mentale. Si pone al centro, invece, il trattamento farmacologico, come strategia elettiva per un obiettivo di diagnosi e cura che sia quanto più *efficace* (efficacious) ed *efficiente* (efficient), con la tendenza a far collassare l'efficacia nell'efficienza, confondendo la prima con la seconda; si prediligono i trattamenti efficienti, capaci di raggiungere il risultato di "guarigione" nel più breve tempo possibile e utilizzando il minor numero di risorse.

---

<sup>1</sup> L'Altro scritto con la "A" maiuscola è una scelta stilistica oltre che linguistica, per dare credito alle fondamentali relazioni tra persone, dove l'Altro, appunto, è sempre e totalmente estraneo dall'io.

Nel corso del XIX e XX secolo, la psichiatria ha sostenuto l'idea che i problemi di salute mentale siano meglio compresi attraverso un idioma biomedico, utilizzando strumenti scientifici simili a quelli impiegati per investigare problemi fisici. Il "paradigma tecnologico" attuale in psichiatria incorpora queste prospettive, orientandosi positivisticamente e assumendo che i problemi di salute mentale derivino da meccanismi o processi difettosi, trattabili con interventi tecnologici indipendenti dalle relazioni. Tuttavia, questo paradigma non ha servito bene alla psichiatria e ai servizi di salute mentale, ignorando questioni epistemologiche fondamentali e non producendo risultati coerenti con la medicina basata sull'evidenza. Il crescente corpo di prove empiriche indica l'importanza primaria degli aspetti non tecnici dell'assistenza sanitaria mentale. Inoltre, sostiene che una vera collaborazione con il movimento degli utenti dei servizi può avvenire solo se la psichiatria è disposta a superare la primazia del paradigma tecnologico. Il progresso sostanziale nel campo non deriverebbe tanto dalla neuroscienza e dai farmaci quanto da una riconsiderazione fondamentale di cosa sia realmente l'assistenza sanitaria mentale e di come sviluppare conoscenze ed esperienze genuine in questo settore (Bracken & al., 2016).

L'evoluzione del panorama della salute mentale ha visto emergere un crescente riconoscimento dell'importanza delle relazioni umane nel processo di guarigione. Questo studio si propone di esplorare in modo critico il concetto di "Relational Recovery" e la centralità della dialogicità all'interno dei servizi di salute mentale contemporanei. La "Relational Recovery" si basa sull'idea che la guarigione psicologica e emotiva sia intrinsecamente legata alla qualità delle relazioni interpersonali. Attraverso una revisione critica della letteratura scientifica, si esamineranno le sfide e le opportunità legate all'implementazione di approcci centrati sulla relazione in contesti di salute mentale. In particolare, si esplora come la dialogicità, intesa come un processo interattivo e aperto di scambio di significati, giochi un ruolo cruciale nel favorire la comprensione reciproca tra operatori sanitari e utenti.

Un punto di particolare interesse sarà l'analisi dell'Open Dialogue, un approccio innovativo che promuove la partecipazione attiva di tutti gli attori coinvolti nella cura, creando uno spazio dialogico in cui emergono significati condivisi. Questo modello, originario dalla Finlandia, offre uno spunto interessante per esaminare come la dialogicità può essere integrata nei servizi di salute mentale per favorire un processo di guarigione più partecipativo e centrato sulla persona. Verranno presentate anche altre pratiche relazionali, attive ad oggi sul territorio nazionale e internazionale, tra cui il progetto pilota europeo

“Leonardo Da Vinci EX-IN 2005-2007”, con il quale sono entrato in contatto nel corso del mio tirocinio formativo presso l’associazione ONLUS La Strada-Der Weg.

Attraverso questa tesi bibliografica, si propone di contribuire alla comprensione critica di come la Relational Recovery e la promozione della dialogicità possano trasformare i servizi di salute mentale, aprendo nuove prospettive verso un approccio più umanizzato e partecipativo per la cura psicologica.

## CAPITOLO 1: DEFINIZIONE DEI TERMINI CHIAVE

Nel contesto complesso della ricerca scientifica, come di quella bibliografica, la precisione e la chiarezza nel linguaggio rivestono un ruolo fondamentale per la validità di un elaborato accademico. Il presente capitolo si dedica alla definizione dei termini chiave che costituiranno la base concettuale dell'elaborato. L'importanza di questa sezione risiede nella sua capacità di creare un terreno comune di comprensione, fornendo un quadro chiaro e inequivocabile per l'interpretazione delle argomentazioni presentate nel seguito.

### 1.1 – Recovery

La definizione più usata di recovery ad oggi, è: *“Un processo profondamente personale e unico di cambiamento delle proprie attitudini, valori, sentimenti, obiettivi, competenze e ruoli. È un modo di vivere una vita soddisfacente, speranzosa e contributiva, anche con le limitazioni causate dalla malattia. Il “recupero” implica lo sviluppo di un nuovo significato e scopo nella propria vita mentre si superano gli effetti catastrofici della malattia mentale.”* (Anthony, 1993). Una versione più recente, derivante da un articolo pubblicato dal South London and Maudsley (SLaM) NHS Foundation Trust, è stata formulata in risposta alla necessità di aggiornare la terminologia corrente riguardante l'inclusione sociale e il concetto di "recupero": *“Recovery implica vivere nel miglior modo possibile”*. Si sottolinea come, un servizio di salute mentale promotore di “recovery”, aiuterà gli utenti del servizio a percepire che, con il supporto adeguato, possono sviluppare le risorse necessarie ad affrontare le difficoltà, con l'obiettivo di ottenere un senso di controllo sulla propria vita. Gli utenti non sono meri destinatari passivi del sistema di salute mentale (Boardman, 2010).

Il costrutto di *recovery*, all'interno del contesto psicologico e psichiatrico, non rappresenta soltanto un processo individuale, ma deve anche tenere in considerazione gli aspetti interpersonali e comunicativi che contribuiscono alla riuscita di interventi di recupero nei servizi di salute mentale. *“Il recupero si riferisce quindi non solo ai processi di speranza, guarigione, potenziamento e connessione che avvengono a livello individuale, ma anche alla necessità che questi processi funzionino ad altri livelli. La speranza comprende non solo la convinzione di un individuo che una vita migliore sia possibile per sé stesso, ma anche un senso più ampio di opportunità per un'intera comunità culturale e linguistica. La guarigione significa non solo che il disagio di un individuo sia ridotto, ma che la sua famiglia allargata sia in grado di muoversi verso una migliore salute e funzionalità. L'empowerment si riferisce al desiderio dei genitori di poter agire per creare una vita migliore per i loro figli, e anche alla necessità che le comunità siano partecipi nel prendere decisioni riguardo ai sistemi*

*sociali con cui interagiscono*” (Jacobson & Farah, 2012). Il recupero dalla malattia mentale è un processo sociale, in cui i fattori che contribuiscono al cambiamento hanno a che fare con la qualità delle relazioni sociali (Schön, Denhov, & Topor, 2009). Si tratterà poi nel dettaglio il costrutto di “Relational Recovery”, nel capitolo ad esso dedicato, sottolineandone il ruolo nella costruzione di progetti per i servizi di salute mentale.

## **1.2 – Dialogo e dialogicità**

Trattiamo ora dell’elemento centrale di questo elaborato di tesi, ossia il *dialogo* e la *dialogicità*. Come esseri umani siamo immersi, fin dai primi momenti di vita, all’interno di un mondo relazionale ed espressivo, nel quale gli individui comunicano tra loro – e con la società in generale – servendosi di enunciati (*utterances*), unità individuali di linguaggio, come parole, frasi o discorsi. Nei circoli accademici russi post-guerra fredda, troviamo delle figure di spicco, tra cui Michail Bachtin, Valentin Voloshinov e Lev Vygotskij, promotori di un eclettismo linguistico che ha rivoluzionato il pensiero occidentale e portato alla definizione di un paradigma dialogico, all’interno del quale si è studiato l’uomo e la società in cui esso è inserito. Per questi autori non è possibile una distinzione netta tra psicologia, linguaggio e cultura, come potremmo assistere oggi; credevano invece, che i prodotti delle attività umane, nelle loro varie forme, fossero tutti interconnessi (Lähteenmäki, 1994).

Bachtin, ritiene che il *dialogo* sia il costrutto alla base di tutte le attività e dell’esistenza umane, non come semplice forma di comunicazione, ma come fondamento epistemologico e ontologico. È fondamento epistemologico perché l’atto di conoscere, in quanto attività umana, non potendo trascendere dalla sua natura sociale e relazionale, è generato nel dialogo. Il fondamento ontologico risiede invece, nel tentativo da parte dell’individuo di comprendere e padroneggiare, attraverso il dialogo, la complessa natura relazionale e interazionale della coscienza (Lähteenmäki, 2001). Il *dialogo* è un modo innato e naturale di entrare a contatto con il mondo, partecipando attivamente alle relazioni sociali, dove la coscienza individuale non è rappresentabile come un’entità autonoma e indipendente, ma esiste solo in relazione alle altre coscienze presenti nell’ambiente, ognuna delle quali rappresenta un diverso punto di vista sul mondo, una diversa voce nello spazio dialogico in cui è inserita.

Lo stesso Vygotskij, nei suoi studi sulla relazione madre-bambino, nel tentativo di descrivere i comportamenti comunicativi del bambino verso il mondo esterno, sottolinea come lo sviluppo della coscienza individuale sia un prodotto del riflesso dei segni e simboli che emergono dalle interazioni con l’ambiente sociale, e non viceversa (Lähteenmäki, 1994).

Lähteenmäki (1994), describe poi come, secondo Voloshinov, “la psiche dell’individuo” sia, in realtà sociale, in quanto si colloca nella posizione intermedia “tra l’individuo e il mondo esterno”. I simboli, attraverso cui la “psiche soggettiva” comunica con il “mondo esterno”, hanno a loro volta un’origine sociale. Il “significato di un simbolo” non appartiene, perciò, alla coscienza soggettiva, ma è un “risultato dell’interazione sociale”.

Per riassumere, il *dialogo* rappresenta qualcosa in più di un semplice discorso alterno tra due o più persone; servendoci dell’etimologia greca della parola, *dià-lògos* denota un movimento, una diffusione del discorso nello spazio e nel tempo. È la partecipazione attiva dell’individuo alle relazioni sociali, che conferisce alla vita la sua natura dialogica. Vivere significa partecipare al dialogo, fare domande, rispondere, essere d’accordo, o in disaccordo, piangere, ridere e così via. L’individuo non può sottrarsi da questa forma di dialogo, in quanto ne è lui stesso parte integrante e contribuente, plasmando e venendo plasmato, continuamente, per mezzo delle interazioni con gli altri e con l’ambiente circostante. La *dialogicità* è quindi un approccio olistico alla comprensione della vita umana, del pensiero e della coscienza all’interno dei contesti sociali. Sottolinea la natura dinamica e interattiva della coscienza individuale, la quale si forma e si plasma attraverso dialoghi continui con gli altri e con l’ambiente circostante.

### **1.3 – Psicosi**

Da una prospettiva di costruzione sociale e dialogica, il costrutto di psicosi può essere definito come un temporaneo e pre-narrativo estraniamento da comportamenti e processi comunicativi, sia verbali che non verbali: una sorta di “*terra di nessuno*” dove le “*esperienze intollerabili*” della persona non trovano una risposta, silenziandone la “*voce*” e diminuendone le capacità di prendere decisioni autonome (Seikkula & Olson, 2003). In un elevato stato di sofferenza, la persona appare spesso bloccata nella disperata incapacità di capire e far capire la natura dei problemi che sta sperando (Seikkula & Trimble, 2005). La *psicosi* può essere interpretata come il frutto di un processo dialogico, generato socialmente e contestualmente, in cui l’individuo interagisce con le persone significative, la società e i discorsi culturali. Questa prospettiva mette in luce l’importanza del linguaggio, della comunicazione e dell’ambiente sociale nel dare forma a esperienze ed espressioni spesso etichettate come eventi psicotici. Ciò implica uno spostamento dall’approccio tradizionale,

focalizzato sull'individuo e sulla patologia, verso una visione che considera l'intera esperienza relazionale umana<sup>2</sup>.

Come descritto dal libro “Understanding Psychosis and Schizophrenia”, pubblicato dal “The British Psychological Society” (Cooke, 2017), le esperienze a cui ci si riferisce quando si parla di *psicosi*, includono fenomeni come: sentire le voci quando non c'è nessuno presente, credere ciecamente in qualcosa che non trova riscontro tra le persone, avere difficoltà a concentrarsi o a parlare coerentemente, apparire inespressivi, apatici o non motivati. Allucinazioni, delusioni, disturbi dell'attenzione e sintomi negativi, sono solo alcuni dei termini utilizzati dal senso scientifico per definire queste esperienze intersoggettive. Spesso queste manifestazioni si attivano di fronte a situazioni problematiche e/o stressanti, accompagnate da emozioni forti e opprimenti. Ma come per tutte le esperienze umane, né i problemi personali, né i modi con cui si affrontano, possono essere uguali a quelli di qualcun altro. Si sottolinea la diversità con cui le persone vivono momenti "psicotici": le stesse emozioni o sensazioni intense possono essere percepite da un individuo come problematiche e potenzialmente pericolose, mentre da un altro come innocue o persino, a volte, potenzialmente positive. Si viene a delineare un continuum delle esperienze psicotiche, all'interno del quale si gioca la partita della definizione di *psicosi*. Da un lato del continuum avremo un basso livello di salute mentale, mentre all'altro polo si avrà un alto livello di salute mentale; noi, come esseri umani, durante tutto l'arco della nostra vita ci muoviamo tra i due poli, lungo questa linea continua. Ci possono essere momenti durante i quali si manifestano emozioni più forti, negative, o anche allucinatorie, senza che debbano essere interpretate come sintomi di un evento psicotico.

Per concludere, si sottolinea come, se per qualcuno il “disturbo mentale” esiste nello stesso modo in cui esiste un osso rotto e che può essere rilevato e trattato allo stesso modo, distinguendo perciò tra una condizione normale ed una anormale, tra uno stato di salute mentale e uno stato di malattia mentale (Cooke, 2017), dall'altro lato c'è una corrente filosofica e accademica che valorizza gli elementi della psicologia positiva a sfavore di un'ideologia della malattia, respingendo la categorizzazione e la patologizzazione delle esperienze umane, sostenendo che i presunti “disturbi mentali” siano da individuare nelle

---

<sup>2</sup> A fronte di una tesi democratica ed inclusiva, utilizzerò dei termini che rispecchiano la mia visione personale della realtà e della sofferenza mentale. Al termine *'paziente'* preferisco *'persona'*; o *'utente'* nel caso in cui ne descriverò il ruolo all'interno dei servizi di salute mentale. Allo stesso modo, mi riferirò a *'persone diagnosticate con'* (*schizofrenia, ad esempio*), invece di *'pazienti schizofrenici'*. Per quanto riconosco che molti di questi termini sono utilizzati nel linguaggio scientifico e accademico, ritengo che molte persone non si rispecchino in queste descrizioni, e che pertanto vadano ricercati dei termini più inclusivi.

relazioni e interazioni tra l'individuo e gli altri individui immersi nella cultura e nella società (Maddux, 2008). Tratteremo più nel dettaglio la psicologia positiva e l'ideologia della malattia nel capitolo successivo.

## **CAPITOLO 2: VERSO IL COSTRUTTO DI RELATIONAL RECOVERY**

Nel contesto della salute mentale, l'evoluzione dei paradigmi concettuali e delle pratiche terapeutiche ha segnato un passaggio cruciale dalla visione tecnologica e riduzionista verso un approccio più ampio e relazionale, fondato sui principi della psicologia positiva. Questo capitolo si propone di esplorare il concetto di "Relational Recovery", mettendo in luce l'importanza di abbandonare un paradigma riduzionista per abbracciare un approccio più orientato alle relazioni umane e al benessere complessivo (Maddux, 2008).

Nella visione tradizionale, la salute mentale è stata spesso affrontata attraverso un filtro riduzionista, focalizzato sulla risoluzione dei sintomi e sul ripristino delle funzioni cognitive (Pocobello & Castelfranchi, 2013). Tuttavia, questo approccio ha spesso trascurato l'importanza delle relazioni umane e del contesto sociale nell'esperienza di recupero individuale. In contrasto, il paradigma relazionale sottolinea il ruolo cruciale delle connessioni interpersonali e della costruzione di significato condiviso nel processo di guarigione (Schön, Denhov, & Topor, 2009).

Nel corso di questo capitolo, esploreremo il concetto di "recovery" da una prospettiva sia individuale che relazionale. Da un lato, analizzeremo cosa significa il recupero dal punto di vista personale, esaminando i processi di auto-riflessione, crescita personale e adattamento positivo alle sfide della vita. Dall'altro, approfondiremo gli elementi fondamentali della pratica di "recovery" all'interno del contesto delle relazioni umane, focalizzandoci sul sostegno sociale, sull'empowerment reciproco e sulla co-costruzione di significato condiviso (Le Boutillier, et al., 2011).

Attraverso questo viaggio concettuale, ci proponiamo di delineare un quadro comprensivo del concetto di "Relational Recovery", evidenziando l'importanza di un approccio terapeutico che privilegi la dimensione relazionale e che si basi sui principi della psicologia positiva.

### **2.1 – Dal riduzionismo biologico ad un approccio democratico**

Come fondamento teorico e metodologico della psicologia clinica, sin dai suoi albori come pratica sanitaria e di promozione della salute, troviamo lo studio riguardo la natura dell'adattamento e del disadattamento psicologico, e le loro differenze. Nel tentativo di definizione di tali costrutti, si è giunti a distinguere tra comportamenti 'sani' (adattivi) e comportamenti 'patologici' (disadattivi); i primi sono esperienze umane sane, e di conseguenza, da incoraggiare, mentre le esperienze umane 'patologiche' richiedono cure e trattamenti. Questa distinzione riflette una prospettiva dualistica che ha dominato il campo

della psicologia clinica per lungo tempo, separando il normale dal patologico. Il termine stesso "psicologia clinica", derivato dalla pratica medica presso il letto del malato, ha contribuito a formare, sia nel mondo scientifico che nel senso comune, l'idea di una psicologia intesa come pratica medica per le "anime malate" o le "menti malate". (Maddux, 2008). Tuttavia, questa visione risulta essere limitata e riduttiva, poiché non tiene conto della complessità e della diversità dell'esperienza umana.

Inoltre, questa predisposizione epistemologica ha portato alla definizione di un paradigma tecnologico, che funge da cornice per le pratiche psichiatriche e per l'organizzazione dei servizi sociali e di salute mentale. Sotto l'egida del paradigma tecnologico, l'obiettivo della pratica clinica è necessariamente quello della "cura", intesa come riduzione dei sintomi, come passaggio da uno stato patologico ad uno 'normale', al pari, ad esempio, del ripristino delle funzionalità del corpo umano a seguito della rottura del legamento crociato del ginocchio. La strategia elettiva è rappresentata, dunque, dalla terapia farmacologica, la cura 'vera' sovrapposta a qualsiasi forma di lavoro riabilitativo e psicoterapeutico. L'intervento farmacologico e la sua pianificazione non riguardano tanto la persona, e il suo ruolo di agente attivo nella costruzione del percorso di guarigione, ma riguardano piuttosto le "scelte tecniche" degli esperti, i quali prendono decisioni 'per' la persona e non 'con' la persona. Questo processo è giustificato dall'idea che la sofferenza risieda negli "stati fisiologici", e che sia il corpo a controllarli, con conseguente "annichilimento" della persona (Pocobello & Castelfranchi, 2013).

Con queste considerazioni non miro a definire il trattamento farmacologico come infondato, né tantomeno inutile. Ci sono tanti casi in cui il connubio tra farmaco e accompagnamento psicologico hanno mostrato buoni risultati di guarigione (recovery): come descrivono Schön et al. (2009) nel loro articolo, gli utenti dei servizi di salute mentale hanno ritenuto di rilevante importanza per il loro recupero incontrare figure professionali – i.e. psichiatri –, che ascoltassero le loro enunciazioni riguardo gli effetti soggettivi della terapia farmacologica, e che si mettessero a disposizione per un impegno comune alla ricerca del farmaco corretto e del suo dosaggio.

Troppo spesso, i servizi vengono strutturati in modo da soddisfare le esigenze dei professionisti anziché quelle dei 'pazienti' e delle loro famiglie. Questo porta gli utenti e i loro familiari a doversi piegare a regole rigide imposte dalle istituzioni (SPDC, CSM, centri diurni, ambulatori, strutture residenziali, ecc.), spesso ottenendo cure farmacologiche senza supporto psicologico adeguato o un vero progetto terapeutico condiviso. La libertà di scelta per gli utenti, nella pratica, è quasi inesistente, lasciando loro poche possibilità e nessuna

voce in capitolo su dove e come ricevere cure (Barone & Volpe, 2018). In questo modo però non vengono rispettate l'alterità e la dignità della persona, anche da un punto di vista giuridico. Nel caso di un ricovero presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, l'autorità sanitaria locale si avvale del Trattamento Sanitario Obbligatorio per prelevare la persona da un posto e ricoverarla in un altro, con l'obiettivo di riduzione della "pericolosità sanitaria". In occasione del Trattamento Sanitario Obbligatorio si assiste ad una sospensione momentanea delle facoltà giuridiche e di alcuni dei diritti fondamentali previsti dalla Carta costituzionale<sup>3</sup>, privando sostanzialmente la persona della propria libertà individuale (Turchi, 2019). Così facendo si impedisce all'utente e ai suoi familiari di avere un ruolo attivo nelle decisioni riguardo il trattamento. Il recupero da un'esperienza dolorosa e intollerabile è parte di un processo sociale, nel quale intervengono fattori relazionali di varia natura, come il sostegno familiare, interventi psicoterapeutici o il *peer support* (Schön, Denhov, & Topor, 2009).

La psicologia clinica, e i servizi ad essa collegati, sono fortemente influenzati "dall'ideologia e dall'analogia della malattia" (Maddux, 2008). L'ideologia della malattia suggerisce di concentrarsi sui disturbi, disfunzioni e malattie anziché sulla salute, restringendo l'attenzione su ciò che è debole e difettoso nelle persone, escludendo ciò che è forte e sano. Questo approccio posiziona l'adattamento e il disadattamento all'interno della persona anziché nelle interazioni con l'ambiente e gli incontri con valori sociali e culturali. Come sottolinea lo stesso autore, la pratica clinica dovrebbe abbandonare questa ideologia, sostituendola con una posizione basata sui valori della psicologia positiva, che pone l'accento su obiettivi, benessere, soddisfazione, felicità, abilità interpersonali e salute. Si deve compiere un passaggio da una visione centrata sulla "cura", ad una centrata sulla persona: l'Altro, nella sua alterità, acquisisce il ruolo centrale nella costruzione e nell'organizzazione di pratiche e interventi di recupero, fondate sulla dialogicità e sulla tolleranza dell'incertezza, con l'obiettivo di promuovere il rispetto della dignità di ogni cittadino.

## **2.2 – Personal Recovery e Relational Recovery: esplorando la sottigliezza dei processi di guarigione**

Nel contesto della salute mentale e del benessere psicologico, la "personal recovery" e la "relational recovery" emergono come concetti chiave che delineano i percorsi di guarigione

---

<sup>3</sup> Legge 13 maggio 1978, n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"

individuale e relazionale. Pur presentando sovrapposizioni significative, questi due approcci si differenziano per il loro focus primario e per le dinamiche intrinseche che li caratterizzano.

Come descritto nel capitolo precedente, dentro la cornice di un paradigma tecnologico, alla mercè dell'ideologia della malattia, i servizi e le pratiche di salute mentale, soprattutto sul territorio nazionale, si sono organizzati attorno ad una patologizzazione del 'malato', con conseguente delegittimizzazione della libertà decisionale della persona e dei suoi familiari. L'impatto che la sofferenza mentale può avere sulla vita degli attori coinvolti viene giudicato, spesso, solo dagli esperti e dai professionisti, tralasciando dal discorso tutte quelle 'voci' (familiari, amici, snodi comunitari, ecc.) che contribuiscono, per la natura del dialogo polifonico, alla costruzione di un significato più ampio e preciso della natura del problema. A supporto di una visione medicalizzata della disabilità psicosociale, una revisione della letteratura da parte del Centro per la Salute Mentale dell'Università di Melbourne (Nicholas, Reifels, King, & Pollock, 2014) ha messo in luce come, l'opinione degli esperti, e le batterie di test standardizzati, tendano ad essere gli unici criteri per identificare la presenza, la durata e il recupero della 'malattia mentale'; inoltre si sostiene come il tipo di trattamento e di altre forme di supporto clinico, siano fattori strumentali al miglioramento degli esiti di cura. Queste posizioni sono giustificate da una definizione "clinica" del costrutto di *recovery*, dove si assume che il recupero sia un risultato dicotomico, oggettivo e invariabile: l'esperto, a seguito di un intervento clinico, misura se la persona è, o meno, recuperata (o, per meglio dire, curata). A questo, si oppone un'altra definizione del costrutto di *recovery*, che si rifà alla definizione di Anthony del 1993, e sottolinea la natura personale e soggettiva della 'guarigione'.

Il recupero personale (*personal recovery*) si concentra sul processo di guarigione interno di un individuo, dove è lui stesso l'esperto della propria difficoltà e delle proprie risorse, focalizzandosi sul ripristino della propria identità, del senso di scopo e della qualità della vita dopo un'esperienza di sofferenza (Slade & Longden, 2015). Questo processo spesso implica la riflessione sull'esperienza personale, la riscoperta dei propri valori e delle proprie risorse interne, nonché la costruzione di una nuova narrazione di sé stessi che integri sia le sfide affrontate che i successi ottenuti. Inoltre, Slade e Longden (2015) ritengono sia necessaria una riforma del sistema sanitario per la salute mentale, così da offrire l'accesso a soluzioni alternative al solo trattamento sanitario, di matrice democratica, a supporto di quei processi che favoriscono il recupero personale, come connessione, speranza, identità positiva, significato e *empowerment* (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011).

D'altra parte, la "relational recovery" si concentra sul ruolo delle relazioni interpersonali nel processo di guarigione. Questo approccio riconosce l'importanza delle connessioni sociali e delle reti di supporto nella promozione del benessere psicologico e nel superamento delle difficoltà. La "relational recovery" si basa sull'idea che le relazioni significative possano fornire sostegno emotivo, comprensione empatica e opportunità di crescita personale, contribuendo così alla ricostruzione del senso di sé e alla rigenerazione del significato nella vita di un individuo. Tutto questo è sostenuto da una cornice concettuale ecologica, che vede i bisogni individuali e i bisogni comunitari come interconnessi e inseparabili: i processi centrali nel recupero personale (personal recovery), sono validi e funzionano, anche a livello relazionale. L'esperienza psicotica, e il recupero da essa, sono meglio compresi a partire dal ruolo del mondo sociale, mezzo attraverso il quale si rende possibile la trasformazione dei discorsi psicotici e la riformulazione del problema.

Price-Robertson, Obradovic e Morgan (2017), descrivono il ruolo fondamentale delle relazioni familiari nei processi di recupero, sottolineando come la famiglia rappresenti per molte persone il "contesto interpersonale più saliente": le emozioni che si manifestano tra le mura casalinghe, i comportamenti e le predisposizioni dei membri familiari verso la sofferenza/salute mentale possono fungere da importanti indicatori per il benessere e il recupero della persona, oltre ad essere il terreno di lavoro dal quale far partire i processi trasformativi. L'assistenza pratica e il valore delle relazioni profonde e significative sono tra i principali contributi del nucleo familiare al recupero relazionale (Schön, Denhov, & Topor, 2009).

In generale, si può affermare che un'architettura dei servizi sanitari orientata al recupero dovrebbe concentrarsi su modelli di intervento che valorizzino le risorse personali e sociali degli utenti, promuovendo il dialogo tra tutte le parti coinvolte. Numerose sono le 'pratiche orientate alle risorse' che sfruttano le esperienze positive costruite dagli utenti nei loro contesti relazionali. Tra queste, possiamo citare *la terapia centrata sul cliente, la musicoterapia creativa, il dialogo aperto, la psicoterapia positiva, i gruppi di auto-mutuo aiuto e le terapie sistemico-familiari*. Dall'analisi bibliografica condotta su questi modelli (Priebe, Omer, Giacco, & Slade, 2014), è emerso che l'utilizzo delle relazioni sociali come risorsa primaria nell'intervento è un elemento trasversale in tutti gli approcci terapeutici. Approfondendo ulteriormente, si osserva come le relazioni significative coinvolgono sia l'interazione tra utente ed esperto, sia quelle familiari, caratterizzate dalla reciprocità e dallo sviluppo delle competenze.

Nel lavoro condotto da Schön et al. (2009), sono state intervistate 58 persone residenti in Svezia, precedentemente diagnosticati con un “disturbo mentale” tra schizofrenia, psicosi, disturbo di personalità o disturbo bipolare. I partecipanti non erano stati ospedalizzati nei due anni precedenti all'intervista e riportavano di sentirsi guariti o in fase di guarigione. Le interviste sono state trascritte e analizzate qualitativamente, con l'obiettivo analitico di individuare i fattori che contribuiscono al recupero relazionale. Nel processo di analisi, è emersa come categoria principale il ‘recupero attraverso un processo sociale’, evidenziando il ruolo fondamentale di tre dimensioni decisive nella definizione di “relational recovery”: *il ‘sé sociale’, gli ‘interventi sociali’ e la ‘connessione con gli altri’* (Schön, Denhov, & Topor, 2009).

Il *Sé Sociale* è l'aspetto della personalità o dell'identità che emerge e si sviluppa attraverso le relazioni sociali. Nel contesto del recupero dalle esperienze di sofferenza, il Sé sociale emerge quando i partecipanti iniziano a riconoscere il ruolo significativo degli altri nell'aiutarli a guarire. Tuttavia, durante le interviste, molti di loro si sono resi conto del proprio ruolo attivo nel processo di recupero, trasformando così il loro sé passivo in un sé attivo. Questo sé sociale attivo implica un'assunzione di responsabilità e un'apprezzamento del proprio contributo al miglioramento della propria salute mentale.

Per quanto riguarda la seconda categoria, gli *interventi sociali* sono processi o attività mirate a favorire il recupero e il benessere delle persone con problemi di natura psicotica, concentrandosi principalmente sulle relazioni sociali e sull'interazione con i professionisti. Questi interventi includono la collaborazione con gli operatori sanitari, in cui l'attenzione è posta sulla cooperazione e sulla reciprocità, piuttosto che sugli interventi specifici. Inoltre, gli interventi sociali possono coinvolgere anche la gestione della terapia farmacologica, dove si cerca una collaborazione attiva tra paziente e psichiatra nell'individuare i farmaci e i dosaggi più adatti. Infine, possono comprendere anche attività organizzate al di fuori dell'ambiente domestico, come attività occupazionali fornite dai servizi sociali o di psichiatria, che fungono da collegamento tra la dimensione clinica e il reinserimento lavorativo nel mercato.

Per concludere, la *connessione con gli altri* si riferisce alla stretta relazione e al legame emotivo che le persone hanno con i membri della propria rete sociale, inclusi amici e familiari. Questa connessione è cruciale nel processo di recupero e di benessere psicologico. Gli amici sono menzionati come una fonte importante di supporto emotivo e pratico, con quasi tutti i partecipanti che citano almeno un amico che ha contribuito al loro recupero. Allo stesso modo, i familiari sono considerati un elemento fondamentale nel processo di recupero, fornendo supporto pratico e emotivo basato su una relazione speciale con l'individuo.

Nonostante ciò, alcune narrazioni evidenziano relazioni familiari dannose o interrotte, con alcuni partecipanti che attribuiscono ai genitori le cause dei loro problemi, spesso radicati nell'infanzia.

### **2.3 – Conclusioni**

Nel corso di questo capitolo, abbiamo esplorato il concetto di "Relational Recovery" nel contesto della salute mentale, ponendo l'accento sull'importanza di un'evoluzione dagli approcci riduzionisti a una prospettiva più ampia e relazionale. Attraverso la lente della "Relational Recovery", abbiamo compreso che il processo di guarigione non riguarda solo la risoluzione dei sintomi e il ripristino delle funzioni cognitive, ma implica anche la costruzione di connessioni interpersonali significative e un'attenzione ai presupposti democratici delle pratiche di cura (Slade & Longden, 2015).

Distinguiamo tra due concetti chiave: la "personal recovery" e la "relational recovery". La "personal recovery" si concentra sul processo interno di guarigione di un individuo, mentre la "relational recovery" pone l'accento sul ruolo delle relazioni interpersonali nel processo di recupero (Price-Robertson, Obradovic, & Morgan, 2017). Questi due approcci, sebbene distinti, si integrano e si influenzano reciprocamente, riconoscendo che la guarigione è un processo complesso che coinvolge sia l'individuo che il contesto sociale. Inoltre, entrambi gli approcci promuovono la dialogicità, ovvero l'idea che il processo di guarigione sia intrinsecamente legato alla capacità di condividere e negoziare significati con gli altri. La dialogicità implica un'apertura alla diversità delle prospettive, un'attenzione alla dimensione emotiva delle interazioni e un impegno attivo nel costruire ponti di comprensione reciproca (Seikkula & Trimble, 2005).

In conclusione, la "Relational Recovery" rappresenta un nuovo paradigma nel campo della salute mentale, che riconosce l'importanza delle relazioni interpersonali nel processo di guarigione. Questo approccio olistico e centrato sulle relazioni offre nuove prospettive e opportunità per migliorare il benessere psicologico e promuovere la salute mentale in modo più inclusivo e rispettoso della dignità di ogni individuo.

### **CAPITOLO 3: EX-IN E OPEN DIALOGUE: ESEMPI DI IMPLEMENTAZIONE DELLA DIALOGICITÀ NELL'ARCHITETTURA DEI SERVIZI**

Quali sono i fattori teorici e metodologici che influenzano la genesi e l'implementazione di pratiche dialogiche e centrate sul recupero? Quali approcci bisogna adottare, per promuovere un cambiamento a livello di organizzazione dei servizi di salute mentale?

Nel presente capitolo, esploreremo l'implementazione della dialogicità nell'architettura dei servizi attraverso due approcci distinti: il progetto pilota europeo "EX-IN" e il modello Open Dialogue. Il progetto EX-IN si concentra sulla formazione di esperti per esperienza psichiatrica, mentre Open Dialogue si basa sull'istituzione di spazi dialogici nei servizi di salute mentale. Entrambi questi approcci rappresentano tentativi innovativi di integrare prospettive e pratiche alternative nella gestione delle crisi psichiche.

#### **3.1 – Progetto pilota europeo “EX-IN”: la formazione di esperti/e per esperienza<sup>4</sup>**

Nel corso del mio tirocinio professionale presso l'associazione “ONLUS La Strada-Der Weg”, con sede a Bolzano, ho avuto modo di entrare in contatto con il progetto pilota europeo “Leonardo Da Vinci EX-IN 2005-2007”: grazie alle connessioni di rete tra i servizi di salute mentale austriaci e germanici e quelli altoatesini, si è visto possibile, nel 2012, portare sul territorio italiano un programma di formazione per esperti/e per esperienza psichiatrica, per la qualificazione come formatori/formatrici e accompagnatori/accompagnatrici al recupero. Il progetto si basa sull'idea che le persone che hanno fatto esperienza di una sofferenza mentale, possano usare la loro conoscenza e il loro vissuto per comprendere e sostenere altre persone in situazioni simili.

Cinque paesi europei (Germania, Svezia, Norvegia, Paesi Bassi, Slovenia) e il Regno Unito, hanno elaborato un curriculum per una formazione qualificata per le persone che desiderano lavorare nel supporto tra pari, mettendo a disposizione il proprio sapere esperienziale. La qualificazione come esperti/e per esperienza permette di operare o all'interno dei servizi di salute mentale e del terzo settore, o come docenti nella formazione di altri esperti.

---

<sup>4</sup> I materiali sono stati raccolti dal sottoscritto nel corso di un incontro con F., referente del progetto EX-IN in Alto Adige, esperto per esperienza, formatore e responsabile di un centro diurno per persone con sofferenza psichica. I materiali includono: slide di presentazione, documenti word e una registrazione audio del mio incontro con F.

### **3.1.1 – Obiettivi**

*“Una persona “esperta per esperienza” nell’assistenza sanitaria è qualcuno che ha avuto esperienze attive con la malattia, disabilità e/o problemi psichici e che ha acquisito competenze specifiche per convivere con questa malattia, disabilità e/o problemi psichici e per affrontare il contesto socio-culturale e istituzionale in cui la malattia, la disabilità e/o i problemi psichici sono significativi.”* (van Haaster, Koster 2005). Per far sì che l’esperienza individuale possa servire da risorsa per una riformulazione dell’idea sottostante le sofferenze psichiche, è necessaria una formazione basata sulla valorizzazione e riflessione della propria esperienza, sia in termini individuali, sia collettivi e culturali. A partire dalla riflessione sul proprio vissuto e attraverso vari passaggi di scambio e comunicazione, le persone generano un sapere esperienziale condiviso.

Da una parte, il programma formativo si propone di favorire lo sviluppo personale dei partecipanti, incoraggiandoli a riflettere sulla propria storia e sulle esperienze di crisi vissute. Allo stesso tempo, mira ad equipaggiarli con competenze e strumenti per accompagnare e sostenere altri nel percorso di recovery. Questo processo intende potenziare l'autodeterminazione e promuovere un senso di empowerment, incoraggiando la consapevolezza delle proprie risorse e dei propri limiti. Inoltre, prepara i partecipanti a lavorare efficacemente all'interno dei servizi o delle associazioni. Dall'altro lato, la formazione può risultare utile alla promozione di innovazioni all'interno dell'architettura dei servizi per la salute mentale. Gli obiettivi a livello della cultura dei servizi includono la promozione di una cultura orientata all'empowerment e alla recovery, affinché sia diffusa la convinzione che la guarigione sia possibile. Si mira inoltre, a sostenere e valorizzare la voce delle persone, offrendo fiducia e speranza e incrementando l'influenza del sapere esperienziale all'interno dei servizi. Questo contribuisce a una maggiore e più approfondita comprensione della crisi e dei disturbi psichici, nonché dei fattori che possono favorire la salute e il benessere.

### **3.1.2 – Moduli di formazione**

Il programma formativo è strutturato in 12 moduli, ciascuno dei quali viene affrontato separatamente con una frequenza di una volta al mese, per la durata di due giorni nel fine settimana. I primi cinque moduli di base sono focalizzati sulla crescita individuale e del gruppo, mirando a sviluppare una maggiore consapevolezza di sé stessi e del proprio percorso, nonché delle proprie risorse e dei concetti fondamentali del sapere esperienziale. I

sette moduli supplementari offrono l'opportunità di esplorare le dinamiche relazionali, concentrandosi sulla relazione con gli altri e sulle diverse modalità di supporto tra pari e di accompagnamento nel percorso di recupero.

## **3.2 – Open Dialogue**

### **3.2.1 – Introduzione all'approccio con riferimento ai principi dialogici**

Partiamo ora a descrivere la pratica del Dialogo Aperto, riprendendo gli aspetti della dialogicità e della *relational recovery* che abbiamo descritto nei capitoli precedenti.

Verso la fine del 1970, nella regione di Turku, in Lapponia occidentale, di fronte alla necessità di rivedere l'organizzazione del sistema psichiatrico locale, un gruppo di esperti (psichiatri, infermieri, psicologi, ecc.) ha integrato nelle pratiche professionali presenti, un tipo di trattamento fondato sulle teorie sistemico-familiari della scuola di Milano (Selvini Palazzoli et al., 1977). *L'approccio fondato sul bisogno*, nel tentativo di trattare ogni caso di sofferenza psichica come unico e singolare, adattando le risposte al variare dei bisogni di ogni persona, si è visto promotore di un'idea di incontri terapeutici aperti, in cui l'utente, e la sua famiglia, erano invitati fin da subito a prendere parte al processo (Seikkula, 2011). Successivamente, nel periodo tra il 1990 e il 1994, sotto la guida di Jaakko Seikkula e Jukka Aaltonen, si è sviluppato un nuovo sistema psichiatrico, che riprendesse i concetti fondanti l'approccio centrato sul bisogno e che si impegnasse verso una diminuzione dell'incidenza dei ricoveri presso le strutture psichiatriche della regione di Turku (Arnkil & Seikkula, 2021). Di fronte a un possibile caso di trattamento ospedaliero, viene organizzato un primo "incontro di trattamento", nel quale partecipano un'équipe specifica per il caso, composta da professionisti sia ospedalieri che ambulatoriali, la persona che sta affrontando la sofferenza, la sua famiglia e eventuali figure significative, richieste dalla prima persona che contatta il servizio di crisi dell'ospedale. Indipendentemente se l'utente viene ricoverato o meno, la stessa équipe si fa carico di tutti i successivi incontri di rete, a prescindere da quanto si preveda che debba durare il trattamento stesso. Come sottolineato Arnkil e Seikkula (2021, p.138), l'obiettivo terapeutico dei Dialoghi Aperti è orientato verso la creazione di un linguaggio condiviso, per esprimere esperienze che altrimenti rimarrebbero circoscritte all'interno dei sintomi sanciti dalla persona.

Nel caso di un "evento intollerabile", sia esso psicotico, allucinatorio, o di altra natura, si assiste all'impossibilità di costruire una narrazione dialogica da comunicare a coloro che sono presenti nella sfera sociale; il discorso tra la molteplicità di voci, interne e relazionali a cui l'individuo risponde e che danno vita alla realtà *polifonica*, di fronte ad un

evento traumatico, tenderà verso un monologo rigido e silenzioso (Seikkula & Trimble, 2005). Negli incontri di Open Dialogue, la crisi diventa l'occasione per costruire uno spazio dialogico, nel quale ogni persona possa esprimersi a partire dalle relazioni presenti, consentendo l'emergere e la comprensione dei molteplici significati presenti negli scambi interpersonali, spesso portatori di incomprensioni, conflitti e difficoltà. Il discorso, da monologico diventa dialogico, e nuovi significati si generano in una nuova conversazione, in cui si costruisce un nuovo linguaggio per ciò che viene affrontato. Le "strutture gerarchiche monologiche" si ridimensionano in favore di una comprensione più esaustiva del problema, proporzionalmente al numero di voci coinvolte nella costruzione di nuove interpretazioni. I professionisti non approcciano più le sessioni con interventi predefiniti, ma si concentrano piuttosto sulla risposta agli enunciati dei clienti, riconoscendoli come catalizzatori per accedere alle risorse psicologiche degli stessi. Abbracciare il dialogo come essenza della psicoterapia trasforma gli psicoterapeuti da interventisti a partecipanti attivi in uno scambio reciproco di enunciati e risposte (Seikkula & Trimble, 2005; Seikkula, 2011).

Al centro della filosofia di Open Dialogue c'è lo sviluppo di relazioni utili tra la persona che sta affrontando i problemi, la famiglia e la rete coinvolta, offrendo preferibilmente, supporto presso l'abitazione della persona anziché in istituzioni o centri di riabilitazione. Oltre a questo, la *continuità psicologica*, la *tolleranza per l'incertezza* e la *polifonia* rappresentano i tre principi della comunicazione, che risultano essere fondanti nella pratica dei dialoghi aperti (Borg, Karlsson, Tondora, & Davidson, 2009).

La *continuità psicologica* costituisce forse uno degli elementi più critici per l'architettura di interventi di Open Dialogue. La stessa équipe, che si forma a seguito del primo contatto con il servizio di crisi, si occuperà dell'organizzazione e dell'implementazione del trattamento per tutto il tempo necessario, promuovendo la comunicazione transdisciplinare tra più enti e integrando metodi terapeutici diversi. L'obiettivo è quello di una co-evoluzione, attraversando i confini tra i vari servizi, aprendo le porte a tutte le voci che contribuiscono alla generazione del problema (Seikkula & Olson, 2003).

La *tolleranza dell'incertezza* è la capacità di accettare e comprendere la presenza di ambiguità e incognite all'interno di una situazione di crisi. Significa dare valore all'ascolto delle preoccupazioni e delle prospettive di tutte le parti coinvolte, senza affrettarsi a interpretarle secondo schemi predefiniti. Questo atteggiamento apre la strada alla legittimazione delle voci e dei punti di vista di ogni partecipante, creando così un ambiente che favorisce lo sviluppo delle risorse psicologiche, o come vengono ora chiamate, risorse "dialogiche". Grazie a questo approccio, le persone e le famiglie colpite dalle crisi possono

esprimere le proprie esperienze e affrontare gli eventi difficili in modi precedentemente non disponibili (Borg, Karlsson, Tondora, & Davidson, 2009).

Infine, la *polifonia* enfatizza l'importanza di riconoscere e valorizzare le diverse voci e prospettive all'interno di una rete di individui colpiti da una crisi. Si promuove un approccio inclusivo e collaborativo in cui la prospettiva di ogni partecipante contribuisce alla comprensione e alla risoluzione condivisa della situazione (Arnkil & Seikkula, 2021).

Oltre a questi tre principi appena descritti, alla base di un processo di trattamento ottimale, sono stati individuati altri quattro elementi che fondano l'approccio dei dialoghi aperti, tra cui: *aiuto immediato, prospettiva di rete sociale, flessibilità e mobilità, responsabilità dell'équipe* (per un approfondimento, si rimanda a: Seikkula, Arnkil, Eriksson, 2003; Seikkula et al., 2007; Seikkula, 2002, 2003, 2004; 2006)

### **3.2.2 – Elementi che aprono ed elementi che chiudono lo spazio dialogico**

Esistono modalità di interazione che favoriscono il dialogo più di altre? Al contrario, ci sono forme di interazione che non sono ideali per promuovere il dialogo?

Nella pratica dei Dialoghi Aperti, abbiamo osservato che il cambiamento viene favorito attraverso l'instaurazione di una relazione dialogica tra i partecipanti, permettendo così la creazione di nuovi significati, a partire dai contributi offerti da ciascuno riguardo al problema. La dialogicità, tuttavia, non va intesa come un metodo da applicare, indipendente dagli attori coinvolti, bensì rappresenta un modo di essere tra persone, nel cui nucleo troviamo l'esperienza di *empowerment* (Arnkil & Seikkula, 2021). Si intraprende un viaggio che mira alla comprensione e all'attribuzione di significati diversi, alla scoperta di nuove prospettive e alla possibilità di trasformazione. In questo viaggio di costruzione condivisa di significato, l'attenzione si sposta dal contenuto dei racconti al modo in cui essi vengono narrati, nel momento presente del dipanarsi del linguaggio (Seikkula & Trimble, 2005; Seikkula, 2011). Utenti e professionisti si ritrovano in uno spazio di scambio di significati, in cui l'obiettivo sarà quello di promuovere il processo generativo polifonico (Anderson, 2002).

Nel rispetto del principio dialogico bakhtiniano, secondo il quale ogni enunciato richiede una risposta (Bakhtin, 1984), è importante, nel corso degli incontri polifonici aperti, rispondere a tutti gli enunciati che si rendono disponibili nello spazio dialogico. Rispondere non significa fornire una spiegazione o un'interpretazione, ma piuttosto dimostrare, attraverso la risposta del terapeuta, e usando il linguaggio dell'utente, di aver notato ciò che è stato detto e, quando possibile, aprire una nuova prospettiva su altri possibili significati (Seikkula, 2011). Le competenze di ascolto attivo e la capacità, da parte dell'équipe, di organizzare

momenti di riflessione, sono fondamentali nel favorire un'apertura dello spazio dialogico. Nell'ascolto attivo, anziché rimanere distaccati e neutrali, ci si impegna emotivamente per comprendere veramente ciò che l'altro sta comunicando, rivelando anche eventuali difficoltà di comprensione. Ad esempio, nel caso di un utente che accusa allucinazioni, si vuole evitare di fornire consigli, risposte o giungere a conclusioni troppo affrettate in merito alla natura della sua esperienza. Si potrebbe procedere chiedendo: “Non ho ben capito, com'è possibile che tu possa descrivere di vedere il tuo defunto zio presente nella stanza con noi. Io, ad esempio, non sono in grado di vederlo. Potresti dirmi qualcosa in più in merito a questa tua descrizione?” Successivamente, per il principio polifonico della costruzione di realtà, ci si rivolge al resto del gruppo: “Cosa ne pensate? Quali sono le vostre considerazioni in merito a quello che è stato appena detto?” In questo modo, la realtà dell'utente non viene orientata verso una visione del problema predefinita; alle sue enunciazioni psicotiche si risponde come a tutte le altre voci presenti nel dialogo in corso, e promuovendo un processo che mira a generare nuovi significati restitutivi e riparativi (Arnkil & Seikkula, 2021, p. 139).

Gli stessi autori (2021, p. 71), forniscono delle linee guida da adottare per aumentare le abilità nel generare il dialogo nel contesto terapeutico, che riassumono quanto descritto fino ad ora. È importante ascoltare tutte le voci presenti nel gruppo, garantendo ad ognuno la possibilità di esprimersi su ogni argomento. I commenti in risposta agli enunciati dovrebbero essere adattati a ciò che l'altro ha detto, senza interpretare o riorientare verso una realtà predefinita e categoriale. Infine, riflettere con gli altri professionisti su quanto è emerso, discutendo in équipe le decisioni sul trattamento, consente di aprire ulteriormente lo spazio dialogico, così che la famiglia e l'utente possano percepirsi come partecipanti attivi al processo di presa decisionale.

### ***3.2.3 – Analisi del dialogo e risultati della pratica***

Dal suo sviluppo nella Lapponia Occidentale, il Dialogo Aperto è stato oggetto di studio in cinque studi di coorte. I partecipanti a questi studi presentavano episodi psicotici per la prima volta. Come analizzato da Von Peter et al. (2021), le ricerche hanno dimostrato risultati incoraggianti, in particolare riguardo al potenziale di de-psichiatrizzazione del Dialogo Aperto. In particolare, è stata osservata una significativa riduzione dei ricoveri ospedalieri, compresi i giorni di degenza e i ricoveri successivi, in tutti gli studi. Inoltre, sono stati riscontrati tassi di ricaduta inferiori nel tempo. Per di più, i risultati hanno rivelato un'elevata percentuale di reinserimento nel lavoro e nell'istruzione tra i partecipanti,

raggiungendo fino all'84%. Degno di nota è stato anche l'uso limitato e poco frequente di farmaci neurolettici, sia inizialmente (28–50%) che durante l'intervento (11–29%).

Diverse valutazioni sull'efficacia e sui processi di trattamento del Dialogo Aperto hanno impiegato idee di ricerca-azione. Questi studi hanno rivelato la straordinaria capacità del sistema di produrre esiti positivi per pazienti psicotici e depressi, in particolare nei casi di psicosi. Inoltre, hanno evidenziato principi ottimali per l'organizzazione del trattamento psichiatrico durante crisi gravi, sottolineando la mobilitazione della famiglia e delle reti sociali (Seikkula, 2011).

In un altro studio di Seikkula e colleghi (2001), sono stati definiti criteri per valutare gli esiti positivi e negativi del trattamento Open Dialogue. Questi criteri includono la capacità dell'individuo di reintegrarsi nella sua vita sociale e la presenza di “sintomi psicotici” residui. In seguito, i risultati hanno mostrato come, presupponendo l'implementazione di un adeguato approccio dialogico, centrato sulla famiglia, la riduzione dell'uso di farmaci neurolettici non comporta necessariamente un aumento del rischio di esiti sfavorevoli.

### **3.3 – Discussioni**

I risultati promettenti e favorevoli del Dialogo Aperto, così come di altre pratiche dialogiche, non possono essere separati da una riflessione sul contesto educativo e situazionale in cui sono implementati (Seikkula & Olson, 2003; Seikkula & Trimble, 2005; Borg et al. 2009; Holmesland et al., 2010). Una riorganizzazione dell'architettura dei servizi, a partire dal livello locale/regionale, è quanto più necessaria per poter travalicare i confini dei servizi psichiatrici, presso i quali assistiamo, sempre più frequentemente, a un incremento nell'uso di categorie diagnostiche e al frequente ricorso a terapie farmacologiche, con conseguente patologizzazione dell'esperienza vissuta (Von Peter, et al., 2021). Travalicare i confini – i.e. l'integrazione transdisciplinare (Holmesland et al., 2010) – contribuisce alla generazione di nuove conoscenze e competenze, co-costruite a partire dall'incontro democratico fra i professionisti dei vari settori e i non addetti ai lavori, come mostrato dai dialoghi aperti. La mobilitazione dei vari snodi comunitari all'interno della sfera sociale dell'individuo permette di sfruttare diverse prospettive e competenze per affrontare la crisi in modo più efficace (Seikkula, Arnkil, & Erikson, 2003). L'individuo e la sua rete sociale e familiare acquisiscono l'esperienza necessaria ad affrontare collettivamente e attivamente il problema. Per citare gli stessi autori (2003), “la rete sociale dell'utente non è oggetto di intervento, bensì un'insostituibile risorsa per il processo”. Risulta essenziale lavorare con e

attraverso la realtà polifonica, che si genera ad ogni nuovo incontro, promuovendo il dialogo trasformativo.

Come mostrato nel progetto EX-IN, è importante pensare ad un servizio psichiatrico democratico, all'interno del quale siano gli stessi esperti per esperienza – i.e. coloro che si descrivono come guariti o in fase di recupero da un disagio psichico, e che hanno portato a termine un percorso di *empowerment*, – a contribuire, attraverso la loro conoscenza esperienziale, alla progettazione e all'organizzazione di trattamenti centrati sulla persona e sulla *recovery*. Ciò non implica la svalorizzazione delle competenze professionali dei medici, psichiatri o psicologi, una preoccupazione spesso espressa da queste stesse figure all'idea di introdurre pratiche dialogiche nei servizi di salute mentale (Ulland et al., 2014); l'implementazione di pratiche dialogiche, e centrate sul recupero, è favorita dall'istituzione di aree collaborative transdisciplinari durante la preparazione del progetto e dal coinvolgimento degli utenti, e di tutti gli snodi sociali rilevanti, fin dalle prime fasi di progettazione. Per migliorare l'assistenza sanitaria e sociale integrata, bisogna prendere in considerazione l'intera situazione di vita dell'utente, comprendendo il contesto sociale più ampio in cui vive.

La natura della dialogicità risiede nell'assenza di un singolo soggetto pensante; piuttosto, il soggetto pensante è costituito dall'intero gruppo di partecipanti al dialogo. All'interno di questa dinamica, il parlante si trova in relazione con il contesto sociale circostante, adattandosi costantemente alle espressioni degli altri presenti e al contesto sociale (Arnkil & Seikkula, 2021). Quando il nuovo linguaggio riesce a rappresentare la narrazione sottostante alle esperienze intollerabili provate dalla persona, includendo il contesto in cui esse si dipanano, emerge un 'potente' dialogo trasformativo. Mentre gli individui all'interno della rete esprimono le loro esperienze traumatiche, acquisiscono controllo sia sulle situazioni descritte sia sulle emozioni associate. La condivisione collettiva di emozioni intense sostiene e ravviva i legami comunitari, mettendo in luce le capacità relazionali umane. Coinvolgersi nel linguaggio condiviso contribuisce a un senso di appartenenza e identità comunitaria (Seikkula & Trimble, 2005).

Secondo Borg et al. (2009), l'integrazione di approcci centrati sulla persona nei servizi psichiatrici e di salute mentale richiede tre significative rielaborazioni metodologiche e operative: ripensare riconoscere gli utenti come individui al di là delle loro diagnosi, valorizzando l'esperienza personale parallelamente a quella degli esperti e riconoscendo la centralità della collaborazione e dell'integrazione, nei processi decisionali.

## CONCLUSIONI

Nel corso dei capitoli precedenti, abbiamo esaminato gli aspetti teorici e metodologici che costituiscono le pratiche dialogiche e orientate al recupero, evidenziando l'importanza della comunicazione, della collaborazione collettiva e dell'integrazione transdisciplinare nello sviluppo di pratiche democratiche volte a contrastare l'incremento della sofferenza psicologica tra i cittadini. Va sottolineato anche l'impatto che tali sofferenze hanno sulla sfera sociale e individuale: gli eventi di crisi hanno spesso un'ampia portata, che coinvolge non solo coloro che ne sono direttamente colpiti, ma anche le persone nei loro circoli sociali (Hock et al., 2012).

Implementare approcci centrati sul recupero all'interno dei servizi psichiatrici, richiede prima di tutto interrogarsi, in veste sia di professionisti che di cittadini, sulla natura della guarigione e del recupero da quelle intollerabili esperienze che possono manifestarsi, in un qualsiasi momento, nella vita dell'individuo. Lavorare con l'obiettivo di guarigione (recovery) implica un processo dinamico e relazionale, che sfruttando l'integrazione di prospettive sia individuali sia ambientali, mette nella condizione l'individuo di poter imparare a gestire la propria sofferenza e continuare a narrare la sua storia. I componenti fondamentali per l'implementazione di tale prospettiva includono la prioritizzazione dell'esperienza individuale nella pianificazione degli interventi, il coinvolgimento di persone significative, il focus sulle capacità anziché sulle limitazioni e l'accettazione dell'incertezza e degli ostacoli come aspetti naturali del percorso verso l'autodeterminazione (Borg, Karlsson, Tondora, & Davidson, 2009).

Inoltre, se consideriamo l'obiettivo di coinvolgere anche le famiglie e gli snodi sociali significativi, come dimostrato dalla pratica dei Dialoghi Aperti, si delinea un approccio olistico che riveste un'importanza fondamentale nell'architettura dei servizi di salute mentale. Tuttavia, prima di adottarlo, è necessario condurre una riflessione contestuale significativa. L'Open Dialogue e il trattamento centrato sul bisogno (Seikkula & Olson, 2003) sono stati sviluppati in un contesto sociale specifico, dove l'organizzazione dei servizi e il sistema di *welfare* finlandese hanno fornito un terreno fertile per una riforma profonda della psichiatria e dell'assistenza sociale. L'attenzione a garantire un facile accesso all'istruzione, alla sanità e ai servizi sociali, testimonia un contesto dove è possibile attraversare i confini tra un ente e l'altro e promuovere tale cambiamento. Questo ha avuto un impatto significativo nei servizi finlandesi, paragonabile all'impatto generato in Italia dalla legge 180.

La domanda sorge spontanea: è possibile quindi implementare tale trasformazione anche nell'attuale contesto culturale, amministrativo e politico italiano? La risposta semplice è no, tale riforma non è possibile. Ma le risposte semplici non sono quasi mai generative, quindi cercherò di fornire una risposta più complessa: la spiegazione, e allo stesso tempo la possibile soluzione, risiede nei principi della dialogicità. Il trasferimento di una pratica, o di un approccio, da un contesto culturale ad un altro, non avviene semplicemente dimostrandone i risultati di efficacia (*efficacy*) attraverso studi randomizzati controllati. Una “buona” pratica (Arnkil & Seikkula, 2021), così come un approccio dialogico, si genera nel nuovo contesto, a partire dal contributo di gran parte degli snodi sociali. Le voci degli utenti, dei colleghi, dei dirigenti, dei politici, così come dell'opinione pubblica contribuiscono tutte a sostenere, o a impedire, la possibilità a realizzare e implementare un nuovo approccio. Il dialogo e la realtà polifonica devono essere i principi a cui si rifanno gli strumenti di “trasferimento” e di formazione. La conoscenza si co-costruisce ascoltando attivamente ogni voce, in un continuo scambio di enunciati e informazioni, anche tra persone di contesti diversi, per tendere verso una comprensione comune della complessità e della specificità del proprio territorio (Arnkil & Seikkula, 2021, p. 171). Quindi, sebbene le pratiche dialogiche e centrate sul recupero, stanno già venendo studiate e adottate sul territorio italiano<sup>5</sup>, il lavoro di ricerca e pratica è ancora molto lungo. Perché si possa avere un cambiamento a livello culturale e organizzativo così profondo come quello visto in Finlandia, è necessario attendere, e continuare a promuovere la dialogicità, a partire anche dalle proprie case, dalle scuole, dai contesti sociali quotidiani. È fondamentale continuare a introdurre nuove idee, dubitare di quelle che si danno per assodate, costruire, soprattutto nel nostro piccolo, una rete di aiuto sempre più fitta, che accolga ogni forma di sofferenza e di esperienza.

Nella pratica e nella ricerca, questo si traduce in alcuni suggerimenti che ritengo possano essere utili a promuovere l'implementazione della dialogicità sui vari livelli. È importante approfondire la teoria, effettuando una revisione esaustiva della letteratura e delle “best practices” nell'ambito delle pratiche dialogiche, in modo da comprendere a pieno i principi fondamentali della dialogicità. Successivamente, una traduzione di tale conoscenza teorica alla pratica passerà necessariamente attraverso una ricerca azione partecipativa, coinvolgendo attivamente utenti, operatori sanitari e familiari. La valutazione di tali pratiche

---

<sup>5</sup> Vedi: EX-IN, “Recovery House” (Casadio et al., 2018). Inoltre, dal 2014 è stato introdotto in Italia l'Open Dialogue. Il Ministero della Salute ha finanziato la formazione di operatori di alcuni dipartimenti di salute mentale, tra quelle che hanno deciso di aderire (Ruviero, [https://associazioni.comune.fe.it/2959/attach/comitatoponte/docs/il\\_dialogo\\_come\\_esperienza\\_formativa.pdf](https://associazioni.comune.fe.it/2959/attach/comitatoponte/docs/il_dialogo_come_esperienza_formativa.pdf))

dovrebbe essere continua e contestualizzata allo specifico intervento che si vuole valutare. Non di minore importanza saranno la formazione e la collaborazione professionale transdisciplinare, integrando idee e approcci dialogici in un contesto più ampio di supporto alla guarigione. Infine, il coinvolgimento attivo delle comunità nei processi di implementazione delle pratiche dialogiche, incoraggerà la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni comunitarie al sostegno e alla promozione del benessere psicologico.

La dialogicità non è un metodo, è uno stile di vita. Essere disposti ad accogliere l'Altro, nella sua più profonda alterità levinassiana, significa ascoltarlo, prenderlo in considerazione, guardarlo. Quanto più in questo periodo di polarizzazione e individualismo, credo sia importante ricordare come è solo attraverso la comunione con l'Altro, che si è in grado di promuovere la salute e il benessere della nostra comunità. Apriamo al dialogo, abbattiamo i muri che ci dividono, cerchiamo soluzioni condivise e democratiche, per un futuro più libero e dignitoso.

## BIBLIOGRAFIA

Ådnøy Eriksen, K., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B., & Karlsson, B. (2014). Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 110–117. <https://doi.org/10.1111/inm.12024>

Anderson, H. (2002). IN THE SPACE BETWEEN PEOPLE: SEIKKULA'S OPEN DIALOGUE APPROACH. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 279–281. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01185.x>

Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: Systematic review of population studies. *British Journal of Psychiatry*, 199(5), 367–372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085563>

\* Anthony, W.A. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11–21.

Arnkil, T. E., & Seikkula, J. (2021). *Metodi dialogici nel lavoro di rete: Per la psicoterapia di gruppo, il servizio sociale e la didattica* (6. rist). Centro studi Erickson.

\* Bakhtin, M. (1984) *Problems of Dostojevskij's poetics. Theory and history of literature*: Vol. 8. Manchester, UK: Manchester University Press.

Barone, R., & Volpe, A. (2018). Democrazia e dialogicità per il benessere mentale di comunità. Una proposta di integrazione tra approcci complementari. *Nuova rassegna di studi psichiatrici*, 17.

Bjørlykhaug, K. I., Bank, R.-M., & Karlsson, B. (2020). Social Support and Relational Recovery in the Age of Individualism: A Qualitative Study Exploring Barriers and Possibilities for Social Support in Mental Health Work. *Journal of Recovery in Mental Health*, 4(1), 35–55.

\* Boardman, J., Currie, A., Killaspy, K., Mezey, G. (2010) *Social Inclusion and Mental Health*. London: RCPsych Publications.

Borg, M., Karlsson, B., Tondora, J., & Davidson, L. (2009). Implementing Person-centered Care in Psychiatric Rehabilitation: What Does This Involve? *Implementing Person-Centered Care in Psychiatric Rehabilitation: What Does This Involve?*, 46(2), 84–93.

Boutillier, C. L., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470–1476.

Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Bhunnoo, S., Browne, I., Chhina, N., Double, D., Downer, S., Evans, C., Fernando, S., Garland, M. R., Hopkins, W., Huws, R., Johnson, B., Martindale, B., Middleton, H., ... Yeomans, D. (2012).

Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430–434. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109447>

\* Casadio, R., Marin, I. C., Thomé, T., Mezzina, R., Baker, P., Jenkins, J., Pérez, P. M., & Pocobello, R. (2018). The Recovery House in Trieste: Rational, participants, intervention as the “work”. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 39(4), 149–161. <https://doi.org/10.1108/TC-01-2018-0003>

\* Connell, J., Carlton, J., Grundy, A., Taylor Buck, E., Keetharuth, A. D., Ricketts, T., Barkham, M., Robotham, D., Rose, D., & Brazier, J. (2018). The importance of content and face validity in instrument development: Lessons learnt from service users when developing the Recovering Quality of Life measure (ReQoL). *Quality of Life Research*, 27(7), 1893–1902. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1847-y>

Cooke, A. (A c. Di). (2017). *Understanding psychosis and schizophrenia: Why people sometimes hear voices, believe things that others find strange, or appear out of touch with reality, and what can help* (Revised version). The British Psychological Society.

EX-IN Deutschland e.V. (2022), *Introduzione Ita EX-IN*

\* Henry P e Pocobello R. (2008). *Il vecchio e il nuovo dei servizi psichiatrici*. *Psichiatria/Informazione*, Vol.36.

Hock, R. S., Or, F., Kolappa, K., Burkey, M. D., Surkan, P. J., & Eaton, W. W. (2012). A new resolution for global mental health. *The Lancet*, 379(9824), 1367–1368. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60243-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60243-8)

Holmesland, A.-L., Seikkula, J., Nilsen, Ø., Hopfenbeck, M., & Arnkil, T. E. (2010). Open Dialogues in social networks: Professional identity and transdisciplinary collaboration. *International Journal of Integrated Care*, 10(3). <https://doi.org/10.5334/ijic.564>

Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>

Lähteenmäki, M., & Dufva, Hannele (A c. Di). (1998). *Dialogues on Bakhtin: Interdisciplinary readings*. Univ. of Jyväskylä, Centre for Applied Language Studies. Lähteenmäki, Mika. (1994). Consciousness as a Social and Dialogical Phenomenon. *Finlance*, 14, 1–21.

Lähteenmäki, Mika. (2001). *Dialogue, language and meaning: Variations on Bakhtinian themes*. UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8836-4>

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Maddux, J. E. (2008). Positive Psychology and the Illness Ideology: Toward a Positive Clinical Psychology. *Applied Psychology*, 57(s1), 54–70. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00354.x>

Legge 13 maggio 1978, n. 180 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”

\* Lévinas, E. (2019). *Totalità e infinito: Saggio sull’esteriorità* (11. rist). Milano: Jaca book.

NICHOLAS, A., Reifels, L., King, K., & Pollock, S. (2014). *Mental health and the NDIS: A literature review*. Centre For mental Health, University of Melbourne.

Pavlovic, R. Y., Pavlovic, A., & Donaldson, S. (2016). Open Dialogue for psychosis or severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012384>

Pocobello, R., & Castelfranchi, C. (2013). Psicofarmaci: Sulla necessità di rompere un tabù e contrastare il riduzionismo biologico nel campo della salute mentale. In *Whitaker (2010/2013), a cura di Tibaldi, B. «Indagine di un’epidemia. Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell’epoca del boom degli psicofarmaci».*, 362–368.

Price-Robertson, R., Obradovic, A., & Morgan, B. (2017). Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108–120. <https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>

Priebe, S., Omer, S., Giacco, D., & Slade, M. (2014). Resource-oriented therapeutic models in psychiatry: Conceptual review. *British Journal of Psychiatry*, 204(4), 256–261. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.135038>

Schön, U.-K., Denhov, A., & Topor, A. (2009). Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 336–347. <https://doi.org/10.1177/0020764008093686>

\* Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. F., & Prata, G. (1977). Family rituals: A powerful tool in family therapy. *Family Process*, 16(4), 445-453.

Seikkula, J. (2002). OPEN DIALOGUES WITH GOOD AND POOR OUTCOMES FOR PSYCHOTIC CRISES: EXAMPLES FROM FAMILIES WITH VIOLENCE. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 263–274. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01183.x>

Seikkula, J. (2011). Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 179–193. <https://doi.org/10.1375/anft.32.3.179>

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214–228. <https://doi.org/10.1080/10503300500268490>

Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001a). OPEN DIALOGUE IN PSYCHOSIS I: AN INTRODUCTION AND CASE ILLUSTRATION. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4), 247–265. <https://doi.org/10.1080/10720530125965>

Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001b). OPEN DIALOGUE IN PSYCHOSIS II: A COMPARISON OF GOOD AND POOR OUTCOME CASES. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 267–284.

Seikkula, J., Arnkil, T. E., & Erikson, E. (2003). Postmodern Society and Social Networks: Open and Anticipation Dialogues in Network Meetings. *Family Process*, 42(2), 185–203. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.42201.x>

Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403–418. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x>

Seikkula, J., & Tarantino, C. (2014). *Il dialogo aperto: L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Roma: Fioriti.

Seikkula, J., & Trimble, D. (2005). Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. *Family Process*, 44(4), 461–475. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00072.x>

Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>

*Social Inclusion and Recovery (SIR) Strategy 2010-2015* (p. 18). (2015). [Strategy]. NHS Foundation Trust. [https://www.slamrecoverycollege.co.uk/uploads/2/6/5/2/26525995/sir\\_strategy\\_2010-2015\\_-\\_final\\_version1.pdf](https://www.slamrecoverycollege.co.uk/uploads/2/6/5/2/26525995/sir_strategy_2010-2015_-_final_version1.pdf)

Turchi, G. (2019). *Manuale Critico di Psicologia Clinica. Prolegomeni allo studio scientifico della Psicologia Clinica per la Salute*.

Ulland, D., Andersen, A. J. W., Larsen, I. B., & Seikkula, J. (2014). Generating Dialogical Practices in Mental Health: Experiences from Southern Norway, 1998–2008. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(3), 410–419. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0479-3>

\* Van Haaster, H., Koster, Y. (2005) Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid, Amsterdam. Unpublished manuscript.

Von Peter, S., Bergstrøm, T., Nenoff-Herchenbach, I., Hopfenbeck, M. S., Pocobello, R., Aderhold, V., Alvarez-Monjaras, M., Seikkula, J., & Heumann, K. (2021). Dialogue as a Response to the Psychiatrization of Society? Potentials of the Open Dialogue Approach. *Frontiers in Sociology*, 6, 806437. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.806437>

\* = opere non direttamente consultate

