



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di laurea Magistrale

"Ingredienti" di recovery: Un'analisi qualitativa dei racconti biografici post severo disagio mentale

"Ingredients" of recovery: A qualitative analysis of post-severe mental distress biographical narratives

Relatrice: Prof.ssa Elena Faccio

Laureanda: Arianna Zoe Anghinelli

Matricola: 2054726

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1 - IL COSTRUTTO DI “RECOVERY”	7
1.1 - Origini e definizione del costrutto di recovery	7
1.1.1 - Gli studi sugli <i>outcomes</i> psichiatrici e i movimenti sociali degli anni Sessanta-Settanta	7
1.1.2 - Il movimento antipsichiatrico	8
1.1.3 - Definire l’esperienza di recovery.....	11
1.2 - La multidimensionalità del costrutto di recovery	14
1.2.1 - La <i>personal recovery</i>	14
1.2.2 - La <i>narrative recovery</i>	16
1.2.3 - La <i>family recovery</i>	17
1.2.4 - La <i>social recovery</i>	18
1.2.5 - La <i>relational recovery</i>	19
1.3 - I servizi <i>recovery-oriented</i>	20
1.3.1 - La situazione italiana	25
1.3.2 - Il Servizio di Salute Mentale di Trento: la prassi del “fareassieme” e il ruolo degli ESP	27
CAPITOLO 2 - “INGREDIENTI” DI RECOVERY: esplorare i fattori che influenzano i processi di recovery	31
2.1 - Narrare la recovery in prima persona	31
2.2 - I fattori che influenzano la recovery: la revisione di Jacob et al. (2017)	32
2.3 - Due esempi di studi qualitativi	38
2.3.1 - Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities (Mancini et al., 2005).....	39
2.3.2 - Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 1: Enhancing recovery (Happell et al., 2008a)	43
2.4 - L’influenza degli interventi <i>recovery-oriented</i>: la revisione di Winsper et al (2020)	47
CAPITOLO 3 - LA RICERCA	51
3.1 - La cornice teorica ed epistemologica	51
3.2 - Il progetto di ricerca	54

3.2.1 - Contesto e partecipanti	54
3.2.2 - Considerazioni etiche	58
3.2.3 - Strumenti: le interviste semi-strutturate e il questionario RAS-DS	58
3.3 - L'intervista semi-strutturata per indagare i processi di recovery	60
3.4 - Metodologia di analisi dei dati	62
3.4.1 - La ricerca qualitativa	62
3.4.2 - L'analisi del contenuto	65
CAPITOLO 4 - PRESENTAZIONE DEI DATI	73
4.1 - Sguardo quantitativo e descrizione delle categorie	73
4.2 - Sguardo qualitativo: esplorare i significati	80
4.2.1 - Le risorse personali	81
4.2.2 - Conoscere la propria "malattia"	88
4.2.3 - L'assunzione dei farmaci	94
4.2.4 - La presa in carico dei Servizi	101
4.2.5 - Il posizionamento dei professionisti della salute mentale	114
4.2.6 - Le relazioni	129
4.2.7 - Il lavoro o le attività di volontariato	138
CAPITOLO 5 - DISCUSSIONE DEI RISULTATI	143
5.1 - Il problema dello stigma e dell'accettazione della malattia	143
5.2 - Il ruolo dei farmaci	147
5.3 - Il ruolo dei servizi <i>recovery-oriented</i>	151
5.4 - Le relazioni: il supporto familiare e il supporto tra pari	156
5.5 - Il posizionamento dei professionisti della salute mentale	158
5.6 - L'attività lavorativa	162
CONCLUSIONI	165
Punti di forza e utilità della ricerca	165
Limiti della ricerca	166
Prospettive future	167
BIBLIOGRAFIA	169
SITOGRAFIA	188

INTRODUZIONE

A partire dagli anni Sessanta circa, il concetto di “recovery” viene man mano integrato nel dibattito riguardante la cura della salute mentale, con la complicità dei movimenti sociali che, nello stesso periodo, si posizionavano in aperto disaccordo rispetto alla tradizionale pratica psichiatrica, in prevalenza organicista e fortemente riduzionista. Il concetto di recovery rappresenta, infatti, un’alternativa a quello della classica “guarigione clinica”, intesa come remissione sintomatologica e ritorno a un funzionamento pre-patologico: esso si configura invece come un percorso di affermazione del protagonismo degli utenti nel proprio processo di cambiamento, di riappropriazione del potere decisionale e di controllo sulle proprie vite. Questa visione contribuisce a costituire un innovativo paradigma psichiatrico in grado di ridefinire la malattia mentale quanto la guarigione, ed esso inizia a guidare, a partire dall’ultima decade del secolo scorso e su scala internazionale, alcune pratiche psichiatriche progettate dai Servizi di cura. Negli ultimi decenni, la ricerca nell’ambito dei processi di recovery è divenuta oggetto di crescente interesse poiché, mantenendo le testimonianze narrative degli utenti di Servizi come principale fonte di informazioni, sono emersi sempre più i benefici della messa in atto di interventi *recovery-oriented*, e di una concettualizzazione della malattia e della guarigione, da parte dei protagonisti del disagio e da parte dei professionisti, che fosse in linea con i valori del paradigma di recovery. A partire da tali premesse, il presente elaborato prende forma nel contesto di un ampio disegno di ricerca, intitolato “*EXIT MADNESS? EXamining Interpersonal Testimonies of Recovery from Severe Mental Disease*”, che ha coinvolto diversi ricercatori dell’Università degli Studi di Padova, e che ha avuto come obiettivo primario quello di indagare la funzione della dimensione sociale e relazionale all’interno dei percorsi di recovery, affidandosi all’ascolto delle voci dei protagonisti della sofferenza psichica. Nello specifico, all’interno di questo progetto, la mia indagine ha posto come domanda di ricerca l’identificazione degli elementi che risultano utili ai processi di recovery, ovvero gli “ingredienti di recovery”, secondo il punto di vista degli utenti: a tale scopo, sono state analizzate trentuno interviste individuali rivolte agli utenti dei Servizi di salute mentale.

Di seguito la presentazione della struttura dell’elaborato, attraverso la sintesi dei principali contenuti dei capitoli in cui è suddiviso. Nel primo capitolo verrà introdotto il

costrutto di recovery: sarà delineato il contesto sociale e accademico che ha favorito l'emergere e l'affermarsi di un nuovo paradigma concernente la salute mentale. A partire dall'inquadramento del contesto sociale, si procederà nel tentativo di definizione del costrutto, tenendo conto delle diverse prospettive che si sono susseguite nel corso degli anni: per meglio considerare la multidimensionalità della definizione dell'esperienza di recovery, saranno brevemente descritte le principali definizioni del costrutto, che si differenziano per la dimensione su cui maggiormente si concentrano: la *personal recovery*, la *narrative recovery*, la *family recovery*, la *social recovery* e, infine, la *relational recovery*. Proprio su quest'ultima accezione del costrutto di recovery, la *relational recovery*, si basa questo elaborato. Nell'ultimo paragrafo del capitolo, verrà esplorata l'applicabilità del paradigma di recovery nella pratica psichiatrica: verranno dunque descritti gli interventi considerati dalla letteratura come *recovery-oriented*, per poi passare a un approfondimento sui Servizi di salute mentale in Italia e su quanto i valori del paradigma di recovery siano stati integrati nelle loro pratiche. In particolare, sarà analizzato il funzionamento del Servizio di Salute Mentale di Trento, che è stato il principale riferimento per il reclutamento dei partecipanti della ricerca, alle cui pratiche, quindi, alludono le narrazioni degli utenti. Il secondo capitolo si occupa invece più nel dettaglio della mia domanda di ricerca: l'obiettivo è quello di sintetizzare lo stato dell'arte riguardante gli "ingredienti di recovery", ovvero gli elementi che risultano utili a tali processi. Per compiere questa operazione verranno prese come riferimento due revisioni della letteratura (Jacob et al., 2017; Winsper et al., 2020), che hanno cercato di rispondere al medesimo quesito attraverso l'analisi di ricerche empiriche. Nel capitolo, quindi, si metterà a punto lo stato attuale della ricerca sul tema, atto a delineare il contesto all'interno del quale il presente elaborato prenderà forma e integrerà i propri risultati. Il terzo capitolo si concentra sulla ricerca: verranno descritte le premesse teoriche ed epistemologiche che hanno guidato sia il progetto "*EXIT MADNESS? EXamining Interpersonal Testimonies of Recovery from Severe Mental Disease*" sia, più nello specifico, la presente indagine. In particolare, verrà sottolineato come l'adozione delle cornici teoriche del costruzionismo sociale e dell'interazionismo simbolico, approcci che fanno riferimento al più generale paradigma costruttivista, si riveli particolarmente idonea all'esplorazione del costrutto di recovery e al conseguimento degli obiettivi prefissati. Successivamente, il capitolo vuole esplicitare le caratteristiche

del progetto di ricerca e le metodologie applicate per la raccolta e l'analisi dei dati: nel dettaglio, si tratteranno le metodologie qualitative dell'intervista semi-strutturata e dell'analisi del contenuto. Ai fini della dimostrazione dell'applicazione di tale processo di analisi, sarà riportato un esempio del procedimento messo in atto, che ha utilizzato, come strumento di organizzazione e codifica del materiale testuale, il *software* di *ATLAS.ti*. Il quarto capitolo è dedicato alla presentazione dei risultati ottenuti: essi verranno esposti adottando sia un sintetico sguardo quantitativo, con l'obiettivo di mostrare la generale distribuzione dei contenuti trasversalmente al *corpus*, sia un più approfondito sguardo qualitativo, per "entrare" invece nelle narrazioni personali cogliendone e preservandone il più possibile le significazioni e i posizionamenti soggettivi. Infine, il quinto e ultimo capitolo ambisce a discutere i risultati precedentemente ottenuti: verranno confrontati i dati esposti in fase di presentazione con la letteratura esistente, al fine di evidenziare le conferme e le novità emerse nella presente ricerca. Nella sezione conclusiva verranno sintetizzate le risposte più significative rispetto alla domanda di ricerca originaria e le potenziali prospettive future, e saranno presentati i limiti intrinseci alle metodologie qualitative e caratterizzanti la presente indagine. In conclusione, il presente elaborato aspira a sottolineare, servendosi del supporto della letteratura e della ricerca messa in atto, i fattori ritenuti utili ai processi di *recovery*, con un particolare *focus* sull'importanza di adottare una prospettiva relazionale nella comprensione degli stessi e sui benefici dell'integrazione di pratiche *recovery-oriented* all'interno di Servizi di salute mentale.

CAPITOLO 1 - IL COSTRUTTO DI “RECOVERY”

1.1 - Origini e definizione del costrutto di recovery

Nell’ambito della salute mentale si inizia a parlare di “recovery” a partire circa dagli anni Sessanta del secolo scorso: il costrutto di recovery rappresenta un’alternativa al concetto di guarigione clinica, così come era inteso dall’approccio psichiatrico dominante. È possibile riscontrare le radici storiche di tale cambiamento di paradigma nei confronti della malattia mentale nei movimenti sociali e nelle posizioni filosofiche che hanno attraversato la seconda metà del secolo scorso: il paragrafo successivo delinea brevemente il contesto culturale che ha favorito lo sviluppo del costrutto di recovery, e verrà successivamente affrontata la questione della sua – complessa – definizione.

1.1.1 - Gli studi sugli *outcomes* psichiatrici e i movimenti sociali degli anni Sessanta-Settanta

Davidson e Roe (2007) attribuiscono l’emergere del costrutto di recovery a due principali fenomeni: innanzitutto, al filone di ricerche iniziato con la pubblicazione dell’*International Pilot Study of Schizophrenia*, promosso dalla *World Health Organization* nel 1969 (WHO, 1973). Questo studio ha dato il via alla stesura di diversi studi longitudinali diffusi a livello internazionale volti a indagare i decorsi e gli *outcomes* delle malattie psichiatriche: essi hanno evidenziato una vasta, e mai esplorata prima, eterogeneità di risultati. Mentre tradizionalmente la ricerca in ambito di salute mentale si era concentrata principalmente sulla valutazione della remissione sintomatologica come criterio per definire gli *outcomes* di guarigione psichiatrica, in questi studi inizia a delinearsi la possibilità di una definizione non omogenea del concetto di guarigione: così come è possibile considerare la malattia mentale come una disabilità multidimensionale, influenzata da una varietà di fattori, così la guarigione da essa coinvolge diversi domini di funzionamento e di benessere. Viene osservato come è possibile che le persone sperimentino diversi tipi di guarigione, non solo in senso clinico, ma ad esempio nell’ambito della relazionalità, dell’integrazione nella società, a livello professionale, abitativo, familiare, in relazione alla propria autonomia o alla propria definizione identitaria. Di qui, la necessità di un nuovo costrutto che contempli la guarigione non come un *outcome* “dalla” malattia, ma come un percorso personale

“nella” malattia (Davidson e Roe, 2007), un processo in divenire nel quale i sintomi possono coesistere o meno, al pari di altri fattori facenti parte dell’esistenza della persona. In secondo luogo, negli anni Settanta si assiste ai primi tentativi di attivismo da parte degli utenti dei Servizi di salute mentale, dei cosiddetti “*survivors*” della malattia mentale, ovvero di ex pazienti che si mobilitano per portare nella società esempi di come i pazienti psichiatrici non fossero poi così diversi dalle persone considerate “sane”, rivendicando la necessità di avere i medesimi diritti di vivere un’esistenza ricca di possibilità. Questa forma di mobilitazione si iscrive in movimenti sociali su scala ben più ampia, che originano tra gli anni Sessanta e gli anni Settanta, come quelli dell’*Independent Living* e i movimenti per i diritti civili. Il movimento dell’*Independent Living*, ad esempio, si fonda sul principio per cui le persone con disabilità sono legittimate ad avere i medesimi diritti civili e le medesime possibilità di vita e di controllo sulle proprie scelte rispetto alle persone prive di disabilità (<https://www.accessliving.org/newsroom/blog/independent-living-history/>): tale movimento è stato a sua volta influenzato dall’ondata di mobilitazioni sociali che ha attraversato la seconda metà del secolo scorso, tra cui ricordiamo i movimenti di de-istituzionalizzazione, i movimenti che si sono battuti per i diritti civili, i nascenti modelli di auto-aiuto, diffusi soprattutto sulla scia della fondazione, risalente agli anni Cinquanta, degli Alcolisti Anonimi, il movimento di de-medicalizzazione, e infine anche il consumismo, che ha posto l’attenzione sull’opinione del consumatore (o il paziente) circa i servizi offerti dal mercato (o circa i Servizi di cura) (*ibidem*). La storia di questi movimenti e la conseguente assunzione di consapevolezza hanno fatto sì che il concetto di recovery, in contrapposizione alla “recovery clinica”, si diffondesse nell’ambito della ricerca e venisse gradualmente integrato nella pratica clinica.

1.1.2 - Il movimento antipsichiatrico

In questo contesto di moti di rivendicazione di diritti da parte di categorie di persone tradizionalmente trascurate dalle istituzioni, e ispirato dalle premesse dell’approccio fenomenologico alla psichiatria, prende avvio circa negli anni Sessanta il movimento antipsichiatrico, riconosciuto per le sue posizioni fortemente critiche rispetto alle pratiche coercitive, etichettanti e stigmatizzanti che caratterizzavano l’apparato psichiatrico dominante. Cooper nel 1967 è il primo a utilizzare il termine “antipsichiatra” per identificare la tendenza che metteva in dubbio tale impostazione

dell'assistenza psichiatrica e, come già aveva fatto Szasz (1960), la definizione e l'esistenza stessa della malattia mentale. Szasz (1960) afferma infatti che la malattia mentale altro non rappresenti che una spiegazione, di produzione umana, del fatto che alcune persone incontrino una difficoltà esistenziale nell'atto di vivere rincorrendo ideali di benessere e valori socialmente costruiti (Szasz, 1960); sempre Goffman definisce la malattia mentale come “un modo metaforico per esprimere l'opinione di chi parla quando pensa che ci sia qualcosa di sbagliato nel comportamento della persona a cui attribuisce la “malattia”” (Wyatt, 2004, p. 73). A rappresentare la corrente del pensiero antipsichiatrico troviamo, tra i principali esponenti, Goffman e Szasz in America, Cooper e Laing in Inghilterra, Guattari, Deleuze e Foucault in Francia, e in Italia Callieri, Borgna e Basaglia (Galimberti, 2011): gli autori citati condividono il rifiuto dell'istituzione manicomiale e dell'imposizione dell'autorità psichiatrica che si manifesta nell'etichettamento diagnostico e nelle pratiche di cura coatte, sulla base della negazione dell'esistenza della malattia mentale come disturbo organico, e sulla promozione della stessa come convergenza di influenze multifattoriali, tra cui condizionamenti ambientali e contraddizioni sociali. Goffman e Foucault, in particolare, si occupano delle dinamiche di potere su cui si basava l'approccio psichiatrico dell'epoca: per Goffman (1961) l'istituzione psichiatrica condivide con altre strutture umane (quali ad esempio il sistema penitenziario o gli ospedali) la natura di “istituzione totale”, in quanto separa coercitivamente i soggetti considerati malati dalla società, esercitando un'autorità giustificata dalla percezione di pericolosità dei pazienti. Foucault condivide questa visione della psichiatria, attribuendole come scopo primario quello di “escludere dalla società un certo numero di persone” (Chomsky e Foucault, 2011, p. 64), e identificando nei rapporti di potere “*l'a priori* della pratica psichiatrica: essi condizionano il funzionamento dell'istituzione manicomiale, distribuiscono al suo interno i rapporti tra individui e guidano le forme dell'intervento medico.” (Foucault, 2005, p. 27). Similmente Cooper (1967) attribuisce alla pratica psichiatrica una natura violenta, in quanto si manifesta come “l'azione corrosiva che la libertà di una persona esercita sulla libertà dell'altra” (Cooper, 1967, p. 35). Anche Basaglia (1979) identifica nella necessità della psichiatria di creare un'asimmetria di potere e di libertà il suo problema principale: “lo psichiatra ha sempre confuso l'internamento del malato con la propria libertà. Quando il malato è internato, il medico è in libertà; quando l'internato è

in libertà, l'internato è il medico. Il medico non accetta questa condizione di parità, per cui o il malato viene rinchiuso o è il medico ad esserlo.” (Basaglia, 1979, p. 10). L’“internamento” contribuisce a privare il malato della propria soggettività, la cui restaurazione, secondo Basaglia, dovrebbe essere invece il principio cardine della cura psichiatrica: è dunque solo restituendo al malato la sua soggettività, secondo Basaglia, che è possibile entrarci in relazione, ed è all’interno di questa relazione che lo psichiatra “scopre che il folle ha bisogno non solo di cure per la malattia, ma anche di un rapporto umano con chi lo cura, di risposte reali per il suo essere, di denaro, di una famiglia, e di tutto ciò di cui anche il medico che lo cura ha bisogno.” (Galimberti, 2011, p. 243). Ancora, Basaglia, intervistato da Zavoli nel 1968, sottolinea l’importanza di instaurare una relazione dialettica con il paziente, e quando interrogato su chi fosse, secondo lui, il “malato di mente”, risponde: “non so dirlo, non lo sa nessuno... importante è avvicinarci alla malattia e al malato, perché l’avvicinamento a una persona che soffre deve essere un compito che trascende la figura del medico, [...] ma l’avvicinamento deve essere estremamente dialettico, deve essere una considerazione, una presa di coscienza che il malato è l’espressione di una contraddizione sociale e medica.” (<https://www.raiplay.it/programmi/zavoliincontrabasaglia>). Pertanto, quando il paziente viene trattato come un essere umano, la malattia che etichetta il malato perde la sua accezione di disabilità cronica e si presenta come una crisi esistenziale, sociale, relazionale, familiare, o ancora identitaria. Questionare la definizione stessa della malattia mentale comporta una conseguente messa in discussione delle pratiche orientate alla cura e della definizione di cura: dal momento che, stando alle premesse antipsichiatriche, la sofferenza psichica non è considerabile al pari della malattia organica, così la guarigione non è più sovrapponibile all’assenza di sintomi, ma si declina in modo multifattoriale e complesso, e necessita la messa in pratica di interventi diversi, attenti a più dimensioni della vita della persona e non più solo all’eliminazione del sintomo in vista di un migliorato funzionamento. E quando la richiesta di un cambiamento di paradigma psichiatrico giunge non solo dalla voce dell’Accademia e della ricerca, ma anche dai protagonisti della sofferenza, la recovery, con la sua restituzione di protagonismo al paziente, diventa il costrutto più adatto per parlare di guarigione e di salute mentale.

1.1.3 - Definire l'esperienza di recovery

La recovery si delinea come un costrutto, o in senso più ampio come un intero paradigma, di complessa definizione, per il susseguirsi di autori e approcci che vi si sono interessati negli ultimi cinquant'anni, e per la sua natura multidimensionale, che verrà approfondita più avanti (v. *infra*, cap. 1.2). Approcciandosi al costrutto di recovery, il primo problema si manifesta nella difficoltà nell'adozione di una traduzione italiana che ne rispecchi fedelmente il significato; potrebbe superficialmente essere accostata al concetto di guarigione, ma si tratta in realtà di un concetto più articolato, più fedelmente rappresentato dalla traduzione letterale di "recupero" (Giovanazzi e Puecher, 2022). Tuttavia, anche il termine "recupero" rimanda al campo semantico proprio della guarigione intesa come un ritorno allo stato pre-patologico, e dunque a una remissione dei sintomi: verrà dunque utilizzato nel corso dell'intera dissertazione il termine "recovery", al fine di esprimere un distacco dai tradizionali concetti clinici di recupero o guarigione. La prima caratteristica propria della recovery risiede proprio nella differenza che intercorre rispetto alla tradizionale "guarigione clinica": quest'ultima è sovrapponibile a quella che è possibile definire "*complete recovery*" (Warner, 2004) o "*clinical recovery*" (Slade, 2009), descritta come una condizione di assenza di sintomi e di ritorno al livello di funzionamento precedente all'insorgenza della malattia, e che si contrappone alla "*social recovery*", intesa come la riconquista di indipendenza economica, abitativa e sociale (Warner, 2004) o alla "*personal recovery*", radicata invece nella ricerca di una vita personale soddisfacente e piena di speranza (Slade, 2009). Nel momento in cui la recovery non implica necessariamente la remissione dei sintomi, essa non è teorizzabile come un obiettivo da raggiungere, "quanto soprattutto un viaggio, un processo complesso e non lineare di cambiamento, un'esperienza di crescita oltre la malattia, un processo irripetibile per ogni persona" (Serrano, 2017): in quest'ottica la guarigione perde la sua accezione di *outcome* a cui aspirare, e viene declinata come un processo in divenire, un viaggio metaforico (Deegan, 1988) del quale la persona può sentirsi protagonista anche in assenza dei criteri clinici tradizionalmente associati al recupero. Tuttavia, anche su questa questione la letteratura non è del tutto omogenea: alcuni autori preferiscono descrivere la recovery come, allo stesso tempo, un processo e un *outcome* (Lieberman e Kopelowitz, 2005), dal momento che le due prospettive si trovano in una relazione di reciproca e continua

influenza. La recovery rappresenta un paradigma che offre una nuova interpretazione non solo al concetto di guarigione, ma anche al concetto di malattia, non più considerata nei suoi aspetti catastrofici e cronici, ma in relazione alle potenzialità, nonostante la malattia, del soggetto. Obiettivo primario della recovery diventa quindi quello di permettere alla persona di acquisire e applicare strategie di gestione della propria malattia, per potersi dedicare, presa consapevolezza dei propri limiti e delle proprie possibilità, a vivere un'esistenza di nuovi significati (Giovanazzi e Puecher, 2022). Deegan, psicologa clinica e attivista per la salute mentale, nel 1988 scrive uno dei primi articoli in tema di recovery, in cui descrive la sua esperienza di malattia in prima persona e parla della recovery come "l'esperienza di persone che accettano e superano la sfide della disabilità" (Deegan, 1988, p. 1): altri articoli che condividono con quello di Deegan periodo di pubblicazione e modalità di narrazione in prima persona sul tema della recovery (Lovejoy, 1982; Leete, 1989; Unzicker, 1989) concordano nel considerare l'accettazione uno dei momenti cruciali del processo di recovery, insieme alla speranza, il coinvolgimento nella vita sociale, la messa in pratica di strategie di coping attive, e la riconquista di un senso del sé positivo (Ridgway, 2001). A sostenere questa esperienza di crescita è proprio l'assunzione di un atteggiamento attivo e responsabile nei confronti del proprio percorso, la cui insorgenza origina dall'incontro del paziente con professionisti e Servizi della salute mentale in grado di coinvolgere l'utente nei processi decisionali e di porsi in una posizione di ascolto rispetto alle necessità individuali. Il crescente numero di pubblicazioni sul tema della recovery degli anni '80, combinato all'implementazione dei modelli di de-istituzionalizzazione introdotti tra gli anni '60 e '80, hanno portato, secondo quanto affermato da Anthony (1993), al consolidamento del paradigma di recovery che, secondo la sua opinione, avrebbe guidato la pratica psichiatrica degli anni '90. Sempre secondo Anthony (1993), il concetto di recovery come cambiamento personale in positivo, ma non necessariamente come eliminazione della sintomatologia e ritorno al funzionamento precedente, era già diffuso nell'ambito della disabilità fisica (Wright, 1983; Harrison, 1984), ma è solo con la diffusione delle pubblicazioni delle testimonianze dei *survivors* in prima persona (e.g. Deegan, 1988; Leete, 1989; Lovejoy, 1982; Unzicker, 1989) che viene introdotto nel campo della salute mentale. Egli, sulla base delle descrizioni del costrutto presenti nelle narrazioni in prima persona, conia una definizione di recovery

che è, ad oggi, una delle più citate: “La recovery è descritta come un processo profondamente personale e unico di cambiamento delle attitudini, dei valori, dei sentimenti, degli obiettivi, di abilità o ruoli personali. Essa si configura come un modo di vivere una vita che sia soddisfacente e ricca di speranza, nonostante i limiti imposti dalla malattia. La recovery include lo sviluppo di nuovi significati e obiettivi nella propria vita, attraverso l’allontanamento dal modello catastrofico e cronico della malattia” (Anthony, 1993, p. 527). La previsione di Anthony circa l’integrazione del paradigma di recovery nella pratica psichiatrica a partire dall’ultima decade del secolo scorso si conferma veritiera: nel corso dei primi anni Duemila, gli USA (President’s New Freedom Commission on Mental Health, 2003) e la Nuova Zelanda (New Zealand Mental Health Commission, 2001) sono i primi paesi a sottoscrivere la centralità del paradigma di recovery nelle future progettazioni in ambito di salute mentale, seguite da Australia e Inghilterra (Ramon et al., 2007).

Nel tentativo di sviluppare una cornice teorica che sintetizzasse i principali significati della recovery attribuiti dalla letteratura fino a quel momento, Leamy et al. (2011) si sono occupati di revisionare un totale di 97 articoli sul tema della recovery: nel compiere questa operazione gli autori hanno individuato in particolare cinque principali processi coinvolti secondo la maggior parte degli studi esaminati, che hanno sintetizzato con l’acronimo CHIME (*Connection, Hope and optimism about the future, Identity, Meaning in life, Empowerment*). Le cinque dimensioni della recovery individuate dalla revisione di Leamy et al. (2011) rappresentano una sintesi piuttosto fedele delle caratteristiche del costrutto di recovery, così come ne mostrano la complessità: per questo motivo, il modello CHIME è diventato uno dei principali riferimenti sul tema di recovery, e costituisce una valida cornice teorica in grado di fungere da base per la ricerca che esplora nel dettaglio il costrutto e le sue applicazioni pratiche. I processi del modello CHIME verranno descritti nel dettaglio più avanti (v. *infra*, cap. 1.2.1).

In generale, è possibile riassumere il concetto di recovery come “radicato nella semplice ma profonda consapevolezza che le persone alle quali è stata diagnosticata una malattia mentale sono esseri umani” (Deegan, 1996, p. 92), e in quanto tali portatrici di desideri e bisogni sociali, abitativi, professionali, o educativi (Anthony, 1993). La complessità del concetto risiede nelle sfaccettature e nella multidimensionalità intrinseche all’essere umano, alla malattia mentale e alle definizioni di benessere: “La recovery dalla malattia

mentale include molto più che la recovery dalla malattia in sé. Le persone con malattia mentale è possibile che si debbano riprendere dallo stigma che hanno interiorizzato, o dagli effetti iatrogeni dei setting clinici, o dall'assenza di opportunità per la realizzazione personale, o ancora dai propri sogni infranti.” (Anthony, 1993, p. 527). La malattia mentale attraversa varie dimensioni dell'esperienza umana, e così funziona anche per la guarigione: “Come la malattia mentale stessa, la nozione di recovery è rappresentata da un insieme multidimensionale di fenomeni che non hanno nulla in comune oltre a un Wittgensteiniano senso di “somiglianza familiare [*Familienähnlichkeit*]”” (Davidson e Roe, 2007, p. 460). Per questo il costrutto di recovery si configura in modo complesso, multidimensionale, e di tale multidimensionalità si occupa il successivo paragrafo.

1.2 - La multidimensionalità del costrutto di recovery

Come accennato, la complessità della configurazione della malattia mentale porta a teorizzare un altrettanto complesso modello di recovery: esistono in letteratura numerosi tentativi di definizione del costrutto di recovery che si differenziano per la dimensione della guarigione che evidenziano maggiormente. L'obiettivo del presente paragrafo è quello di effettuare una sintesi dei principali modelli teorici che offrono una definizione del costrutto: tale processo non pretende di essere esaustivo circa le svariate possibilità di definizione, ma offre una panoramica delle modalità di significazione del costrutto anche in vista degli aspetti che verranno esplorati nella presente ricerca.

1.2.1 - La *personal recovery*

Una delle definizioni più citate e diffuse di recovery è da attribuire ad Anthony, che nel 1993 la descrive come un “processo profondamente personale e unico di cambiamento delle attitudini, dei valori, dei sentimenti, degli obiettivi, di abilità o ruoli personali.” (Anthony, 1993, p. 527). Questa concettualizzazione della recovery ha guidato la ricerca sui processi di recovery per gli anni a venire, divenendone il riferimento principale: essa teorizza la recovery come un processo intrinsecamente personale, in cui a sperimentare un cambiamento sono i processi intrapersonali dell'individuo. È tale cambiamento soggettivo che, secondo la visione della *personal recovery*, permette l'inesco di un percorso, rigorosamente personale e autonomo, verso un ritrovato benessere. Jacobson e Greenley (2001) approfondiscono la definizione offerta da Anthony mantenendone la

visione essenzialmente intrapersonale: gli autori definiscono il costrutto come caratterizzato dal coinvolgimento di processi intrinsecamente personali, quali ad esempio la speranza del soggetto, l'attitudine personale, le esperienze soggettive, o il percorso di crescita individuale; inoltre, riconoscono l'influenza dei fattori esterni, ad esempio delle relazioni o del contesto sociale o lavorativo, sui processi di recovery, ma attribuiscono ad essi un ruolo di moderatori, in grado di facilitare od ostacolare il cambiamento a seconda della natura del fenomeno. La visione della recovery come profondamente personale rimane dominante per i primi decenni del dibattito sulla sua introduzione nelle pratiche psichiatriche, e Braslow (2013) attribuisce questa egemonia, specialmente negli USA, ai processi di de-istituzionalizzazione della salute mentale che stavano attraversando il paese: come conseguenza di questi processi, l'utente dei Servizi di salute mentale non è più considerato sotto una responsabilità di cura "collettiva", ma, in un tentativo di individualizzazione neoliberale, perfettamente autonomo, responsabile, nel privato, del proprio percorso di cura. Nel tentativo di colmare l'assenza di una cornice teorica unitaria che potesse rappresentare un riferimento per le pratiche *recovery-oriented* e di sintetizzare la varietà di definizioni del costrutto susseguitesesi nel tempo, Leamy et al. (2011) propongono il cosiddetto modello CHIME: a costituire l'acronimo sono i cinque processi principali che, secondo gli autori, riassumono il costrutto di recovery;

1. *Connectedness*: il tema della connessione riguarda il supporto relazionale proveniente dal gruppo dei pari, dai familiari, o dai membri della propria comunità;
2. *Hope and optimism about the future*: vengono inclusi in questa categoria le credenze personali circa la riuscita della recovery, la motivazione al cambiamento, i propri sogni e aspirazioni;
3. *Identity*: per quanto riguarda l'identità, sono coinvolti processi di ridefinizione identitaria, di costruzione di un'identità positiva e non più sovrapponibile alla propria diagnosi, e di superamento dello stigma e dell'auto-stigma.
4. *Meaning in life*: comprende le dimensioni della spiritualità, avere una vita piena di significato e un ruolo a livello sociale, ricostruire la propria vita dopo la malattia, attribuire un significato alle esperienze di malattia;

5. *Empowerment*: i processi di empowerment riguardano l'assunzione di responsabilità circa il proprio percorso, la riconquista di controllo sulla propria vita e l'identificazione di strategie personali per far fronte alla malattia.

Il modello CHIME rappresenta un tentativo di estendere la definizione di recovery, evidenziandone i diversi processi che convergono nella riuscita del processo. Tuttavia, come sottolineato da Price-Robertson et al. (2017), i processi che compongono il modello di Leamy et al. (2011) sono, ad eccezione della *Connectedness*, interpretati in modo intrapersonale: gli autori attribuiscono questa visione del costruito all'esplorazione dei processi all'interno, prevalentemente, di contesti "monoculturali", e suggeriscono la necessità futura di ampliare la ricerca empirica considerando persone appartenenti alle culture definite "collettiviste", nelle quali è posta una maggior enfasi sull'interdipendenza tra i membri della comunità (Price-Robertson et al., 2017).

1.2.2 - La narrative recovery

La definizione narrativa di recovery emerge, secondo Kerr et al. (2013) dall'adozione della lente conoscitiva della scienza della complessità: essa rivolge l'attenzione a quelli che Kerr et al. definiscono i "sistemi viventi complessi", nei quali includono anche il sé come sistema dinamico, adattivo e complesso a causa delle molteplici influenze alle quali è esposto. In quest'ottica, nei processi di recovery è fondamentale considerare che il sé attraversa una ridefinizione, da un'identità dominata dalla malattia e dalla sua cronicità, a una orientata al cambiamento, ai desideri di realizzazione personale, alla vita. La narrazione di sé detiene un ruolo privilegiato in tale ridefinizione, a causa del fatto che *"the process of narrating, reframing, retelling, restorying, reauthoring, questioning and reformulating one's life story can provide a sense of meaning and possibility for individuals and can have a positive and empowering impact on a recovery journey"* (Kerr et al., 2013, p. 109). In questo senso, l'atto narrativo permette di porsi come autori e protagonisti del proprio percorso, perfettamente in linea con i valori del paradigma di recovery. L'esplorazione del funzionamento dei processi di recovery configura come strumento privilegiato proprio le narrazioni in prima persona, perché esse offrono la possibilità di restituire agli utenti voce in capitolo circa la salute mentale, voce tradizionalmente rimossa dai trattamenti psichiatrici, dallo stigma e dalla sofferenza psichica.

1.2.3 - La *family recovery*

La famiglia assume inevitabilmente un ruolo determinante nell'influenzare l'inesco o gli esiti dei processi di recovery che il singolo si trova ad attraversare. Inoltre, così come la malattia psichiatrica di un membro familiare comporta degli effetti sull'intera famiglia, così i processi di recovery coinvolgono le dinamiche familiari e ricadono in modalità differenti su di esse. Per questo alcuni autori parlano di *family recovery*, come di un processo che non può sottrarsi alla considerazione della variabile familiare. Bland e Foster (2012) definiscono la famiglia come nucleo fondamentale per la comprensione dell'esperienza della malattia mentale del soggetto e per l'identificazione di strategie volte al recupero e di possibili *outcomes*; inoltre, gli autori identificano la famiglia come una variabile in grado di influenzare tali *outcomes*, così come a sua volta influenzata dall'intero processo. Diversi autori hanno esplorato il ruolo della famiglia in relazione alla recovery di un membro della stessa: ad esempio, Aldersey e Whitley (2015) hanno identificato le modalità con cui i comportamenti dei familiari possono rivelarsi fattori facilitanti piuttosto che ostacolanti rispetto al processo di recovery. La famiglia può rappresentare un ostacolo alla recovery quando è percepita dal singolo come una fonte di stress, quando i suoi comportamenti rinforzano lo stigma che concerne la malattia mentale, oppure quando si verificano episodi di ospedalizzazione forzata o ricorso al trattamento coatto promossi da membri familiari. Al contrario, la famiglia può esercitare un'influenza positiva tramite, secondo gli autori, forme di supporto morale, supporto pratico o come fonte di motivazione al cambiamento. È opportuno considerare anche che i processi di recovery possono coinvolgere l'intero nucleo familiare, in quanto esso rappresenta il luogo in cui si manifestano le conseguenze più dirette della malattia e dell'intrapreso processo di cambiamento: a questo proposito, Wyder e Bland (2014) hanno identificato 4 principali aree su cui lavorare a livello familiare durante i percorsi di recovery, che includono il mantenimento della speranza, la capacità di riconnessione, il superamento dei "traumi secondari", ovvero i sentimenti di sofferenza o di cura insufficiente che possono sperimentare anche i familiari, e infine il passaggio da *caregiver* a familiare, che prevede invece l'abbandono del ruolo assistenziale in virtù della ricostruzione di una relazione simmetrica. Come sottolineato da Spaniol (2010), ogni famiglia con un membro che sta attraversando un percorso di malattia mentale o di recovery, attraversa, a modo suo, un percorso corrispondente. Vi sono delle differenze

nelle modalità esperienziali di tale percorso che variano in base al ruolo familiare, ma l'autore evidenzia l'importanza di assumere consapevolezza circa i processi che coinvolgono, inevitabilmente, sia il soggetto che soffre, sia chi gli è intorno, per poter reagire con empatia e atteggiamenti supportivi e facilitare la recovery.

1.2.4 - La *social recovery*

Sulla scia del tentativo di superamento della visione individualistica e “isolata” del processo di recovery, alcuni studi si sono concentrati sull'esplorazione dei fattori sociali in grado di influenzare questi percorsi (Mezzina et al., 2006; Schön et al., 2009; Marino, 2015). Lo studio di Mezzina et al. (2006) definisce la recovery come un “percorso interattivo, che richiede il coinvolgimento di un contesto sociale denso di significati, piuttosto che, semplicemente, la costruzione di relazioni all'interno di una rete sociale” (Mezzina et al., 2006, p. 63): si delinea dunque una concettualizzazione di recovery sociale, lontana dalla recovery personale definita, ad esempio, da Anthony (1993). La definizione di Mezzina e colleghi è supportata dallo studio di Schön et al. (2009), che analizza attraverso uno studio qualitativo le testimonianze di persone con esperienza di recovery, per giungere a definire i principali fattori che ne hanno facilitato il processo. Viene identificata una categoria tematica principale, trasversale alle dimensioni emerse nelle interviste, ovvero la tendenza a “vivere la recovery attraverso un processo sociale” (Schön et al, 2009, p. 339): questa definizione enfatizza l'importanza delle relazioni e del contesto circostante nella riuscita della recovery. Sulla base di questa premessa, vengono identificate tre principali dimensioni: il sé sociale, inteso come la ricerca delle parti più strategiche e positive del sé per far fronte alla malattia; gli interventi sociali, ovvero gli interventi promossi dai Servizi di salute mentale; infine, la connessione con gli altri, che determina l'accettazione del supporto esterno, e la generale capacità a relazionarsi e a trarre supporto dalle relazioni. È possibile osservare come l'aspetto sociale del processo permei tutte le dimensioni emerse. La natura sociale della recovery è ben evidenziata anche all'interno dello studio di Marino (2015), il cui obiettivo è l'esplorazione degli aspetti sociali coinvolti nei processi di cambiamento. Dallo studio, condotto tramite l'analisi qualitativa di *focus groups*, emerge come esigenza dominante da parte dei protagonisti dei percorsi di recovery quella di sentirsi partecipanti attivi della società, di sentirsi parte di essa e di contribuire a costruire un futuro per sé e per la collettività. A partire da questo risultato, l'autore sottolinea la necessità, in ambito

operativo, di concentrarsi su “misure che coinvolgano il superamento della marginalizzazione e l’invito a una partecipazione sociale attiva. Con ciò è possibile giungere a una social recovery, che non c’entra con la guarigione dalla malattia, ma con il recupero della vita della persona.” (Marino, 2015, p. 72). La vita della persona di cui si ambisce al recupero è inevitabilmente situata in un contesto sociale, in una rete relazionale, che gli interventi orientati alla recovery devono quindi tenere in considerazione.

1.2.5 - La *relational recovery*

Come esposto nel paragrafo 1.2.1, la definizione di recovery come processo personale è stata dominante per i primi decenni di sviluppo e applicazione del paradigma: Price-Robertson et al. (2017) riconducono questo fenomeno alla diffusione, a partire da paesi come gli USA e l’Australia, della cultura dell’individualismo, che ha promosso l’autonomia e la responsabilità individuale a discapito dell’esperienza collettiva. Inoltre, anche i modelli di recovery esposti nei precedenti paragrafi, che hanno rappresentato un tentativo di includere la dimensione della connessione e della relazionalità della persona con il proprio contesto, hanno spesso interpretato l’influenza ambientale come separata dall’esperienza interna. Price-Robertson et al. (2017) si sono occupati di identificare le cornici teoriche che hanno rappresentato un tentativo di superamento del paradigma individuale, verso una ridefinizione dell’identità dell’utente psichiatrico come persona con un’identità politica e collettiva. Tra queste, gli autori selezionano tre distinte tendenze di ricerca: in primis, gli studi che si sono approcciati al costrutto di recovery con una sensibilità cross-culturale, e che quindi hanno evidenziato le differenze di applicabilità del paradigma in società guidate da valori individualisti piuttosto che collettivisti (e.g. Jacobson e Farah, 2012; Tse e Ng, 2014). La riflessione sulle differenze culturali nell’interpretazione della recovery ha portato, nel contesto del movimento di recovery di Toronto, alla formulazione del *Culturally Responsive Model of Recovery* (Jacobson e Farah, 2012): questo modello, caratterizzato da una sensibilità alle differenze culturali, “riconosce che gli individui esistono in una rete fluida da relazioni costituite dalla famiglia, dalla comunità, e da un più ampio contesto sociopolitico. Questo modello pone il contesto culturale di riferimento, i sistemi di oppressione e di privilegio, i determinanti sociali della salute e il *background* storico come fattori centrali della recovery.” (Jacobson e Farah, 2012, p. 334). In secondo

luogo, Price-Robertson et al. (2017) individuano una seconda categoria di studi che contribuisce ad attribuire una direzione relazionale alla recovery: si tratta della ricerca che definisce la recovery nella sua natura sociale (Mezzina et al., 2006; Schön et al., 2009; Marino, 2015). In questo caso la recovery viene definita come un processo “intrinsecamente sociale” (Marino, 2015, p. 68), e viene posta un’enfasi particolare su come le relazioni del soggetto e il contesto di cui è parte siano decisivi, e dunque facciano parte del processo di recovery. Infine, il filone di ricerca che più si avvicina alla proposta di recovery degli autori è quello che si è occupato di definire la nozione di *family recovery*: gli autori di tali studi concordano nel considerare il contesto familiare e le relazioni con i membri familiari come indissolubilmente connessi ai processi di recovery degli utenti. Alcuni studi si concentrano sull’influenza della famiglia d’origine (Glynn et al., 2006), altri sulla famiglia generata da un’unione (Nicholson, 2014); Wyder e Bland (2014) si sono invece concentrati sul ruolo che la famiglia esercita nei diversi processi che costituiscono la recovery secondo il modello CHIME (Leamy et al., 2011). In linea generale, è possibile osservare come a partire da queste tre tendenze nella concettualizzazione della recovery, i processi di recovery siano “distribuiti all’interno di una rete interpersonale, piuttosto che riposti interamente all’interno dell’individuo” (Price-Robertson et al., 2017, p. 9). È dunque poggiandosi su tali premesse che Price-Robertson et al. (2017) propongono una visione di recovery relazionale: esprimono l’esigenza di una cornice teorica che consideri il soggetto in interazione con la propria comunità, la propria famiglia, la propria rete sociale e il proprio contesto culturale. È questa la definizione di recovery che si trova più in linea con quanto esposto nel presente elaborato.

1.3 - I servizi *recovery-oriented*

L’inesco dei processi di recovery è reso possibile dall’incontro dei pazienti con un sistema di Servizi di salute mentale territoriale in grado di operare in linea con i principi del paradigma di recovery. A partire dagli anni ’90, con la progressiva diffusione di consapevolezza dell’esigenza di un nuovo approccio alla cura della salute mentale, guidato dalla progressiva de-istituzionalizzazione della psichiatria, i Servizi di salute mentale si avvicinano alla progettazione di interventi *recovery-oriented*: affinché possano essere definiti tali, è necessario rispettino le distanze dall’istituzione psichiatrica tradizionale, dominante per tutto il secolo scorso, basata principalmente su

trattamenti farmacologici e interventi coercitivi e contenitivi (Slade et al., 2014). Il focus della pratica di cura orientata alla recovery deve essere quindi spostato sull'incoraggiamento a sviluppare speranza, sul supporto dell'auto-determinazione del paziente, sull'assicurare l'accesso a una varietà di servizi che favoriscano l'inclusione sociale e l'integrazione all'interno della comunità (ad esempio servizi di educazione, di supporto abitativo o di supporto professionale) (Mental Health Advocacy Coalition, 2008). Nei paesi occidentali si sono diffuse, e continuano a diffondersi, sempre più pratiche orientate alla recovery nell'ambito della salute mentale: le linee guida per i Servizi di cura orientati alla recovery dello stato del Connecticut offrono un esempio di sintesi delle principali modalità di intervento che è necessario che i Servizi adottino per operare nel rispetto dei valori del paradigma. Secondo questo documento (<https://portal.ct.gov/-/media/DMHAS/Recovery/practiceguidelines2pdf.pdf>), i requisiti che devono guidare le pratiche di cura orientate alla recovery sono:

1. L'imprescindibile coinvolgimento di utenti e familiari in ogni fase della progettazione e degli interventi
2. Un'applicazione responsiva e tempestiva degli interventi necessari, soprattutto in situazioni critiche
3. Una pratica che sia centrata sulla persona e che si basi sulla fiducia riposta nelle esperienze soggettive
4. Una cura che sia efficiente ed equa per tutte le parti coinvolte
5. Interventi sicuri e affidabili nei confronti di pazienti e professionisti, ovvero che evitino azioni coatte e violente
6. La massimizzazione del ricorso ai supporti disponibili nella comunità e nell'ambiente circostante

Questo elenco rappresenta uno tra i numerosi esempi di guide operative a livello territoriale, ma riassume bene i valori principali che guidano questa tipologia di pratica psichiatrica. Per esplorare più nel dettaglio le modalità entro cui questi valori possono prendere forma all'interno delle istituzioni, Slade et al. (2014) hanno descritto 10 principali tipologie di intervento, validate dalla ricerca empirica presente in letteratura, definibili *pro-recovery*: si tratta di interventi che, se messi in atto da parte dei Servizi di salute mentale, ambiscono a facilitare lo sviluppo del processo di recovery nelle sue varie dimensioni, ben riassunte dal modello CHIME (Leamy et al., 2011). Obiettivo di

questa operazione è quello di identificare le tipologie di intervento che ci si aspetta vengano fornite da un sistema di cura di salute mentale che sia *recovery-oriented*, e conseguentemente di fornire una guida ai servizi che volessero implementare tali pratiche.

1. Pratiche di *peer support*: il supporto tra pari rappresenta uno dei pilastri su cui si fonda il concetto di *recovery*. Ciò è diretta conseguenza dell'attribuzione, secondo il paradigma della *recovery*, di un valore empirico alle narrazioni dei protagonisti del disagio mentale; esse diventano fonte di un sapere esperienziale che risulta spendibile in ambito terapeutico. L'efficacia del *peer support* si basa nell'assunzione per cui persone con esperienze di sofferenza simili possano relazionarsi meglio tra loro e offrire reciprocamente una validazione empatica profonda, basata sulla comprensione del vissuto altrui (Mead e Macneil, 2006). Il *peer support* può essere declinato in due principali forme: il supporto informale, che proviene tipicamente dal gruppo di pari frequentato dal soggetto, ad esempio da altre persone che sono solite frequentare i Servizi di salute mentale, oppure il supporto formale, che include figure professionali che collaborano con i Servizi, con una storia di malattia mentale e disponibili a mettere il proprio sapere esperienziale al servizio di altri utenti. La letteratura è concordante nel considerare gli effetti benefici dei servizi promossi dal personale *peer*; in particolare, nella valutazione dell'impatto del lavoro del *peer staff*, sono stati rilevati dei generali miglioramenti negli *outcomes* clinici (gestione della sintomatologia, funzionamento del soggetto, diminuita ricorrenza di ricoveri), negli *outcomes* personali (senso di controllo e di *agency*, *empowerment*, aumentata speranza) e in quelli sociali (capacità relazionale, connessione e integrazione con la comunità) (Repper e Carter, 2011).
2. Stesura di piani di gestione crisi: data la vulnerabilità delle persone con disagio psichico a sperimentare episodi acuti di crisi, uno strumento per la gestione di questi momenti, coerente con la linea operativa orientata alla *recovery*, è quello della stesura anticipata di piani emergenziali. Questo processo prevede l'ascolto e la sottoscrizione, in collaborazione con il *team* clinico, delle volontà del paziente circa le modalità di azione nell'eventualità di una crisi, così che le sue richieste vengano rispettate nel momento in cui venisse meno la sua capacità

decisionale. Questo contribuisce a prevenire l'applicazione di misure coercitive, sia a livello di trattamento farmacologico che a livello decisionale. È dimostrato dalla letteratura sul tema che concordare preventivamente tali direttive può influenzare positivamente la buona riuscita dei processi di recovery (Campbell e Kisely, 2009; Henderson et al., 2004; Flood et al., 2006). In Italia, questa tipologia di intervento è riscontrabile nell'attuazione dei Percorsi di cura condivisi (PCC), che verranno esplorati nel paragrafo successivo (v. *infra*, cap. 1.3.2).

3. *Wellness recovery action planning* (WRAP): questa tipologia di intervento consiste nella progettazione di piani di recovery, attraverso la definizione di strategie personali di *coping* e di gestione della sintomatologia, con un focus sullo sviluppo di obiettivi e aspirazioni personali, in linea con i principi della *personal recovery*. Questo processo può essere facilitato da professionisti *peer*, che possono rappresentare modelli di comportamento e possono facilitare lo sviluppo di speranza e ottimismo nei pazienti (Smith-Merry et al., 2011).
4. *Illness management and recovery program* (IMR): si tratta di una tipologia di intervento standardizzata che ha l'obiettivo di trasmettere ai pazienti psichiatrici strategie di gestione autonoma della malattia (Mueser et al., 2002); può essere effettuata sia individualmente che all'interno di piccoli gruppi, e si serve di cinque principali strumenti: la psicoeducazione, gli approcci cognitivo-comportamentali, l'educazione alla prevenzione delle ricadute, l'esercizio alla relazionalità e allo sviluppo di *social skills*, e infine la trasmissione di competenze di coping per ridurre l'impatto stressogeno e l'intensità della manifestazione sintomatologica. L'efficacia della combinazione di questi interventi in un unico programma, l'IMR, è supportata da svariati studi presenti in letteratura (Hasson-Ohayon et al., 2007; Levitt et al., 2009; Fardig et al., 2011).
5. REFOCUS: i progetti che si basano sul modello REFOCUS, proposto da Bird et al. (2011), hanno come obiettivo quello di sostenere l'avvicinamento a un approccio orientato alla recovery nelle *equipe* della salute mentale, all'interno dei Servizi di cura oppure in contesti comunitari. (<https://www.researchintorecovery.com/files/Italian%20REFOCUS%20manual>).

pdf). Secondo questo programma lo *staff* della salute mentale viene supportato all'applicazione di pratiche orientate alla recovery, e ciò avviene favorendo il dialogo con gli utenti, così da ascoltare le loro necessità e le loro preferenze riguardo i trattamenti.

6. *Strenghts model*: il modello di intervento basato sulle risorse personali dell'utente è largamente diffuso nell'ambito della salute mentale già da decenni; in questo caso, questa tipologia di intervento si concentra sulla ricerca e sullo sviluppo, in collaborazione con l'utente, delle risorse personali disponibili che possono aiutare a raggiungere gli obiettivi definiti e ottenere i risultati desiderati. Il focus sulle possibilità del soggetto piuttosto che sulla cronicità della malattia risulta in linea con i valori che sostengono i processi di recovery. La letteratura sul tema mette in luce la correlazione tra l'applicazione di questi modelli da parte dei Servizi e i miglioramenti negli *outcomes* psicosociali e nella soddisfazione dell'utente (Easton et al., 2012).
7. *Recovery colleges* o programmi di educazione alla recovery: si tratta di programmi educativi che mirano a trasmettere i valori della recovery alla cittadinanza, con l'obiettivo sia di sensibilizzazione della comunità, che di diffusione di conoscenza circa la malattia mentale tra gli utenti dei Servizi. In questo modo viene offerta agli utenti la possibilità di diventare “studenti del proprio benessere” (Perkins et al., 2012). Questa modalità di intervento è stata introdotta dall'Università di Boston nel 1984, per poi diffondersi negli anni successivi in Italia, Irlanda e Inghilterra. In Italia l'esperienza del *recovery college* è diffusa in varie città, e prevede un'offerta formativa basata sulla co-produzione di conoscenza tra professionisti del settore, utenti e familiari (<https://www.recoverycollege.it/come-funziona-il-recovery-college/>).
8. Supporto al posizionamento lavorativo: molti utenti dei Servizi di salute mentale incontrano una serie di ostacoli nel processo di integrazione lavorativa; pertanto, i programmi di supporto al posizionamento lavorativo possono risultare d'aiuto. Tali interventi possono aiutare i processi di ricerca, di selezione in base alle esigenze personali, e di mantenimento della posizione lavorativa più adatta all'utente. L'efficacia di questo tipo di programmi è dimostrata anche da studi di

follow up, che hanno valutato i benefici di tale supporto sul lungo termine (Knapp et al., 2013).

9. Supporto abitativo: è fondamentale che i Servizi di salute mentale siano attivi nella tutela dei diritti all'abitazione degli utenti, in quanto questi ultimi rappresentano una categoria particolarmente vulnerabile dal punto di vista abitativo ed economico. Le persone con un vissuto di severo disagio psichico dovrebbero avere accesso a soluzioni abitative che siano adeguate alla persona, più o meno indipendenti in base alle necessità e alla fase del percorso personale in cui si trovano. I primi interventi in questa direzione prevedono, ad esempio, un tempestivo riposizionamento residenziale. L'importanza dell'attenzione dei Servizi alla dimensione abitativa dei pazienti risulta supportata dalla letteratura esistente (Padgett et al., 2006).
10. Ricorso ai dialoghi: come citato dalle linee guida dello stato del Connecticut (<https://portal.ct.gov/-/media/DMHAS/Recovery/practiceguidelines2pdf.pdf>), risulta essenziale che in ogni pratica orientata alla recovery siano coinvolti nella progettazione degli interventi tutti gli attori coinvolti, quindi non solo il paziente, ma anche le figure ritenute da lui significative. I dialoghi si configurano come uno strumento prezioso a questo coinvolgimento, poiché prevedono sessioni in presenza dell'utente, di familiari, amici, *carers*, professionisti della salute mentale e altre eventuali figure interessate a partecipare a questo momento di dialogo aperto. L'implementazione di questo metodo più favorire lo sviluppo di conoscenze condivise sulla salute mentale a livello di comunità, e incoraggia la comunicazione e la riflessione sulle pratiche da mettere in atto anche all'interno delle strutture deputate alla cura.

Questo elenco di modalità di intervento offre una sintesi delle principali iniziative che i Servizi di salute mentale possono intraprendere per improntare la pratica psichiatrica su un modello *recovery-oriented*.

1.3.1 - La situazione italiana

In Italia è la Legge 180 del 1978, passata alla storia come “Legge Basaglia”, a rappresentare senza dubbio un momento spartiacque nell'ambito della prassi psichiatrica: tale legislazione consente la definitiva chiusura delle strutture manicomiali,

contribuisce a porre una regolamentazione rispetto alle ospedalizzazioni involontarie e a introdurre un approccio di comunità alla malattia mentale. Con la chiusura dei manicomi, infatti, si assiste a una redistribuzione, nel corso del ventennio 1978-1999 (Mezzina, 2017), delle risorse deputate alla cura, con l'istituzione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), sotto la cui giurisdizione operano i servizi territoriali dei Centri di salute mentale (CSM), i centri diurni (CD), le strutture residenziali (SR), a loro volta distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative, e servizi ospedalieri quali i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH) (<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>). Nella Legge 180 confluiscono gli sforzi degli psichiatri che, a partire dagli anni Settanta e guidati dalla figura di Franco Basaglia, condividevano i principi del neonato movimento antipsichiatrico e presentavano le criticità del sistema psichiatrico di allora e delle pratiche da esso messe in atto: da queste critiche origina il movimento di Psichiatria Democratica, e grazie all'attivismo di Basaglia e dei suoi collaboratori, nel 1978 il Parlamento votò a favore dell'inserimento della Legge 180 in sostituzione della Legge Giolitti, che regolamentava le "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati" ed era in vigore dal 1904 (Menegatto e Zamperini, 2018). Circa dagli anni '90 si è evoluta anche in Italia una riflessione sugli effetti del graduale processo di de-istituzionalizzazione iniziato con la Legge 180, e sul conseguente cambiamento del paradigma psichiatrico: in linea con la previsione di Anthony (1993) circa la diffusione del paradigma di recovery nei Servizi di cura a partire dall'ultima decade del secolo, anche in Italia iniziano a emergere alcuni elementi del concetto di recovery nella prassi psichiatrica (Basso et al., 2016). La crescente attenzione nei confronti di modelli psichiatrici ispirati ai valori della recovery è dimostrata anche dalle linee guida del piano di azione europeo per la salute mentale, promosso dalla *World Health Organization* (WHO, 2013-2020): esse evidenziano l'esigenza di coinvolgere utenti e familiari nei processi di progettazione e valutazione delle politiche dei Servizi a loro destinati, e così facendo sovvertono il tradizionale approccio psichiatrico, redistribuendo il potere decisionale tra utenti e professionisti (Giovanazzi e Puecher, 2022). L'acquisizione di consapevolezza circa gli assunti del paradigma di recovery ha dunque guidato anche alcune realtà di cura italiane verso un rinnovamento: tra queste ricordiamo i servizi territoriali di Trieste

(Mezzina, 2017), di Trento (Giovanazzi e Puecher, 2022), dell'Emilia Romagna con le prime esperienze di formazione al personale ESP (Esperti in Supporto tra Pari) (<https://www.sogniebisogni.it/documenti/articoli/955-una-rete-regionale-di-utenti-esperti-della-salute-mentale>), e a livello nazionale il movimento de “Le Parole Ritrovate”, nato a Trento nel 1993 e ormai diffuso in tutta Italia, impegnato in iniziative di sensibilizzazione e di condivisione di esperienze nell’ambito della salute mentale da parte di utenti, familiari, operatori, amministratori, cittadini (http://www.leparoleritrovate.com/?page_id=29).

1.3.2 - Il Servizio di Salute Mentale di Trento: la prassi del “fareassieme” e il ruolo degli ESP

Il Centro di Salute Mentale di Trento rappresenta un perfetto esempio di come un Servizio di cura si sia adattato a un modello *recovery-oriented*, la cui progettazione avviene in dialogo aperto con gli utenti, i familiari e i cittadini. In particolare, dal momento che la presente ricerca ha avuto come principale riferimento il Centro di Trento e i Centri presenti sullo stesso territorio (nello specifico, i Centri di Salute Mentale di Cles e di Mezzolombardo), sono state indagate nel dettaglio le modalità operative territoriali che hanno permesso l’applicazione di tale approccio. A partire dal 1999 è stato introdotto nel Centro di Trento il modello del “fareassieme”, che “ha il suo nucleo centrale nel riconoscimento del sapere esperienziale di utenti e familiari di cui viene valorizzato il protagonismo e la partecipazione nel sistema, e perciò negli ordinari percorsi di cura, come elemento strategico per la produzione di qualità e soddisfazione” (De Stefani e Vanzetta, 2009). L’introduzione della prassi del “fareassieme” si declina in una varietà di interventi che sono stati realizzati nel contesto dei Servizi di salute mentale di Trento: si tratta di progetti che pongono al centro il coinvolgimento di utenti e familiari, i bisogni abitativi e lavorativi, l’inclusione sul territorio, e la sensibilizzazione rivolta all’intera cittadinanza (De Stefani et al., 2011). Tra questi, risultano esemplari rispetto ai valori su cui si basa la prassi del “fareassieme” i Percorsi di Cura Condivisi (PCC), istituiti nel 2006: si tratta di percorsi costituiti da incontri a cadenza annuale che vedono coinvolti l’utente, le persone da lui ritenute significative e supportive nel percorso di recovery (ad esempio i familiari), un medico, gli operatori del Servizio, e la figura di un “garante”, reclutato tra gli Utenti Familiari Esperti (UFE o ESP), che svolge un ruolo di moderazione e di tutela di un ambiente e una negoziazione

paritari tra “curanti e curati” (Giovanazzi e Puecher, 2022). In questo contesto viene dunque predisposta una “squadra di trattamento” (De Stefani et al., 2011) che procede alla stesura condivisa di un piano di cura che prevede obiettivi specifici riferiti a quattro principali aree (sintomi; relazioni sociali e familiari; lavoro; abitare), e a schede che riguardano le aspettative e le direttive circa i comportamenti di operatori e familiari in situazioni di crisi, così da rispettare le volontà dell’utente ed evitare interventi coercitivi. La messa in pratica di questa tipologia di intervento comporta aspetti rivoluzionari per l’utente dei Servizi, in quanto il setting demedicalizzato e paritario degli incontri favorisce una comunicazione circolare e aperta, che abbatte la barriera paternalistica e stigmatizzante che caratterizza l’approccio psichiatrico tradizionale (Giovanazzi e Puecher, 2022). La posizione del “garante” nei Percorsi di cura condivisi non è l’unica ricoperta dagli ESP all’interno dei servizi *recovery-oriented*; anzi, è possibile affermare che la presenza di Utenti Familiari Esperti (UFE) o Esperti in Supporto tra Pari (ESP) rappresenta l’esito più visibile e rivoluzionario della prassi del “fareassieme”, così come di ogni servizio orientato alla recovery. Il *peer support*, o supporto tra pari, rappresenta un tema di crescente interesse nell’ambito della salute mentale, in linea con la graduale diffusione del paradigma di recovery nei contesti di cura. Caratteristica degli ESP è quella di avere acquisito consapevolezza del proprio sapere esperienziale, e di offrire disponibilità nell’affiancare gli operatori dei Servizi con contributi basati sulla comprensione reciproca e profonda della malattia e dello stigma, e sulla dimostrazione vivente dell’efficacia dei percorsi di recovery. La revisione della letteratura di Davidson et al. (2012) sul tema dell’introduzione di personale *peer* all’interno dei Servizi di salute mentale evidenzia tre principali aree in cui si manifesta il contributo unico e prezioso del *peer staff*:

1. Nell’instillazione di sentimenti di speranza e ottimismo attraverso una positiva *self-disclosure*, ovvero condividendo con altri utenti la propria storia e portando un esempio in prima persona di riconquista di controllo sulla propria vita (Solomon, 2004; Davidson, 2003).
2. Fornendo un esempio positivo che non serve solo a trasmettere speranza nel processo di recovery, ma anche a offrire agli utenti strategie di gestione della malattia basate su un sapere esperienziale. Tali strategie sono applicabili non solo alle azioni più quotidiane, ma ad esempio anche alla gestione dello stigma,

alle difficoltà relazionali, o agli ostacoli in ambito lavorativo (Solomon, 2004; Mead et al., 2001).

3. Nella costruzione di una relazione tra l'utente e il professionista *peer*, che si rivela unica nelle sue caratteristiche e negli obiettivi che riesce a conseguire: la relazione tra persone che condividono un vissuto simile si basa infatti su una profonda comprensione, fiducia, accettazione e sul supporto empatico (Mead et al., 2001).

Oltre alle tre aree in cui, secondo Davidson et al. (2012) emergono le potenzialità uniche del *peer support*, l'esperienza degli Esperti in Supporto tra Pari può rappresentare una risorsa in moltissimi ambiti dei Servizi di salute mentale. La loro esperienza, secondo l'analisi del funzionamento dei Servizi di Trento svolta da Giovanazzi e Puecher (2022), risulta spendibile in diversi contesti:

1. Nei Centri di Salute Mentale, in posizioni di prima accoglienza e presenza costante nelle equipe territoriali;
2. Nei reparti ospedalieri, con la funzione di tutelare i diritti del paziente anche nelle situazioni di crisi acute, e di garantire il rispetto delle volontà del paziente e di privilegiare le pratiche non contenitive;
3. Nell'area abitativa, fornendo accompagnamento diurno o notturno in strutture residenziali;
4. Nei Percorsi di Cura Condivisi, come già visto, nel ruolo di "garanti";
5. All'interno di progetti di sensibilizzazione della comunità, che prevedono la condivisione delle proprie storie di sofferenza e di recovery al fine di abbattere lo stigma sulla malattia mentale;
6. In interventi che coinvolgono la famiglia dell'utente, operando come facilitatori del dialogo.

La presenza di Esperti in Supporto tra Pari all'interno dei Servizi risulta vantaggiosa tanto per gli utenti quanto per i Servizi: basandosi i loro interventi sulla relazione con l'utenza, facilitata dalla comprensione esperienziale e dalla possibilità di "utilizzare lo stesso linguaggio" (Giovanazzi e Puecher, 2022, p. 175), essi contribuiscono a creare un generale clima positivo, di dialogo, ascolto, e attenzione personalizzata nei confronti dei pazienti (Giovanazzi e Puecher, 2022). L'esempio dei Servizi di salute mentale di

Trento rappresenta un caso unico in Italia, a livello di progettazione condivisa e di applicazione di interventi *recovery-oriented*; tuttavia, tali pratiche si stanno sempre più diffondendo a livello nazionale.

CAPITOLO 2 - “INGREDIENTI” DI RECOVERY: esplorare i fattori che influenzano i processi di recovery

2.1 - Narrare la recovery in prima persona

La domanda di ricerca che ha guidato la presente ricerca riguarda l'identificazione dei fattori in grado di esercitare un'influenza sui processi di recovery, in particolare i fattori facilitanti. È possibile riscontrare in letteratura diversi studi con obiettivi simili, e questo capitolo aspira a riassumerne i risultati principali. Al fine di esplorare i fattori che vengono definiti utili alla recovery, risultano particolarmente preziose le testimonianze in prima persona degli utenti dei Servizi di salute mentale, anche nell'ottica di procedere con una ricerca che risulti il più “inclusiva” possibile. Condurre una ricerca inclusiva significa predisporre un diretto coinvolgimento delle persone interessate, in modo che passino da oggetti di studio passivi ad attori impegnati in prima persona per l'ottenimento di risultati che siano spendibili e al servizio della propria comunità (Iudici et al., 2014), rispettando così il motto “*Nothing about us without us*” (Johnson e Walmsley, 2003), diffuso nell'ambito dell'attivismo per la disabilità. Questa modalità di procedere rispecchia un approccio orizzontale, piuttosto che gerarchico, tra ricercatore e oggetto di studio (Iudici et al., 2014), che tenta di superare la tradizionale asimmetria della ricerca che, nel campo della disabilità fisica o mentale, implica una forma di subordinazione che contribuisce alla reificazione della disabilità, poiché sottolinea e alimenta la posizione passiva dell'oggetto (Barnes, 1966).

Vista la natura multidimensionale e soggettiva dei vissuti di recovery, uno degli strumenti più efficaci per ottenere informazioni sui fattori che la influenzano è l'analisi delle narrazioni in prima persona degli utenti che ne hanno fatto esperienza. In questo modo è possibile giungere a una conoscenza da “*insider*”, che può orientare gli interventi dei Servizi di salute mentale, oltre che a contribuire a una condivisione di messaggi di speranza e a promuovere la creazione di una rete di solidarietà all'interno della comunità (Rhodes e De Jager, 2014). L'indagine delle narrazioni dei protagonisti si configura dunque come un metodo valido per arrivare a una definizione sia del costrutto sia dei fattori connessi alla recovery (Slade et al., 2012); per questo motivo le metodologie qualitative si rivelano ideali, in quanto privilegiano l'esplorazione dell'esperienza individuale all'interno di un contesto (Barker et al., 2002). Le

testimonianze autobiografiche degli utenti dei Servizi di cura fungono infatti da testamenti dell'esistenza e della fattibilità dei processi di recovery, poiché raccontano le esperienze di cambiamento di persone che, con la complicità del modello psichiatrico che promuove la cronicità della malattia mentale, erano rassegnate all'idea che non ci fosse una possibilità reale di recovery (Ridgway, 2001). Sono queste storie a permettere di contraddire le narrazioni dominanti, le stesse che tendono a stigmatizzare e marginalizzare le categorie di persone che non rispecchiano le caratteristiche della cosiddetta "normalità" (Saleebey, 1994). La letteratura sul tema di recovery si rivolge dunque ai protagonisti delle storie di cambiamento, e si chiede "Che cosa gli utenti hanno da dire sui processi di recovery? Come li definiscono? Cosa li rende secondo loro possibili?"; proprio a quest'ultima domanda aspira a rispondere la presente ricerca, così come gli studi che verranno presentati in questo capitolo.

2.2 - I fattori che influenzano la recovery: la revisione di Jacob et al. (2017)

La revisione della letteratura di Jacob et al. (2017) si è occupata di sintetizzare i risultati di studi che esplorano i significati della recovery dai punti di vista dei *caregiver*, dei *providers* e dei *consumers* (utenti) dei Servizi di salute mentale. L'obiettivo di tale revisione è quello di esaminare le prospettive sulla recovery di tutte le persone coinvolte in tale processo, al fine di identificare corrispondenze o discrepanze tra i vari punti di vista sul tema. Inoltre, obiettivo secondario della revisione è stato quello di individuare i fattori definiti trasversalmente utili ai processi di recovery. È stato identificato, tramite una ricerca nelle principali banche dati e utilizzando parole chiave connesse alla recovery psichiatrica, un totale di 26 studi coerenti con i criteri di inclusione. Ai fini degli obiettivi che questa sezione della presente dissertazione aspira ad esplorare – identificare i fattori che esercitano un'influenza sui processi di recovery-, sono stati selezionati, a partire dai 26 studi iniziali, unicamente quelli che esaminassero la prospettiva degli utenti e che esplorassero i fattori con un'influenza sui processi di recovery (n=11); di questi, 8 hanno utilizzato metodologie qualitative, e 3 quantitative. Pertanto, sono stati esclusi da tale selezione gli studi che hanno coinvolto *providers* e *carers*, e quelli che hanno indagato unicamente le modalità di definizione della recovery. Di seguito (Tabella. 2.1) la semplificazione del processo di selezione degli articoli:

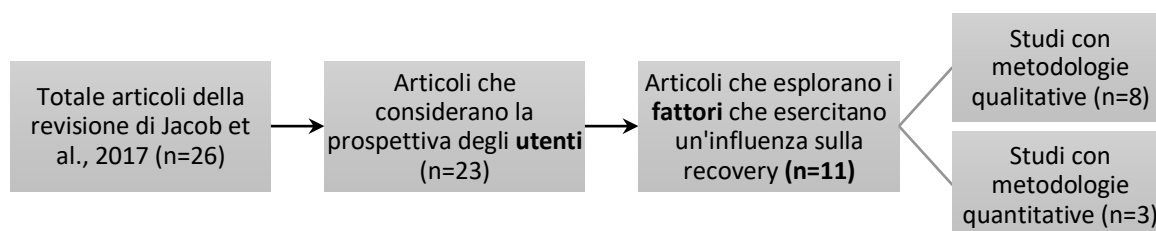


Tabella 2.1 - Processo di selezione dalla revisione di Jacob et al. (2017)

Come anticipato, gli studi considerati dalla revisione hanno adottato metodologie varie: alcuni di tipo qualitativo, altri di tipo quantitativo, altri ancora di tipo misto, e un metodo Delphi. Sebbene la presente dissertazione si basi su una ricerca di tipo qualitativo, ai fini dell'individuazione dei fattori connessi alla recovery sono stati riportati anche gli studi quantitativi esplorati dalla revisione. Nella tabella seguente (Tabella 2.2) sono stati raccolti gli 11 studi della revisione utili alla domanda di ricerca, e ne sono stati esposti brevemente obiettivi, partecipanti, metodologie applicate e risultati principali.

Studio	Obiettivo	Partecipanti e metodologia	Temî che esercitano un'influenza sulla recovery
Siu et al. (2012)	Testare un questionario per misurare gli elementi importanti per la recovery e confrontare i risultati raccolti di utenti e <i>providers</i>	101 pazienti psichiatrici reclutati in ospedale Somministrazione del questionario REAQ-PV	Identificati 24 elementi importanti per la recovery, di cui i pi concordati dai pazienti: <ul style="list-style-type: none"> - Avere un significato nella vita - Avere speranza - Salute generale - Bisogni primari soddisfatti - Assistenza
Pernice-Duca (2010)	Definire quali dimensioni del supporto della rete familiare risultino pi utili alla recovery, secondo la	169 utenti che hanno nominato almeno un membro familiare come parte della propria rete sociale di supporto	Fattori che hanno influenzato la recovery: <ul style="list-style-type: none"> - Risorse personali (ottimismo, orientamento al successo) - Fattori relazionali (capacit di chiedere aiuto, capacit di

	prospettiva degli utenti	Somministrazione di questionari volti a indagare 3 aree: la recovery, il funzionamento sociale, e la rete sociale di supporto; successiva analisi dei dati ottenuti dalle scale	affidarsi agli altri) - Supporto da parte della famiglia
Lakerman (2010)	Identificare le principali competenze dei professionisti della salute mentale che risultano essere supportive per la recovery	31 persone con storia di sofferenza psichica	Identificate 5 principali competenze che hanno raggiunto un consenso tra i partecipanti: - Rispettare e supportare le risorse personali dei pazienti - Credere nella fattibilità della recovery - Ascoltare i punti di vista e i bisogni dei pazienti - Rispettare l'esperienza maturata nel campo della salute mentale dai pazienti - Supportare lo sviluppo di autostima e nuove abilità
		Studio con metodo Delphi somministrato online	
Happell (2008a)	Esplorare i fattori che promuovono la recovery dalla prospettiva degli utenti dei Servizi	16 utenti provenienti da due Servizi di salute mentale	Identificati 2 temi principali con influenza sulla recovery: - Tipologie di trattamento - Connessione e supporto sociale
		Partecipazione a focus group, analisi delle trascrizioni con la procedura qualitativa di Ritchie e Spencer (1994)	

Happell (2008b)	Esplorare i fattori che ostacolano la recovery dalla prospettiva degli utenti dei Servizi	16 utenti provenienti da due Servizi di salute mentale	Identificati 3 temi come ostacoli alla recovery: <ul style="list-style-type: none"> - Problemi legati all'organizzazione dello staff - Essere trattati solo relativamente ai sintomi e non alle necessità personali - Assenza di sicurezza all'interno di Servizi
		Partecipazione a focus group, analisi delle trascrizioni con la procedura qualitativa di Ritchie e Spencer (1994)	
Browne et al. (2008)	Indagare le prospettive sui bisogni connessi alla recovery di persone con esperienza di severo disagio mentale, con un particolare focus sui bisogni abitativi	8 persone con esperienze di ricoveri e sofferenza psichica	Fattori che hanno influenzato, positivamente la recovery: <ul style="list-style-type: none"> - Atteggiamento disponibile dei professionisti - Supporto nel trovare soluzioni abitative idonee Fattori che hanno influenzato negativamente la recovery: <ul style="list-style-type: none"> - Problemi economici - Ospedalizzazioni - Atteggiamento manipolatorio dei professionisti
		Focus group, identificazione di temi ricorrenti dalle trascrizioni	
Noiseux e Ricard (2008)	Proporre una spiegazione dei processi di recovery partendo dalle testimonianze di utenti, familiari e professionisti	41 partecipanti (16 con diagnosi di schizofrenia; 5 familiari; 20 professionisti della salute mentale)	Fattori microscopici e macroscopici identificati: <ul style="list-style-type: none"> - Ruolo attivo della persona nel processo di recovery - Interventi recovery-oriented promossi dai Servizi
		Interviste semi-strutturate analizzate seguendo i principi della Grounded Theory	

Jensen e Wadkins (2007)	Indagare cosa significa vivere con una severa sofferenza psichica e comprendere quali fattori contribuiscono alla recovery	20 soggetti con storia di severo disagio mentale, che si considerano in un processo di recovery	Identificati 3 temi principali: <ul style="list-style-type: none"> - Accettazione e comprensione della propria malattia - Ridefinizione della propria identità - Agire per l'abbattimento dello stigma e aiutare gli altri
		Interviste semi-strutturate e analisi tramite categorizzazione dei temi principali	
Mancini (2007)	Indagare quelli che persone con esperienza di malattia psichiatrica definiscono come <i>turning points</i> nel percorso di recovery	16 persone con esperienza di sofferenza psichica e di recovery, a loro volta diventate <i>providers</i> nel <i>peer support</i> ad altri utenti	<i>Turning points</i> emersi: <ul style="list-style-type: none"> - Accettazione della malattia e della necessità di chiedere aiuto - Resistenza alle etichette diagnostiche - Mutuo aiuto e attivismo
		Interviste semi-strutturate, analizzate seguendo i principi della Grounded Theory	
Mancini et al. (2005)	Comprendere cosa abbia reso possibile la recovery per persone con una malattia psichica	15 persone con esperienza di sofferenza psichica e di recovery, diventate a loro volta <i>providers</i> nel <i>peer support</i> ad altri utenti	<p>Fattori facilitanti la recovery:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relazioni supportive - Partecipazione ad attività significative - Trattamenti formali o alternativi <p>Fattori ostacolanti la recovery:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atteggiamenti paternalistici - Coercizione - Professionisti indifferenti
		Interviste semi-strutturate analizzate seguendo i principi della	

		Grounded Theory	o giudicanti - Effetti collaterali dei farmaci o sintomi psichiatrici
Cohen (2005)	Comprendere grazie a quali fattori avvengono i processi di recovery, a partire dalle testimonianze di ex pazienti	36 persone disponibili a condividere la propria storia da ex pazienti di Servizi di salute mentale	Temi ricorrenti identificati: - Importanza della rete familiare e sociale - Terapia individuale - Attivismo sociale - Farmacoterapia - Empowerment
		Interviste semi-strutturate e questionari inviati tramite mail; tutto il materiale è stato analizzato creando categorie di temi ricorrenti	

Tabella 2.2 - Articoli selezionati dalla revisione di Jacob et al. (2017)

Dalla sintesi dei risultati degli studi considerati è possibile evincere quali siano i fattori ricorrenti menzionati come facilitanti per la recovery. Alcuni studi hanno identificato come fattore facilitante le relazioni supportive con la propria **famiglia** (Mancini et al., 2005; Pernice-Duca, 2010), mentre altri hanno messo in evidenza l'importanza di sviluppare relazioni supportive con il gruppo dei **pari**, il *peer staff* o i **professionisti** della salute mentale (Mancini et al., 2005; Happell et al., 2008a; Cohen, 2005). In linea generale, questi risultati pongono l'attenzione sulle centralità della dimensione della connessione (Leamy et al., 2011) e della relazionalità, confermando la visione della recovery come un processo intrinsecamente interattivo, basato sull'idea degli esseri umani come creature interdipendenti (Price-Robertson et al., 2017). Altri studi evidenziano l'importanza dei **trattamenti** o **interventi** offerti dai Servizi di cura, come ad esempio la farmacoterapia, la psicoterapia, i corsi di psicoeducazione o i servizi di supporto abitativo (Happell et al., 2008a; Noiseux e Ricard, 2008; Cohen, 2005). Anche l'**atteggiamento e le competenze dei professionisti** di salute mentale vengono considerati elementi centrali per un buon innesco del percorso di cambiamento: in

particolare vengono menzionate tra le competenze più facilitanti l'ascolto non giudicante, la disponibilità, il rispetto e il supporto del paziente (Happell, et al., 2008a; Browne et al., 2008; Lakerman, 2010). Infine, alcuni studi considerano come elementi facilitanti la recovery i fattori legati alle **risorse personali**, o al posizionamento soggettivo nei confronti della propria situazione: in particolare, si concentrano sui vantaggi di assumere un ruolo attivo e partecipativo nel proprio percorso, di approcciarvisi con speranza e ottimismo, e di accettare i limiti imposti dalla malattia (Cohen, 2005; Jensen e Wadkins, 2007; Mancini, 2007; Noiseux e Ricard, 2008; Pernice-Duca, 2010; Siu et al., 2012).

Alcuni tra gli studi citati individuano non solo i fattori facilitanti, ma anche i fattori che agiscono da ostacoli alla recovery (Happell et al., 2008b; Mancini et al., 2005); entrambi gli studi sono concordanti nel considerare negativamente atteggiamenti, da parte dei professionisti, giudicanti, paternalistici, stigmatizzanti e in generale non supportivi dell'indipendenza del paziente. Inoltre, Mancini et al. (2005) sottolineano come anche gli effetti collaterali dei farmaci assunti possano rappresentare una difficoltà nel mantenimento costante dell'assunzione, e di conseguenza mettano a rischio la possibilità di riduzione sintomatologica, fattore invece associato ad *outcomes* positivi di recovery.

2.3 - Due esempi di studi qualitativi

Al fine di esemplificare le modalità attraverso cui gli studi qualitativi che coinvolgono gli utenti dei Servizi di salute mentale ottengono informazioni circa i fattori che influenzano la recovery, ho selezionato due ricerche tra quelle presentate nella revisione di Jacob et al. (2017), per esporle nel dettaglio. Entrambe (Mancini et al., 2005; Happell et al., 2008a) sono state selezionate per la presenza di una corrispondenza tra le loro domande di ricerca e metodologie applicate, e quelle della presente dissertazione.

Per entrambi gli studi verranno esposti obiettivi, partecipanti, metodo, limiti metodologici, risultati principali e una sintesi della discussione proposta dagli autori.

2.3.1 - Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities (Mancini et al., 2005)

Obiettivo

Raccogliere testimonianze di (ex)utenti di Servizi di salute mentale e narrazioni riguardanti i fattori che hanno permesso loro di intraprendere un percorso di recovery.

Partecipanti

15 persone definite “*consumer-providers*”: come criteri di inclusione i partecipanti allo studio dovevano aver ricevuto una diagnosi psichiatrica, dovevano essere ex pazienti o correntemente in cura presso i Servizi di salute mentale locali, si dovevano identificare all’interno di un percorso di recovery, e dovevano aver intrapreso a loro volta un percorso come *provider* di *peer support* nei confronti di altri utenti.

Metodo

1. Metodo di raccolta dati: La raccolta dati della ricerca si è svolta tramite la somministrazione di interviste approfondite e semi-strutturate ai 15 partecipanti, i cui criteri di selezione sono stati precedentemente esposti. Per guidare le narrazioni degli intervistati sono state poste delle domande volte a identificare le esperienze vissute che avevano favorito oppure ostacolato il loro processo di recovery, oltre che a offrire teorie personali sui motivi dell’importanza di tali fattori.
2. Cornice teorica di riferimento: Per orientare l’analisi dei dati raccolti, è stata adottata dai ricercatori la lente teorica dell’interazionismo simbolico: questa cornice teorica si sposa particolarmente bene con gli obiettivi della ricerca, ovvero quelli di comprendere come i fattori contestuali identificati dai partecipanti interagiscano con le modalità di significazione personali nel facilitare od ostacolare i processi di recovery. L’interazionismo simbolico si basa sull’assunto per cui la chiave per la comprensione dei comportamenti e dei pensieri umani risiede nell’interazione (Blumer, 1969): rimane quindi centrale anche nel presente studio l’interazione tra il contesto e le significazioni soggettive, dalle quali derivano i comportamenti indirizzati al cambiamento.

3. Metodologia di analisi: Le interviste condotte sono state successivamente trascritte *verbatim*, lette approfonditamente e codificate manualmente. L'analisi dei dati è stata effettuata seguendo l'approccio della Grounded Theory (Glaser e Strauss, 1967), quindi secondo un metodo induttivo di analisi comparativa. Dalla comparazione delle trascrizioni e dei codici ad esse assegnati, sono state formulate 4 categorie generali che rappresentassero i temi espressi dai codici, in risposta all'originaria domanda di ricerca:
- a. Fattori personali facilitanti la recovery
 - b. Fattori ambientali facilitanti la recovery
 - c. Fattori personali ostacolanti la recovery
 - d. Fattori ambientali facilitanti la recovery

Limiti

Innanzitutto, il campionamento dei partecipanti, che prevedeva il criterio di avere familiarità con il concetto di recovery (in quanto i partecipanti erano a loro volta promotori di attività di *peer support*), non ha permesso la totale rappresentatività delle visioni sul tema dei pazienti psichiatrici. Inoltre, sono state attuate delle modifiche rispetto all'originale metodologia della Grounded Theory: le interviste sono state infatti condotte in tempi ravvicinati tra loro, mentre l'analisi dei dati è avvenuta quando tutte le interviste sono state completate. Questa suddivisione in due tempi distinti ha comportato l'impossibilità di svolgere la raccolta dati e l'analisi in modo simultaneo, precludendo la possibilità che emergesse una maggiore varietà di temi.

Risultati

La ricerca ha definito il processo di recovery come un percorso di crescita personale, che ha come punto di partenza un'identità basata su un modello dominato dalla malattia, e come punto d'arrivo un'identità incentrata sul benessere e sulla ricerca di significato per la propria vita. A influenzare positivamente questo passaggio sono, secondo le narrazioni dei partecipanti, principalmente tre fattori: le relazioni supportive, le attività significative e gli strumenti di benessere (i trattamenti e gli interventi proposti, siano essi formali o alternativi). Sono state identificate due macrocategorie di fattori in grado di esercitare un'influenza sui processi di recovery: i fattori ostacolanti e i fattori facilitanti.

1. Fattori ostacolanti

- a. Atteggiamenti paternalistici da parte dei professionisti della salute mentale o da parte di familiari: le esperienze dei partecipanti attribuiscono all'ambiente paternalistico, diffuso in alcuni contesti deputati alla cura, la responsabilità del mantenimento in una condizione di passività rispetto all'etichetta diagnostica attribuita.
- b. Atteggiamenti coercitivi: sebbene siano pratiche diffuse all'interno dell'impianto psichiatrico, la coercizione nella somministrazione o nella riduzione dei trattamenti è stata identificata come uno dei principali problemi dei Servizi di cura, poiché tende a mantenere le persone in una condizione di dipendenza e di paura.
- c. Professionisti della salute mentale indifferenti e giudicanti: tutti i partecipanti hanno menzionato come il sentirsi giudicati da parte della categoria professionale come cronicamente malati e impossibilitati a un'integrazione significativa all'interno della società, abbia rappresentato un considerevole ostacolo alla recovery. Inoltre, vengono giudicati similmente anche gli atteggiamenti freddi e indifferenti dei professionisti, che contribuiscono a perpetuare lo status di malato cronico, privato del diritto di essere trattato da persona "normale".
- d. Effetti collaterali della terapia farmacologica e sintomatologia psichiatrica invalidante: la terapia farmacologica viene menzionata da alcuni partecipanti come elemento chiave alla propria recovery; tuttavia, circa la metà dei partecipanti sottolinea come gli effetti collaterali dell'assunzione abbiano rappresentato un significativo ostacolo. Alcuni di loro accusano gli alti dosaggi somministrati in situazioni coercitive di mantenerli in uno stato di confusione e di impossibilità a raggiungere la stabilità e la lucidità necessarie a intraprendere un percorso di recovery. Oltre agli effetti collaterali dei farmaci, anche la permanenza di manifestazioni sintomatologiche connesse alla malattia può rappresentare un fattore di ostacolo.

2. Fattori facilitanti: Per quanto riguarda i fattori facilitanti per i processi di recovery, gli autori identificano a partire dalle narrazioni biografiche 3 elementi

chiave: le relazioni supportive, la partecipazione ad attività significative e i trattamenti formali o informali.

- a. Relazioni supportive: all'interno di questa categoria ricadono tre tipologie principali di relazioni: le relazioni con i membri della propria famiglia e con gli amici, le relazioni con i professionisti della salute mentale e infine con il gruppo dei pari. Il supporto ricevuto dalla propria famiglia si manifesta, secondo i partecipanti, principalmente attraverso la motivazione e la fiducia nella riuscita del cambiamento. Le relazioni supportive con i professionisti sono caratterizzate invece da atteggiamenti di rispetto e fiducia, piuttosto che da paternalismo e coercizione. Infine, il gruppo dei pari viene identificato come fonte significativa di supporto e incoraggiamento, attraverso ispirazione, promozione di speranza, esempi di *outcomes* positivi, e offerta di consigli e approcci non giudicanti.
- b. Partecipazione ad attività significative: Tutti i partecipanti hanno menzionato la partecipazione ad attività come occasione di crescita personale e di apprendimento di nuove abilità. Tali attività includono il lavoro, la scuola o altre attività. L'atto stesso di impegnarsi in alcune attività può svolgere la funzione di dimostrare, a sé stessi e agli altri, di essere in grado di fare cose che l'etichetta diagnostica sembrava impedire. Questa rivendicazione della propria libertà di azione e delle proprie capacità ha supportato un senso di fiducia in sé stessi e di migliorata autostima.
- c. Trattamenti formali o informali: l'accesso alla tipologia di trattamento più adeguata rispetto alle necessità della persona ha rappresentato un fattore cruciale per la buona riuscita dell'innesco del cambiamento. Le tipologie di trattamento citate includono le più tradizionali, come la giusta farmacoterapia o i percorsi di psicoterapia, mentre altre tipologie, definite informali, possono comprendere la meditazione, la pratica dello yoga, l'esercizio fisico, l'agopuntura o altre attività hobbistiche. A prescindere dalle strategie di benessere adottate soggettivamente, è importante sottolineare come esse possano rappresentare un fattore

estremamente significativo per la recovery (Jacobson e Greenley, 2001; Mead e Copeland, 2000).

Discussione

In conclusione, la presente ricerca conferma quanto teorizzato da Blumer (1969) e da Berger e Luckmann (1966) circa lo sviluppo dell'identità personale: l'identità dei partecipanti allo studio risulta infatti significativamente influenzata dall'ambiente circostante. In particolare, ricevere trattamenti coercitivi e paternalistici da parte dei professionisti sembra contribuire a causare l'interiorizzazione dell'etichetta stigmatizzante, secondo la quale la disabilità cronica si sovrappone all'identità personale. Al contrario, i partecipanti riportano che i contesti di cura rispettosi e le relazioni supportive hanno contribuito allo sviluppo di un'identità basata su un senso di benessere, speranza e fiducia in sé stessi, lontana dall'identità dominata dalla malattia; questi risultati riflettono e supportano quelli presenti nella letteratura precedente (Corin e Lauzon, 1992; Barham e Hayward, 1998; Jacobson e Greenley, 2001).

2.3.2 - Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 1: Enhancing recovery (Happell et al., 2008a)

Obiettivo

Obiettivo dello studio è quello di esplorare le prospettive degli utenti dei Servizi di salute mentale in relazione ai fattori che possono promuovere od ostacolare la recovery, e ai principi su cui, idealmente, dovrebbero basarsi le valutazioni dei Servizi di cura. Lo studio è diviso in due parti (Happell et al., 2008a; Happell et al., 2008b): la prima si concentra sui fattori facilitanti la recovery, mentre la seconda sugli ostacoli.

Partecipanti

I partecipanti alla ricerca sono stati reclutati presso due distinti centri di salute mentale di Victoria, Australia. Sono stati selezionati in totale 16 utenti dei centri, accomunati da un vissuto di severo disagio mentale e dall'esperienza di un processo di recovery.

Metodo

La ricerca è stata di tipo qualitativo, al fine di esplorare approfonditamente la relazione tra gli interventi offerti dai Servizi di salute mentale e la recovery, considerando il punto di vista degli utenti che ne hanno fatto esperienza.

1. Raccolta dati: Sono stati condotti dei *focus group* che hanno coinvolto i 16 partecipanti, divisi in due distinte sessioni in base al centro di salute mentale frequentato. I gruppi di discussione sono stati mediati dalla presenza di un ricercatore e di un infermiere. È stato scelto lo strumento del *focus group* per creare un ambiente di dialogo che permettesse ai partecipanti di sentirsi sufficientemente a proprio agio per condividere delle parti del proprio vissuto e per discutere liberamente delle loro opinioni sul costrutto di recovery e sul lavoro svolto nei Servizi di salute mentale. Al fine di stimolare la discussione e orientare i temi affrontati, sono state poste al gruppo 3 domande, in linea con gli obiettivi della domanda di ricerca originaria:
 - a. Quali aspetti degli interventi dei Servizi credi abbiano aiutato la recovery?
 - b. Quali aspetti degli interventi dei Servizi credi abbiano ostacolato la recovery?
 - c. Quali principi o valori credi che dovrebbero guidare la valutazione dell'operato dei Servizi di salute mentale pubblici?

Infine, le conversazioni nate all'interno dei focus group sono state audio-registrate e successivamente sottoposte a una trascrizione *verbatim*.

2. Analisi dei dati: le trascrizioni dei focus group sono state analizzate seguendo la cornice metodologica proposta da Ritchie e Spencer (1994). I passaggi svolti sono stati la familiarizzazione con il materiale disponibile; l'identificazione di una cornice tematica; l'elenco dei temi esplorati; la codifica dei temi; infine, l'interpretazione di tali temi. La presentazione dei risultati espone i temi esplorati seguendo l'ordine delle 3 domande poste ai gruppi, citate nel paragrafo precedente.

Limiti

I limiti dello studio presente sono riconducibili ai limiti generali della ricerca qualitativa: le opinioni dei partecipanti, in questa tipologia di ricerca, non possono essere generalizzate alla totalità degli utenti, ma rimangono la rappresentazione di una prospettiva situata.

Risultati

I risultati della ricerca verranno presentati divisi secondo le due categorie principali di temi emersi, ovvero i trattamenti e il supporto esterno.

1. Trattamenti: uno dei temi affrontati all'interno di questa categoria è quello della terapia farmacologica, che viene generalmente menzionata come di supporto alla recovery, grazie alla sua azione di miglioramento delle manifestazioni sintomatologiche. Tuttavia, vengono spesso citate dai partecipanti le condizioni di somministrazione di tale terapia che si rivelano più congeniali al percorso di recovery: queste includono la possibilità di dialogo con il proprio psichiatra circa le preoccupazioni e circa gli effetti collaterali sperimentati in relazione all'assunzione. Questa disponibilità all'ascolto da parte del proprio psichiatra aiuta a promuovere un'assunzione consapevole, informata e libera da parte del paziente. Altri utenti parlano di aver tratto giovamento da approcci più spirituali, e di aver trovato un supporto alla propria recovery in pratiche come la meditazione. Altri ancora affermano che i percorsi di *counseling* possono favorire il processo di recovery. Un ulteriore gruppo di partecipanti ha nominato, come strategia utile alla recovery, la stesura di un piano di gestione delle emergenze, che permette agli operatori di agire, nel momento della crisi, nel rispetto delle volontà e degli interessi del paziente. Infine, per quanto non si tratti prettamente di una tipologia di trattamento o di intervento, alcuni partecipanti hanno attribuito al consumo di sigarette un ruolo significativo di organizzazione del proprio tempo e di gestione strategica dei propri sintomi.
2. Supporto esterno e connessione: il supporto esterno è stato identificato come il fattore più significativo per l'innescare di un percorso di recovery. Il tema del supporto viene poi declinato dai partecipanti secondo diverse prospettive: innanzitutto risulta fondamentale la presenza di uno *staff*, all'interno dei Servizi di salute mentale, che sia supportivo e rispettoso. Il supporto da parte dello *staff* si manifesta, secondo le narrazioni degli utenti, nella disponibilità ad agire con interventi tempestivi quando necessari e a fornire un servizio di *follow up* del paziente. L'attenzione prestata all'utente negli interventi di *follow up* rappresenta simbolicamente l'interesse per il loro benessere, e per

questo viene percepito come supportivo. Inoltre, il supporto dello *staff* si può manifestare anche in forme di aiuto più pratiche, come ad esempio nel supporto al posizionamento lavorativo. In generale, gli atteggiamenti supportivi dello *staff* contribuiscono allo sviluppo di una rinnovata autostima e fiducia in sé stessi, elementi preziosi per il percorso di recovery. Oltre all'importanza dello *staff*, i partecipanti nominano il supporto ricevuto da parte del *peer staff*, ovvero dagli utenti esperti: la relazione con essi ha rappresentato l'opportunità di interagire con persone con un vissuto simile e con un percorso di cambiamento che può donare speranza e fungere da modello positivo. Instaurare relazioni con un gruppo di pari svolge la stessa funzione di esercizio alla relazionalità in un contesto non giudicante e basato su una profonda comprensione reciproca. Le interazioni sia con lo *staff*, che con il gruppo dei pari rappresentano un'occasione per instaurare nuove relazioni, e stimolare dunque la connessione sociale, il mettersi in gioco con gli altri, tutti elementi che favoriscono la recovery. Infine, uno dei due gruppi di partecipanti ai *focus group* ha citato anche l'importanza di assumersi la responsabilità del proprio percorso di recovery: questo, tuttavia, non contraddice la centralità attribuita al supporto relazionale, semmai aggiunge un tassello alla comprensione dell'esperienza di recovery da parte degli utenti.

Discussione

I risultati emersi nei focus group hanno evidenziato l'esistenza di una vasta gamma di strategie e di fattori ritenuti utili ai processi di recovery. Ad esempio, è stata riconosciuta l'importanza della terapia farmacologica, soprattutto quando associata alla disponibilità, da parte del proprio medico, ad ascoltare i dubbi del paziente e ad aprire un dialogo circa le preoccupazioni e gli effetti collaterali dell'assunzione. L'importanza di questa modalità di prescrizione e assunzione dei farmaci è supportata anche dalla letteratura (Deegan, 2005). Sono state considerate benefiche anche altre tipologie di trattamenti, che includono pratiche più spirituali come la meditazione, i percorsi di counseling, o la formulazione di un piano di gestione delle situazioni di crisi. Alcuni partecipanti hanno menzionato anche l'importanza del consumo di sigarette come strategia di coping: sebbene il ruolo dell'uso di sigarette non sia esplorato nel modello

di recovery, la letteratura suggerisce che tale consumo potrebbe rappresentare una modalità di gestione della sintomatologia (Lawn et al., 2002; McChargue et al., 2002). Questo risultato non implica che i Servizi di salute mentale dovrebbero promuovere il fumo come strategia di coping, ma si limita a riconoscere l'importanza attribuitagli da parte degli utenti. Nonostante l'utilità attribuita alle appena citate diverse modalità di trattamento, il fattore che risulta ricoprire il ruolo decisivo nella recovery è il supporto esterno: la relazioni supportive con lo staff e con il gruppo dei pari vengono menzionate come fondamentali per l'innescare di un processo di recovery, e questo risultato è confermato dalla letteratura sul tema (Corrigan et al., 2006; Corring, 2002; Deegan, 2005; Mancini et al., 2005; Sjöblom et al. 2005).

2.4 - L'influenza degli interventi *recovery-oriented*: la revisione di Winsper et al (2020)

Ulteriore revisione che ha indagato, in particolare, gli effetti degli interventi *recovery-oriented* offerti dai Servizi è quella di Winsper et al. del 2020. L'articolo ha incluso studi che hanno esplorato i principali interventi promossi dai Servizi di salute mentale, che hanno prodotto *outcomes* di recovery, per un totale di 309 articoli. La maggior parte degli studi ha esplorato i punti di vista degli utenti, mentre una minore percentuale si è occupata della prospettiva dei professionisti della salute mentale; per quanto riguarda invece le metodologie degli studi, sono stati inclusi studi sia quantitativi che qualitativi. A partire dall'analisi degli articoli considerati dalla revisione, sono state identificate 4 principali tipologie di interventi messe in atto con obiettivi di recovery:

1. Interventi di psicoeducazione individuali o di gruppo
2. Programmi gestiti da *peer staff*, e supporto tra pari in generale
3. Interventi di *social inclusion*: questi includono i programmi di supporto abitativo, supporto all'occupazione lavorativa, o progetti che favoriscono l'inclusione all'interno della comunità di riferimento
4. Interventi di *training recovery-oriented* indirizzati a professionisti della salute mentale (ad esempio i programmi *REFOCUS/REFOCUS-PULSAR* o il *Collaborative Recovery Training Program: CRTP*)

Successivamente, la revisione ha classificato 3 possibili categorie di *outcomes* connesse al processo di recovery:

1. La recovery “funzionale”, che include tutti gli *outcomes* positivi connessi all’occupazione lavorativa, all’educazione personale o alle soluzioni abitative
2. La recovery “esistenziale” comprende tutte le dimensioni della recovery relative a fattori psicologici personali, come l’autostima, l’identità, la riduzione di auto-stigma, o l’attribuzione di significato alla propria vita
3. Infine, per recovery “sociale” viene intesa la dimensione del cambiamento che riguarda il funzionamento sociale, la relazionalità, l’integrazione all’interno della comunità di appartenenza.

L’obiettivo della revisione è indagare con quali modalità le diverse tipologie di intervento agiscono per favorire le diverse dimensioni della recovery. A mediare l’influenza degli interventi sugli *outcomes* di recovery, intervengono, secondo Winsper et al. (2020), altre due variabili:

1. I meccanismi di azione, definiti da Pawson et al. (2005) come i processi sottostanti tramite i quali gli interventi portano a degli *outcomes*. I meccanismi di azione identificati trasversalmente agli studi considerati dalla revisione risultano essere:
 - a. La trasmissione di informazioni riguardanti la malattia
 - b. La promozione dell’alleanza terapeutica
 - c. La possibilità di avere dei modelli di comportamento e esempi di *outcomes* positivi da parte del *peer staff*
 - d. L’incremento della percezione di scelta autonoma da parte del paziente e l’abbandono di approcci coercitivi
2. Ulteriore variabile influente sulla riuscita dei processi è rappresentata dai cosiddetti “moderatori contestuali”, che possono rappresentare ostacoli o facilitatori a seconda della natura. I principali moderatori individuati sono stati:
 - a. Le caratteristiche personali e la predisposizione a intraprendere un percorso di cambiamento dell’utente
 - b. L’approccio e l’organizzazione interna dei Servizi di salute mentale
 - c. Fattori contestuali in grado di agire a livelli più ampi, ad esempio a livello di struttura sociale o di mercato del lavoro.

Secondo il modello logico proposto nella revisione di Winsper et al. (2020), la relazione tra gli interventi e gli *outcomes* di recovery è mediata dai meccanismi di azione, che a loro volta sono influenzati dai moderatori contestuali. È possibile esemplificare tale processo tramite il seguente schema:

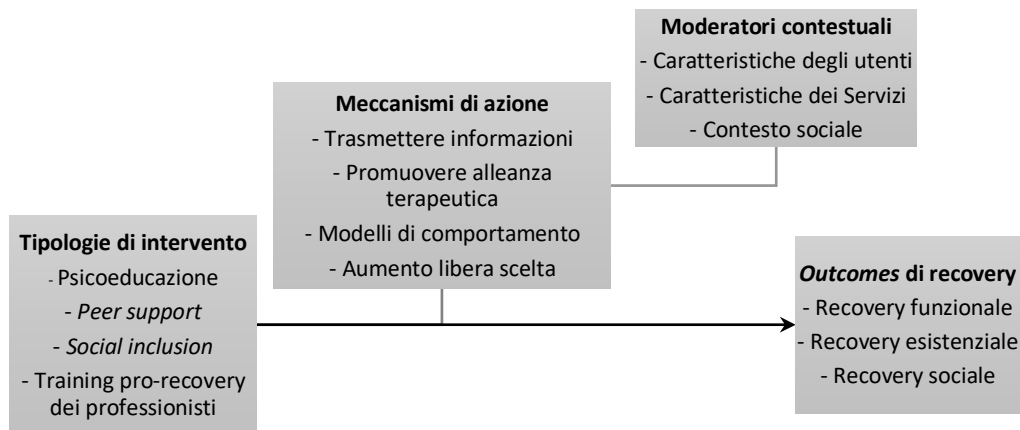


Tabella 2.3 - Modello logico di Winsper et al. (2020)

La costruzione di questo modello è utile a comprendere secondo quali modalità determinati fattori influenzano i processi di recovery, e come i fattori interagiscono tra loro. Analizzando il modello più in generale, è possibile affermare che, sulla base dell'analisi dei 309 studi revisionati, tutti i fattori nominati, classificati come interventi, meccanismi di azione o moderatori, esercitano una significativa influenza sui processi di recovery, seppur in modalità differenti. Questa revisione, paragonata a studi precedenti sui fattori che influenzano la recovery, è utile ad aggiungere un livello di complessità alla ricerca sul tema, in quanto non solo identifica i fattori più menzionati nei vari studi contemplati, ma stabilisce le modalità con cui essi agiscono a influenzare la recovery nelle sue diverse sfumature.

In conclusione, è possibile notare come i principali fattori facilitanti i processi di recovery siano spesso trasversali agli studi presenti in letteratura. Si può affermare che il presente lavoro sia stato ispirato da studi precedenti con domande di ricerca simili, ed è dunque a partire da questo stato dell'arte che l'elaborato introdurrà i risultati della sua ricerca.

CAPITOLO 3 - LA RICERCA

3.1 - La cornice teorica ed epistemologica

La presente ricerca si iscrive all'interno di un paradigma conoscitivo basato sulle premesse della postmodernità applicate all'ambito delle scienze sociali: sul piano epistemologico, la postmodernità è caratterizzata dall'abbandono della fiducia in una realtà oggettiva, univoca e conoscibile (Castiglioni e Faccio, 2010). Il superamento del problema della conoscenza proprio della modernità si realizza dunque non in una soluzione al problema, ma in una dissoluzione dello stesso (Castiglioni e Faccio, 2010): ciò comporta la perdita dei valori assoluti, la loro relativizzazione e la moltiplicazione delle realtà conoscibili, così come a moltiplicarsi sono i punti di vista. Tale dinamica è quella che Lyotard (1979) descrive come la "decomposizione delle grandi Narrazioni"; la dissoluzione delle "grandi Narrazioni", intese come modelli omnicomprensivi in grado di spiegare la realtà della modernità, causa a sua volta la dissoluzione non solo dei valori assoluti, ma anche del rapporto sociale, e porta alla manifestazione di nuove modalità relazionali: si passa dalle collettività sociali, unificate nel segno delle grandi Narrazioni, a una "massa composta da individui, [...] in cui il sé non è isolato, ma coinvolto in un tessuto di relazioni più complesse e mobili che mai, è situato in posizioni attraversate da messaggi di natura diversa" (Lyotard, 1979, p. 32). Già in questa teorizzazione della natura dell'uomo postmoderno, è possibile osservare uno dei principi cardine trasversali a molte delle correnti appartenenti alla tradizione postmoderna, ovvero la natura interattiva dell'uomo con il suo contesto. È entro il contesto epistemologico postmoderno che si sviluppa, trasversalmente a vari ambiti delle scienze sociali, il paradigma costruttivista: adottando la definizione di "paradigma" proposta da Kuhn (1962), esso rappresenta un quadro concettuale che funge da sfondo a una varietà di teorie. In questo caso, a partire dal paradigma costruttivista si sono sviluppate varie teorie appartenenti a diversi ambiti della conoscenza, che tuttavia condividono la medesima concettualizzazione della realtà come prodotto di un processo sociale, di co-costruzione di significati attraverso l'interazione tra le persone, e tra la persona e il contesto storico e culturale di appartenenza (Castiglioni e Faccio, 2010). In particolare, il presente studio prende forma principalmente entro le premesse epistemologiche delle correnti costruttiviste del costruzionismo sociale e dell'interazionismo simbolico.

Il costruzionismo sociale configura la conoscenza come frutto di processi di costruzione sociale, e pertanto si impegna nello studio di questi processi, nella loro accezione interattiva e culturalmente situata (Berger e Luckmann, 1966; Gergen 1985). Tra questi processi, che Berger e Luckmann (1966) chiamano “oggettivazioni”, uno dei più influenti è sicuramente il linguaggio, elemento che in questo contesto acquista una crescente importanza, fino a diventare il principale oggetto di studio di alcune correnti costruttiviste. Le radici della centralità attribuita ai processi linguistici da parte del costruzionismo sociale sono da ricercare nella filosofia del secondo periodo di Wittgenstein, che infatti può essere considerato un precursore del pensiero postmoderno: nel secondo periodo del suo pensiero, il filosofo abiura quanto aveva teorizzato, in linea con la tradizione neopositivista, circa le proprietà rappresentative della realtà proprie del linguaggio nel *Tractatus logico-philosophicus* (1921), per proporre nelle *Ricerche filosofiche* (1953) quella che Harrè e Gillett (1994) definiscono la “svolta discorsiva”. Il linguaggio, secondo questa nuova visione, non è più formulato come rappresentativo della realtà, ma piuttosto come suo creatore; il linguaggio acquista un valore negoziale e convenzionale, e i significati delle parole sono da ricercare non nella natura dell’oggetto che esse rappresentano, bensì nell’uso contestuale delle parole stesse (Faccio e Centomo, 2010). Affermare che il significato risiede “nell’uso” porta a teorizzare che i significati sono “posizionali” e non assoluti, e che i tali significati sono prodotti non da una mente sigillata nella soggettività, ma da una “mente discorsiva” (Harrè e Gillett, 1994), una mente impegnata in attività comunicative tra altre menti e tra i contesti che abita, e un punto di incontro di influenze sociali e concetti disponibili grazie al discorso. Sulla base di queste assunzioni circa il linguaggio e la co-costruzione dei significati, gli oggetti della psicologia si rivelano essere, secondo Harrè e Gillett (1994), i discorsi e le narrazioni: è attraverso questi ultimi che è possibile, per l’osservatore, accedere alla verità narrativa del soggetto, e di conseguenza alla sua costruzione della realtà e della propria identità. Anche l’identità è teorizzata, dal costruzionismo, come intrinsecamente dialogica, in quanto è “formata da processi sociali; una volta cristallizzata, viene mantenuta, modificata o anche rimodellata dalle relazioni sociali.” (Berger e Luckmann, 1966).

A considerare l’identità come un costrutto relazionale sono anche i teorici appartenenti alla corrente dell’interazionismo simbolico: sempre mantenendo gli assunti teorici del

paradigma costruttivista, l'interazionismo simbolico mette al centro dell'analisi psicologica l'interazione, e ad essa riconduce l'origine e lo sviluppo della mente umana, dei processi di attribuzione di senso, e anche dell'elaborazione dell'identità personale (Blumer, 1969). La dimensione relazionale, dunque, non è solo il contesto in cui emergono i significati personali e collettivi, ma diventa anche il fondamento dell'identità personale (Salvini e Dondoni, 2011). Secondo la definizione dell'interazionismo simbolico, proposta da Blumer nel 1969, gli individui agiscono sulla base dei significati che attribuiscono alle situazioni contestuali, e tali significazioni avvengono grazie alle interazioni in cui essi sono costantemente impegnati: a subire questo processo di significazione è di conseguenza anche l'identità personale, che viene plasmata a partire dalle interiorizzazioni degli sguardi altrui e dalle relazioni intessute con il contesto. La sfumatura relazionale dell'identità era già stata teorizzata da Cooley (1902), che, con la teoria del *"looking glass self"*, introduce il sé come rispecchiamento dello sguardo altrui e dei valori della società, e da Mead (1934), che invece si concentra sul sé come prodotto dell'interazione con "altri significativi" per il soggetto. Formulare l'identità come prodotta dai processi sociali implica necessariamente, per il ricercatore che adotta uno sguardo costruttivista, ampliare il campo di ricerca al fine di includere il contesto e le relazioni che circondano il soggetto. Per questo motivo il costrutto di recovery si presta, a causa della sua natura relazionale, a essere studiato entro i confini delle premesse costruttiviste; pensare l'individuo come punto di intersezione di molteplici influenze significa ridefinire anche la sofferenza psichica, e di conseguenza le modalità di intervento. Se si considera, dunque, la malattia psichica come, al pari di qualsiasi fenomeno mentale e umano, una modalità di "essere-nel-mondo", per riprendere l'approccio fenomenologico di Binswanger (1935), che devia da quella che è contestualmente considerata la norma (Galimberti, 2011), essa è soggetta quindi alle influenze di tale "mondo". Pertanto, secondo questa prospettiva è opportuno considerare il malato psichiatrico non solo come un "corpo organico", ma anche come un "corpo sociale" (Basaglia, 1979, p. 73): il costrutto di recovery, grazie alla sua natura intrinsecamente relazionale e contestuale, si presta ad avere come oggetto di studio il soggetto in quanto "corpo sociale", come soggetto al centro di un'intersezione di discorsi, personaggi e significati co-costruiti, il cui cambiamento è influenzato da una varietà di processi sociali. Per questo la lente teorica del costruttivismo si rivela

particolarmente in linea con la presente ricerca, proprio a causa dell'attenzione prestata alla rete sociale, alle figure significative e ai fattori relazionali che hanno reso possibile la recovery. Inoltre, possiamo definire anche la modalità di raccolta delle informazioni in linea con il paradigma costruttivista, in quanto le interviste condotte hanno permesso l'accesso a una verità narrativa, alle narrazioni soggettive attraverso le quali le persone definiscono la propria identità: oggetto di interesse dei metodi di analisi basati su assunti costruttivisti e discorsivi sono infatti non tanto le situazioni in sé, ma “cosa una situazione significa per una persona” (Harrè e Gillett, 1994, p. 24).

3.2 - Il progetto di ricerca

La presente dissertazione si colloca all'interno di un più ampio disegno di ricerca intitolato “EXIT MADNESS? EXAmining Interpersonal Testimonies of Recovery from Severe Mental Disease”, coordinato dalla Prof.ssa Elena Faccio, del dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia applicata (FISPPA), presso l'Università degli studi di Padova. Obiettivo generale della ricerca è quello di indagare la funzione della dimensione sociale nei percorsi di recovery a partire dalla prospettiva di persone che hanno un vissuto di sofferenza psichica. All'interno di questo contesto, il mio lavoro si inserisce con lo specifico obiettivo di identificare gli elementi che risultano utili al processo di recovery, analizzati dal punto di vista dei protagonisti del disagio psichico. In particolare, è stata posta una particolare attenzione ai fattori relazionali che hanno facilitato il cambiamento e agli interventi messi in atto da parte dei Servizi di salute mentale che si sono rivelati d'aiuto.

3.2.1 - Contesto e partecipanti

Per avviare la ricerca sono state contattate strutture come Centri di Salute Mentale - in particolare, i Centri di Trento, Mezzolombardo (TN) e Cles (TN) -, o comunità terapeutiche. Grazie alla loro collaborazione sono stati identificati 31 partecipanti idonei alla ricerca, reclutati sulla base di alcuni criteri di inclusione:

1. Una storia personale di severo disagio psichico
2. L'identificazione della propria storia come un percorso di cambiamento positivo
3. L'assenza, da almeno 5 anni, di ricoveri o di importanti ricadute

La definizione del gruppo dei partecipanti è stata dunque effettuata ricorrendo a una procedura non probabilistica, a un campionamento “a scelta ragionata” (Cardano, 2003): il profilo del campione necessario allo studio è stato infatti definito a priori, in quanto guidato dalla domanda cognitiva della ricerca. Per poter indagare nel profondo i processi di recovery, infatti, il gruppo di partecipanti doveva soddisfare i criteri di aver intrapreso un percorso di cambiamento e di non sperimentare da almeno 5 anni episodi di crisi acute, ricadute o ricoveri psichiatrici. A seguito dell’identificazione degli utenti disponibili alla condivisione delle loro storie, è stato loro chiesto di nominare una figura che ritenessero significativa nel proprio percorso di cambiamento: il ruolo, professionale o meno, di tale figura non è stato specificato, lasciando così libertà ai partecipanti di declinare soggettivamente la tipologia di supporto relazionale ricevuta. Il campione completo di partecipanti è risultato composto da 31 utenti, che presentano una storia di sofferenza psichica, e dalle relative figure significative nominate, per un totale di 59 partecipanti (l’asimmetria del conteggio è dovuta al fatto che 3 utenti non hanno nominato una figura di riferimento). Sono state svolte interviste individuali ad ogni partecipante, e sono seguite le interviste duali. Il presente lavoro, tuttavia, si concentra unicamente sull’analisi delle interviste individuali rivolte agli utenti, poiché è volto a indagare il loro punto di vista sul percorso. Di seguito (Tabella 3.1) vengono elencati i partecipanti alla ricerca, le loro età e la forma di sofferenza psichica da loro riportata, talvolta espressa sottoforma di diagnosi, se i partecipanti si mostravano disponibili a condividerla, talvolta invece come narrazione. Inoltre, vengono indicati anche i ruoli delle figure significative scelte come riferimento.

Nome¹	Età	Vissuto di sofferenza riportato	Figura significativa nominata
Paolo	64	Disturbo bipolare	ESP
Giacomo	71	Disturbo bipolare	Psichiatra
Mauro	65	Uso di sostanze, psicosi	-
Diego	64	Uso di sostanze, <i>“forte disforia, stato depressivo reattivo e forte</i>	Psichiatra

¹ I nomi dei partecipanti sono stati modificati nel rispetto della loro privacy; pertanto, i nomi presenti nella tabella e in sede di presentazione dei dati sono fittizi.

		<i>emotività</i>	
Cinzia	55	Depressione e disturbo bipolare	Operatrice del Servizio frequentato
Chiara	67	Depressione	Operatrice del Servizio frequentato
Armando	68	Depressione	Operatrice del Servizio frequentato
Benedetta	56	Psicosi, disturbo bipolare	ESP
Veronica	33	Depressione, ansia	Operatrice del Servizio frequentato
Filippo	56	Disturbo bipolare	Fratello
Luigi	68	Depressione	Operatore del Servizio frequentato
Carlo	74	Disturbo bipolare	Operatrice del Servizio frequentato
Enea	57	<i>“Andavo solo a scuola e basta, non facevo altro, perché la gente mi spaventava. [...] La mente si crea delle cose un po' delle paure, delle ansie, delle cose per sopravvivere”</i>	Psicoterapeuta
Nicola	31	Depressione, uso di sostanze	Operatore del Servizio frequentato
Federico	26	Uso di sostanze	Psicoterapeuta
Brian	31	<i>“Non essere più idoneo a fare la giornata praticamente. Perdi anche gli stimoli per fare certe cose importanti”</i>	Operatrice del Servizio frequentato
Davide	44	<i>“lo psichiatra mi ha detto fobia, all'inizio avevo fobia sociale, dopo c'è scritto sui certificati “situazione extrafamiliare” e ansia, tutte 'ste robe qua insomma, [...] io più che</i>	-

		<i>altro sono emotivo”</i>	
Adam	48	<i>“nel 2016 ho proprio toccato il fondo, non riuscivo a parlare né con amici, né fare nuove amicizie e... un po’, sai com’è, fai fatica a risalire”</i>	Operatore del Servizio frequentato
Alessio	-	<i>“Lo descriverei come una cosa molto molto forte, in senso negativo, perché io sono partito da una forte stanchezza, poi la stanchezza è diventata pianto, urla, un peso qui sul petto, che probabilmente era l’ansia ma c’era anche tanta rabbia.”</i>	-
Karim	43	Depressione	Operatrice del Servizio frequentato
Sandra	30	<i>“Montagna russa”, “periodo di stakanovismo”, ansia</i>	Psicoterapeuta
Laura	26	Psicosi	Psicoterapeuta
Marina	63	Depressione e disturbo bipolare	Psichiatra
Patrizia	68	Depressione, anoressia, psicosi	Marito
Barbara	-	Allucinazioni, psicosi, preoccupazioni paranoide	Operatore del Servizio frequentato
Roberto	41	Depressione, psicosi	Amico
Maria	-	Depressione, tentato suicidio	Psichiatra
Giulio	53	<i>“Disagio emotivo”</i>	Operatrice del Servizio frequentato
Luisa	60	-	Amica
Rosa	51	Depressione, allucinazioni	Psichiatra
Giorgio	51	Depressione, disturbo bipolare	Operatrice del Servizio frequentato

Tabella 3.1 - Partecipanti della ricerca

A partire dalla sintesi esposta tramite la tabella, è possibile avanzare alcune osservazioni circa il campione: i partecipanti hanno un'età compresa tra i 26 e i 74 anni, e la media si aggira intorno ai 52 anni; il campione è composto da 19 persone che si sono identificate nel genere maschile, e 12 nel genere femminile; infine, le figure nominate sono state Esperti in Supporto tra Pari (n= 2), psichiatri (n= 5), operatori dei Servizi frequentati (n= 13), parenti o partner (n= 2), amici (n= 2), o psicoterapeuti (n= 4). La distribuzione relativa ai ruoli, professionali o meno, ricoperti dalle figure di riferimento nominate contribuisce a creare una narrazione eterogenea riguardo il supporto relazionale nei percorsi di recovery, e dunque amplia i significati esplorabili.

3.2.2 - Considerazioni etiche

Durante una fase preliminare di definizione del progetto di ricerca e dei suoi obiettivi, la proposta di studio è stata sottoposta al comitato etico locale, il quale ne ha approvato l'avvio. Prima di iniziare le interviste, ad ogni partecipante sono state illustrate le finalità e le modalità del progetto di ricerca: sono stati presentati gli obiettivi, le tempistiche e la struttura prevista degli incontri. Per ufficializzare la presa visione di tali premesse, è stato chiesto ai partecipanti di visionare e sottoscrivere il Modulo informativo e di consenso alla partecipazione e al trattamento dei dati, in linea con le leggi D. Lgs 196/2003 e UE GDPR 679/2016, attraverso cui i partecipanti sono stati messi a conoscenza circa il trattamento confidenziale dei loro dati, nel rispetto del diritto alla riservatezza e del diritto a ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento. Il modulo di consenso informato è stato somministrato a tutti i partecipanti, sia agli utenti che alle figure di riferimento.

3.2.3 - Strumenti: le interviste semi-strutturate e il questionario RAS-DS

La raccolta dati ai fini del soddisfacimento degli obiettivi posti dal progetto di ricerca si è svolta con l'ausilio di due distinti strumenti: l'intervista semi-strutturata, effettuata in forma individuale e duale, e la somministrazione del questionario RAS-DS (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages) nella sua versione tradotta in italiano (Cobetto Ghiggia e Roveda, 2019). Infine, sono state rivolte ai partecipanti alcune domande anagrafiche. Sono state somministrate le interviste individuali sia ai partecipanti appartenenti alla categoria degli utenti, sia alle figure significative da essi nominate. In un secondo momento, preferibilmente a qualche giorno di distanza rispetto alle

interviste individuali, hanno avuto luogo le interviste duali, che hanno coinvolto contemporaneamente l'utente e la sua figura di riferimento. In seguito ad ogni intervista individuale indirizzata agli utenti, è stato loro chiesto di compilare il questionario RAS-DS. Quest'ultimo è uno strumento volto a misurare il progresso del percorso di recovery soggettivo e a facilitare interventi collaborativi e mirati alle necessità individuali (Hancock et al., 2020): è attualmente lo strumento quantitativo più diffuso e valutato come più affidabile e accessibile ai fini della valutazione dei processi di recovery (Hancock et al., 2020). Il presente studio, tuttavia, si è concentrato unicamente sull'analisi del materiale testuale ricavato dalle trascrizioni *verbatim*, compiute manualmente, delle registrazioni delle interviste agli utenti; lavori futuri, sempre riferiti a questo progetto di ricerca, si occuperanno di esaminare anche i risultati ottenuti dal questionario RAS-DS.

Le interviste sono state formulate come semi-strutturate: gli intervistatori, che sono stati molteplici nel corso della raccolta dati, hanno fornito ai partecipanti alcune domande che fungessero da guida al discorso e permettessero di esplorare i temi utili all'originaria domanda di ricerca. In linea generale, i temi esplorati nel corso delle interviste individuali svolte con gli utenti sono stati:

1. La narrazione del proprio vissuto di sofferenza;
2. La narrazione del percorso di cambiamento;
3. I personaggi che hanno partecipato al percorso e le relazioni coinvolte;
4. Il ruolo dei Servizi di cura;
5. La percezione dello sguardo altrui;
6. Infine, la situazione lavorativa.

Analogamente, durante le interviste individuali con le figure significative sono stati indagati i seguenti temi:

1. Il percorso di cambiamento dell'utente visto dall'esterno;
2. come la relazione con l'utente ha contribuito al cambiamento;
3. le aspettative circa il percorso dell'utente;
4. i cambiamenti della relazionalità e della rete sociale dell'utente.

Le interviste duali, invece, sono state strutturate in modo tale da favorire un momento di incontro e di dialogo tra utente e figura significativa, un confronto circa il percorso di recovery intrapreso dall'utente e circa la relazione che intercorreva tra i due partecipanti. Non è la prima volta che viene utilizzata l'intervista duale come strumento per esplorare i processi di recovery: ne è esempio lo studio di Klevan et al. (2020), che suggerisce come le interviste duali possano rappresentare un'opportunità per coppie di utenti e professionisti della salute mentale di co-costruzione di conoscenza e di co-progettazione di interventi basati su tale conoscenza condivisa. Le interviste duali permettono infatti l'esplorazione di un terreno comune, possono favorire un cambio di prospettiva vantaggioso per porre al centro della progettazione i vissuti e i bisogni dell'utente, e pongono inoltre i partecipanti in una condizione di riflessione circa la relazione terapeutica, i suoi benefici e gli eventuali limiti (Klevan et al., 2020).

3.3 - L'intervista semi-strutturata per indagare i processi di recovery

Il metodo per la raccolta di dati qualitativi scelto è stato quello dell'intervista semi-strutturata: questa si configura come una delle metodologie privilegiate per la ricerca qualitativa, in quanto permette all'intervistato di esprimere, compatibilmente con le richieste della domanda di ricerca, i suoi significati il più liberamente possibile. Durante le interviste semi-strutturate, infatti, gli intervistati sono chiamati a rispondere ad alcune domande aperte che contribuiscono all'esplorazione del tema centrale dello studio, espresso dalla domanda di ricerca principale (Jamshed, 2014). Questa tipologia di intervista è quella che Cardano (2003), riprendendo la nomenclatura introdotta da Rositi (1993), chiama "intervista discorsiva" e contrappone all'"intervista strutturata": "nell'intervista discorsiva l'intervistato risponde alle domande dell'intervistatore con parole sue, scelte lì per lì, costruendo nel modo che gli è più congeniale la propria argomentazione. Nell'intervista strutturata, per contro, l'intervistato risponde alle domande che gli porge l'intervistatore scegliendo le parole da un copione predefinito, lo stesso che governa il comportamento verbale dell'intervistatore" (Cardano, 2003, pp. 73-74). Nello specifico, sempre Cardano (2003), distingue due forme di intervista discorsiva, che derivano dall'atteggiamento dialogico dell'intervistatore: l'intervista libera e l'intervista guidata. L'intervista libera presuppone l'assunzione, da parte dell'intervistatore, di una posizione di totale ascolto dopo aver introdotto al suo interlocutore il tema generale della conversazione; nell'intervista discorsiva guidata,

invece, è l'intervistatore a condurre la conversazione attraverso una traccia di domande che suggerisce, in un determinato ordine, i temi da esplorare; tuttavia, anche questa forma di raccolta di dati lascia al partecipante la facoltà di scelta rispetto ai temi su cui soffermarsi maggiormente e rispetto alle modalità in cui essi vengono declinati. Nel caso della presente ricerca, sono state svolte delle interviste discorsive nelle loro forme più guidate, nel tentativo di soddisfare gli obiettivi iniziali dello studio. L'intervista discorsiva, inoltre, non solo restituisce al ricercatore eventuali contributi utili alla domanda di ricerca, ma si rivela uno strumento in grado di indagare nel profondo la visione sul tema degli intervistati: "l'intervista discorsiva consegna un *discorso*" (Cardano, 2003, p. 74), e con esso le credenze, gli atteggiamenti, i valori, i significati, le rappresentazioni della realtà e i posizionamenti che il soggetto mette in gioco durante l'atto discorsivo. Il "discorso" che l'intervista discorsiva restituisce al ricercatore non è composto da "fatti", bensì di "parole": ed è proprio a queste ultime che il ricercatore, adottando uno sguardo qualitativo, aspira a esplorare. Queste "parole" costituiscono un insieme di "definizioni delle situazioni vissute" (Demazière e Dubar, 2000, p. 5), ovvero di rappresentazioni di esperienze e rappresentazioni di relazioni. Sempre Demazière e Dubar (2000) suggeriscono che, a partire dalle interviste discorsive, le uniche informazioni che è possibile raccogliere riguardano le forme discorsive, che sono "specchio dell'universo simbolico condiviso da coloro che le hanno messe in parola" (Cardano, 2003). Attraverso le interviste il ricercatore ha quindi accesso alle rappresentazioni, ovvero a una verità narrativa piuttosto che a una verità storica, fattuale. Argomenta La Mendola: "l'intento di un'intervista, quindi, non è e non può essere quello di accertare la verità: dobbiamo essere consapevoli che le nostre ricerche sono incastonate entro una doppia ermeneutica" (La Mendola, 2009, p. 50). La "doppia ermeneutica" a cui La Mendola allude si riferisce alla condizione di poter accedere unicamente a "narrazioni di narrazioni" (Melucci, 1998, p. 23), ovvero alle sopracitate rappresentazioni di esperienze e rappresentazioni di relazioni. Unico compito possibile dell'intervistatore è, in conclusione, quello di raccogliere tali rappresentazioni con la consapevolezza di non poter accedere a una verità assoluta, ma solo di poter "elaborare una plausibile rappresentazione di tali rappresentazioni" (La Mendola, 2009, p. 51). Di conseguenza, il suo compito prosegue nell'assunzione della responsabilità di trarre e presentare delle conclusioni a partire da tali rappresentazioni plausibili. È per queste sue

caratteristiche che l'intervista discorsiva o semi-strutturata si presta all'obiettivo primario della presente ricerca: dare voce agli utenti dei Servizi significa, per il ricercatore, porsi in una posizione di "ascolto aperto" (La Mendola, 2009) rispetto alle rappresentazioni dell'esperienza di recovery, costruito che, per sua natura, si configura in modo intrinsecamente personale, unico, e portatore di significati del tutto soggettivi. La posizione assunta dal ricercatore riflette una delle principali caratteristiche della ricerca qualitativa, della quale l'intervista discorsiva è un perfetto esempio applicativo, quella che Cardano (2003, p. 19) definisce "sottomissione all'oggetto: [...] è l'oggetto a dettare al ricercatore le condizioni entro le quali è possibile osservarlo, a definire la forma che assumerà la conversazione tra intervistatore e intervistato". Ulteriori caratteristiche della ricerca qualitativa verranno esplorate nel paragrafo successivo (v. *infra*, cap. 3.4.1).

3.4 - Metodologia di analisi dei dati

3.4.1 - La ricerca qualitativa

La ricerca qualitativa comprende una varietà di metodologie di analisi, ognuna con le proprie caratteristiche procedurali, ma che condividono i medesimi assunti epistemologici. Secondo la definizione di Schwandt (2001), la ricerca qualitativa è una tipologia di ricerca in cui il ricercatore si affida a dati testuali – e non solo, aggiunge Reavey (2011), ma anche visivi, verbali, spaziali... -, piuttosto che, come accade nella ricerca quantitativa, a dati numerici. L'analisi di tali dati viene quindi effettuata nel rispetto della loro componente testuale, senza effettuare una conversione numerica. Il fine ultimo di questo procedimento è quello di esplorare e comprendere i significati dell'azione umana nella loro complessità, ovvero conoscere quello che Blumer (2006) definisce il "mondo empirico", costituito dalle esperienze e dalle significazioni interattive degli esseri umani. A causa dell'obiettivo di esplorazione dei significati umani all'interno dei loro contesti, la ricerca qualitativa si sottrae alla pretesa di definire e descrivere una realtà oggettiva, indipendente dall'osservatore, e si basa invece su un'epistemologia interpretativa (Walsh e Downe, 2006): secondo questa prospettiva la conoscenza non può mai essere del tutto oggettiva, ma è frutto di una co-costruzione sociale e contestuale. In questo senso, prosegue Blumer (2006), adottando questa prospettiva, la ricerca deve mantenere il focus sul mondo empirico, fenomenologico,

nella sua connotazione non fissa e immutabile, ma definita nel “qui ed ora”. Tale concettualizzazione della realtà conoscibile è in linea con le teorie appartenenti al paradigma costruttivista, e per questo le metodologie qualitative rappresentano gli strumenti privilegiati per i progetti di ricerca che, come il presente, si sviluppano entro i confini di quest’ultimo.

La diffusione della ricerca qualitativa nell’ambito delle scienze sociali è aumentata a partire dagli anni ’90, in corrispondenza dello sviluppo delle correnti di pensiero postmoderne e del superamento dell’egemonia del modello epistemologico dominante, prevalentemente post-positivista, derivante a sua volta dalle rivoluzioni, in ambito psicologico, del comportamentismo e del cognitivismo, che hanno posto l’attenzione sull’esplorazione di una realtà considerata osservabile e oggettiva. La ricerca relativa a questa prospettiva post-positivista, che ha dominato il campo della psicologia del secolo scorso, si basa su approcci qualitativi e sul metodo scientifico: l’emergere dei metodi qualitativi, tuttavia, si configura come uno strumento potenzialmente complementare alla psicologia misurata in termini quantitativi (Braun e Clarke, 2013). Esempio di tale complementarità sono quelle metodologie che prevedono una commistione di analisi qualitative e quantitative ai fini dell’osservazione di un fenomeno, come ad esempio accade nell’analisi del contenuto, che verrà approfondita più avanti (v. *infra*, cap. 3.4.2). Nell’ambito della salute, l’interesse nei confronti dell’utilizzo della ricerca qualitativa è aumentato negli ultimi decenni anche per la maturata intenzione a comprendere la complessità delle esperienze degli utenti e in vista di una progettazione di interventi che sia all’altezza di tale complessità (Walsh e Downe, 2006). La ricerca qualitativa permette infatti di approdare a una conoscenza approfondita dei fenomeni, e permette l’accesso ai significati personali ponendosi in una posizione di ascolto e rispetto dei diversi contesti sociali e culturali (Carrera Fernandez et al., 2014). I metodi qualitativi consentono infatti di accedere ai mondi soggettivi e a quelle che Schütz (1962) definisce le “province finite di significato”, in particolare di persone appartenenti a gruppi tradizionalmente marginalizzati dalle scienze sociali occidentali, a quelle minoranze che sfuggono alla significatività statistica: i metodi qualitativi si prestano all’esplorazione di tali realtà, soggette a una co-costruzione da parte delle persone, intese come simultaneamente costruite e costruttrici della realtà (Braun e Clarke, 2013).

La ricerca qualitativa può essere intesa sia come insieme di posizioni filosofiche, sia come insieme di metodologie di analisi, a loro volta basate su tali posizioni filosofiche o sugli assunti epistemologici propri della ricerca qualitativa. Le teorie su cui si basa la ricerca qualitativa sono, ad esempio, l'interazionismo simbolico, nel quale risultano centrali l'interpretazione e i significati creati attraverso l'interazione; la fenomenologia, che si concentra invece sui vissuti soggettivi; l'etnografia, incentrata sui comportamenti e sui valori propri di diversi contesti sociali; o il costruzionismo sociale, basato sull'assunto di una realtà co-costruita dai soggetti attraverso l'atto interattivo (Braun e Clarke, 2013). Queste teorie, seppur con modalità diverse, condividono la volontà di mettere in dubbio l'esistenza di una realtà osservabile, oggettiva, e indipendente dall'osservatore, e di contestare la teorizzazione dell'essere umano come essere "reattivo" unicamente alle influenze esterne o interne: queste nuove correnti considerano invece l'essere umano come soggetto operante in un mondo di significati co-costruiti e soggetti a interpretazione, e la relazione del soggetto con l'ambiente di natura non causale ma interattiva (Braun e Clarke, 2013). A partire da queste premesse epistemologiche, la ricerca qualitativa si declina come una metodologia complessa e composita: i metodi di analisi più diffusi in questo campo sono l'analisi del contenuto (Mayring, 2004), la grounded theory (Glaser e Strauss, 1967), l'analisi del discorso (Demazière e Dubar, 2000), l'analisi etnografica (Altheide e Johnson, 1994), l'analisi tematica (Braun e Clarke, 2006), e l'analisi fenomenologica (Smith et al., 1999).

Conseguenza della concettualizzazione dell'essere umano e del contesto che sottende la ricerca qualitativa è la necessità, per il ricercatore che si avvicina a tali metodologie, di considerare la variabile della riflessività: essa è intesa come una riflessione critica sul processo di ricerca in atto e sul ruolo del ricercatore stesso (Finlay, 2002), e in particolare sul suo posizionamento rispetto al fenomeno oggetto di studio, che spesso si configura allo stesso tempo da *outsider* e da *insider* (Le Gallais, 2008). È quindi necessario che il ricercatore mantenga perennemente un atteggiamento consapevole delle proprie premesse, delle "forme che ha adoperato fin lì per dare forma al mondo" (La Mendola, 2009, p. 38). Gli esseri umani, infatti, vivono nel mondo adottando delle precognizioni, delle forme con cui plasmano la realtà con la quale entrano in contatto (Gadamer, 1960): compito imprescindibile del ricercatore che si avvicina a svolgere una ricerca qualitativa, che esplora dunque le realtà situate e soggettive, deve essere

quello di “identificare e valutare queste premesse” (Blumer, 1969, p. 21), al fine di porsi in una posizione consapevole di ascolto e di relazione dialogica, durante la quale tali premesse possono essere soggette a trasformazioni. La componente della riflessività diventa quindi il presupposto per poter procedere in un “viaggio” conoscitivo all’interno delle realtà indagate, ed è il motore della ricerca qualitativa.

È opportuno citare che, ad oggi, sono stati sviluppati diversi *software* che possono essere di supporto ad alcuni passaggi dell’analisi qualitativa: per quanto alcune funzioni rimangano, secondo alcuni ricercatori, delegabili unicamente all’essere umano e incompatibili con l’automatizzazione (Charmaz, 2004), i progressi più recenti dell’integrazione dell’intelligenza artificiale a questa tipologia di *software* mettono in luce le potenzialità sempre più promettenti di tali strumenti (Christou, 2023), pur mantenendo dei limiti in campo ermeneutico. Nella presente ricerca, ad esempio, è stato utilizzato il *software ATLAS.ti* esclusivamente nella sua funzione di organizzazione del materiale testuale (v. *infra*, cap. 3.4.2), mentre le operazioni di selezione e categorizzazione del materiale sono state svolte manualmente.

3.4.2 - L’analisi del contenuto

Per procedere all’analisi dei dati delle 31 interviste prese in considerazione, è stata attuata un’analisi del contenuto. Il materiale testuale che è oggetto delle analisi compone il *corpus*: esso si configura come un insieme di testi che rispettano i criteri di coerenza con gli scopi perseguiti dalla ricerca, in questo caso di indagare i processi di recovery attraverso le narrazioni biografiche. Nel caso della presente dissertazione il *corpus* è composto dalla totalità delle interviste prese in esame. Ogni singola intervista viene invece identificata come unità di analisi. L’analisi del contenuto può essere definita come un processo che si sviluppa in tre distinte fasi: acquisizione, sintesi e restituzione delle informazioni (Tuzzi, 2003).

- La prima fase di **acquisizione del materiale** è costituita dalla semplice lettura delle informazioni disponibili, in questo caso delle trascrizioni *verbatim* delle 31 interviste individuali rivolte ai protagonisti dei racconti biografici di recovery.
- Durante la fase di **sintesi del materiale** sono stati selezionati gli aspetti significativi per rispondere alla specifica domanda di ricerca: questa fase del lavoro è stata supportata dall’utilizzo di *ATLAS.ti*, un *software* dedicato

all'analisi di dati testuali. Per facilitare l'organizzazione dei contenuti e rendere più rapida e accessibile la ricerca delle informazioni all'interno del *corpus* sono stati creati dei codici numerici con cui sono stati codificati gli stralci di testo più significativi. Ad ogni codice è stata associata una categoria generale di contenuti, e questa suddivisione è stata ripresa nella fase di presentazione dei dati raccolti. Nello specifico, la modalità con la quale è stata condotta questa analisi può essere ricondotta al processo che Tuzzi (2003) descrive come strutturazione manuale *ex post*: l'accezione della manualità si riferisce all'approccio classico dell'analisi del contenuto, che prevede un'assegnazione manuale di categorie definite dal ricercatore, e si distingue dai più moderni approcci di codifica automatica, che si avvalgono dell'uso di *software* specializzati. La definizione di queste categorie, secondo la strutturazione *ex post*, non avviene a priori dell'analisi e non si muove a partire dalle teorie esistenti e dalla letteratura - così funziona invece la strutturazione *ex ante* -, ma viene effettuata a partire dalla rilevazione dei dati disponibili. Procedere tramite un processo di analisi *ex post* significa teorizzare la complessità dei concetti, la loro incommensurabilità e la loro connessione indivisibile al contesto di riferimento. Sempre secondo Tuzzi, questa modalità di procedere è coerente con la teoria metaforica del significato, che teorizza proprio la manifestazione dei concetti sotto forma di metafore, di competenza ermeneutica del ricercatore. Per questo motivo, nella strutturazione dell'analisi *ex post*, la definizione delle categorie concettuali, anche chiamate variabili, avviene a posteriori e si basa sull'interpretazione del materiale acquisito. La discrezionalità con cui vengono create le categorie concettuali è una delle principali caratteristiche di questo processo: questa comporta, logicamente, il limite dell'estrema vicinanza dei risultati all'oggetto di ricerca; simmetricamente, il processo *ex ante* suscita la critica opposta, ovvero la rischiosa vicinanza al soggetto della ricerca e alle teorie da lui adottate. Nel rispetto di un procedimento che prendesse vita a partire dai dati empirici contestuali e che ponesse il focus sull'ascolto delle voci dei partecipanti, le categorie concettuali sono state create man mano che il materiale veniva acquisito ed esaminato. In questa fase si è cercato di ottenere delle categorie generali di contenuti che rispondessero alla domanda di ricerca

iniziale, e che comprendessero al loro interno diverse sfumature di significato, corrispondenti alle significazioni o ai posizionamenti soggettivi. Le categorie generate rispondenti alla domanda di ricerca verranno esposte nel dettaglio nel capitolo di presentazione dei dati (v. *infra*, cap. 4). È possibile definire la procedura *ex post* che è stata seguita come di approccio induttivo, piuttosto che deduttivo (Mayring, 2004): questo approccio all'analisi del contenuto cerca di sviluppare le categorie a partire dal materiale disponibile. La fase di creazione di categorie che fossero il più possibile generali e trasversali rispetto al *corpus* ha richiesto la messa in atto di processi di astrazione e di interpretazione: tali processi rappresentano momenti chiave dell'analisi qualitativa (Lindgren et al., 2020), e sono subordinati alla soggettività del ricercatore. L'astrazione è un processo durante il quale le parti di diversi testi vengono ricondotte a un livello logico e classificatorio superiore, in grado di includere diverse prospettive rispetto a un unico argomento (Lindgren et al, 2020); per interpretazione viene intesa invece l'ermeneutica, il processo di attribuzione di senso ai fenomeni attuato dallo sguardo del ricercatore. La creazione delle categorie richiede naturalmente un alto grado di astrazione, ma anche un'inevitabile quota di interpretazione delle narrazioni dei partecipanti da parte della soggettività del ricercatore. Durante questa fase del processo viene attuata una decontestualizzazione dei contenuti, seguita da una riorganizzazione degli stessi durante la fase di interpretazione e restituzione dei risultati (Lindgren et al., 2020).

- **Fase di restituzione:** obiettivo di questa ultima fase dell'analisi del contenuto è quello di restituire i risultati maturati in una forma rielaborata rispetto a quella iniziale. Per compiere quest'operazione, alla sintesi delle informazioni ottenuta precedentemente attraverso la creazione di categorie concettuali viene affiancata a una chiave di lettura offerta dall'interpretazione del ricercatore. Dopo una fase di decontestualizzazione dei contenuti al fine di renderli più accessibili, viene messa in atto una riorganizzazione delle informazioni, basata anch'essa su processi di astrazione e interpretazione (Lindgren et al, 2020). A questo momento dell'analisi corrisponde quanto presentato nel successivo capitolo di presentazione dei dati (v. *infra*, cap. 4)

Come citato in precedenza, l'analisi applicata al materiale ha seguito un processo logico prevalentemente induttivo. Questo approccio può essere diviso, secondo Mayring (2004), in fasi distinte, nel tentativo di sistematizzare una procedura di codifica che può risultare complessa poiché altamente interpretativa; innanzitutto è fondamentale formulare un criterio che determini quali aspetti del materiale testuale prendere in esame. Quest'operazione si deve basare sulla domanda di ricerca, e quindi su che cosa il ricercatore vuole cercare all'interno del testo. Di seguito, sulla base degli stralci di testo selezionati con questo criterio, vengono create delle categorie generali, che rappresentano i temi salienti in risposta alla domanda di ricerca. Tali categorie possono essere successivamente suddivise ulteriormente in sottocategorie, a seconda delle differenze soggettive di posizionamenti o significazioni rispetto ai temi affrontati. Sebbene l'analisi testuale e la formulazione di categorie di contenuti privilegi una lettura qualitativa dei dati, qualora la domanda di ricerca si interessi anche ad aspetti quantitativi dei risultati, questi possono essere analizzati da un punto di vista quantitativo, e la categorizzazione può rivelarsi un valido supporto a questa operazione (Mayring, 2004). Caratteristica della metodologia dell'analisi del contenuto è proprio la sua doppia natura, in parte qualitativa e in parte quantitativa. Questa procedura è riconducibile al fatto che all'interno dell'analisi testuale convivono contesti e significati di parole, di intrinseca appartenenza alla ricerca qualitativa, ma anche frequenze e corrispondenze, di natura quantitativa (Tuzzi, 2003). L'affiancamento di dati quantitativi a informazioni qualitative avviene in un tentativo di sistematizzazione della ricerca qualitativa nell'ambito delle scienze sociali: tuttavia, l'oggetto di studio di tale ambito è, per sua natura, espresso in termini non quantitativi ma, ad esempio, narrativi. Pertanto, per arrivare a trattare e visualizzare statisticamente le informazioni è necessario passare attraverso una forma di codifica dei testi (Tuzzi, 2003), di cui si occupa la fase di sintesi dell'analisi.

Nel caso specifico di quest'analisi, a partire dalle singole unità di analisi, ovvero le 31 interviste individuali, sono stati identificati i passaggi più significativi rispetto alla domanda di ricerca "Quali elementi risultano utili alla recovery?". Successivamente, a ognuno di questi passaggi è stata assegnata una categoria generale, associata a un codice numerico creato attraverso il *software ATLAS.ti*. Le categorie generali a cui sono stati associati gli stralci di testo sono riassunte nella seguente tabella (Figura 3.2), che riporta

la schermata di *ATLAS.ti*: le categorie corrispondono ai “Code Groups”, ed è possibile osservare, nella sezione “Size” quante volte esse ricorrano, a livello assoluto, trasversalmente al *corpus*.

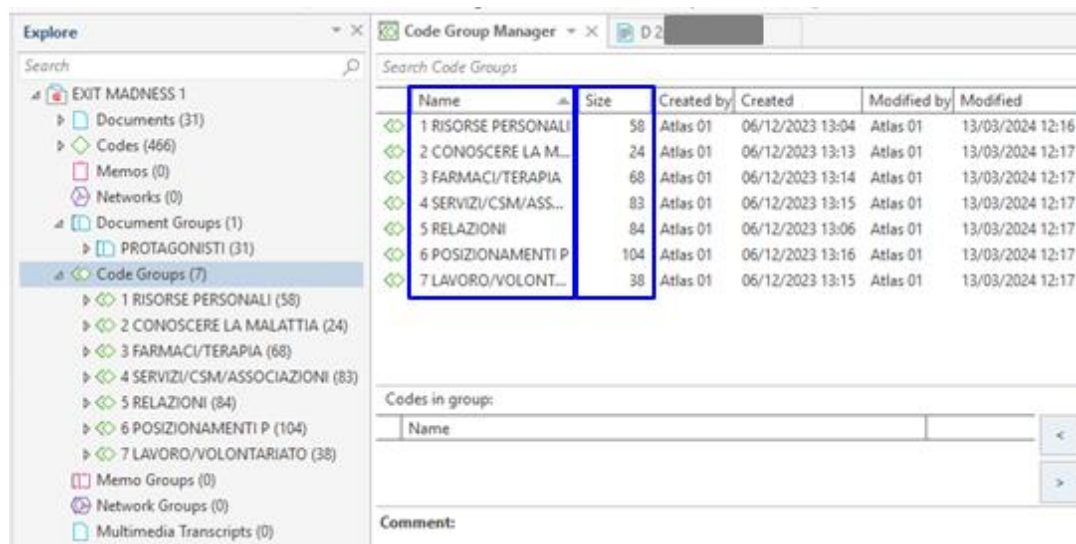


Figura 3.2 – Categorie su *ATLAS.ti*

Le specifiche delle categorie verranno approfondite nel capitolo di presentazione dei dati (v. *infra*, cap. 4), ma è già possibile familiarizzare con esse a partire dall’elenco presente nella Figura 3.2, riportato di seguito:

1. Risorse personali
2. Conoscere la malattia
3. Farmaci/terapia
4. Servizi
5. Relazioni
6. Posizionamenti P (professionisti)
7. Lavoro/volontariato

Per esemplificare ulteriormente il funzionamento della codifica su *ATLAS.ti*, viene riportato un esempio tratto dall’intervista di Veronica (Figura 3.3):

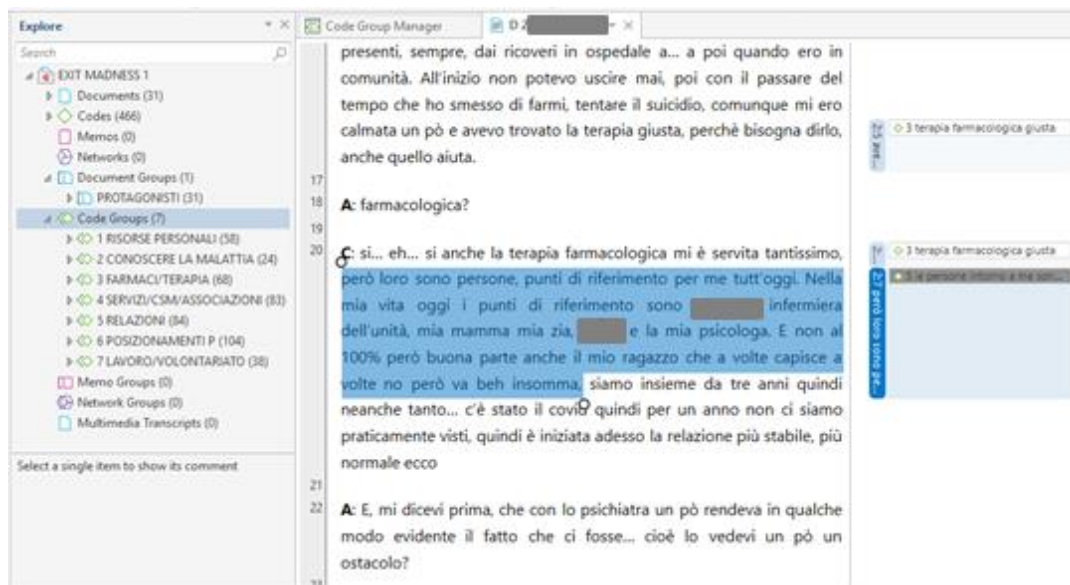


Figura 3.3 - Esempio di codifica

È possibile notare come, a partire dalla trascrizione, le citazioni significative siano state evidenziate e associate a una tra le categorie appena elencate (riconoscibili grazie alla numerazione 1-7), e come sia stata aggiunta a margine una breve sintesi del contenuto del testo preso in esame, al fine di formulare, in un secondo momento, delle più dettagliate sottocategorie. Nell'esempio riportato, la frase sottolineata è stata associata alla categoria 5, relativa alle relazioni.

La categoria generale assegnata riflette, per ogni stralcio di testo, il tema affrontato in risposta alla domanda di ricerca. Successivamente, le categorie generali sono state approfondite singolarmente tramite la formulazione di sottocategorie più specifiche, che riflettessero invece le significazioni e i posizionamenti personali rispetto al tema generale. Di conseguenza, all'interno di un'unica macrocategoria, è possibile osservare la compresenza di diverse significazioni o diversi posizionamenti relativi al tema generale. Per esemplificare questa procedura, seguirà un esempio: le citazioni utilizzate a questo scopo ricadono nella macrocategoria relativa all'assunzione dei farmaci. Nel primo esempio, viene prelevato un passaggio dell'intervista di Rosa:

*Ho capito che il **farmaco è indispensabile**, anche se un dottore un giorno psichiatra privato mi dovesse dire di nuovo “guarda che tu puoi sospendere il farmaco”, io non lo sospendereò mai più per tutta la vita perché il farmaco ormai nella mia vita, ho capito che è indispensabile e che **da sola non ce la posso fare**.*

Successivamente, allo stralcio di testo è stata associata la categoria relativa al tema generale, ovvero quella dell'assunzione dei farmaci. Ai fini di un'esplorazione più dettagliata del dato in termini qualitativi, è stata successivamente formulata una sottocategoria più rappresentativa del posizionamento soggettivo nei confronti del farmaco, che considera il farmaco come un supporto fondamentale, imprescindibile.

Citazione	Categoria generale	Sottocategoria
<i>“Ho capito che il farmaco è indispensabile [...] ho capito che è indispensabile e che da sola non ce la posso fare.”</i> (Rosa)	Assunzione dei farmaci	Supporto fondamentale

Il secondo esempio utilizza invece la testimonianza di Chiara, che declina la farmacoterapia secondo una prospettiva simile alla precedente, ma soffermandosi su elementi diversi:

Lo psichiatra che mi ha ripreso in carico mi ha riprescritto altri farmaci antidepressivi e ha affiancato alla cura farmaceutica anche dei colloqui con una psicologa che era in borsa di studio qui al servizio, e quindi una volta alla settimana ci si vedeva, per un anno io ho avuto questo contatto continuo con la psicologa, e ho notato che la terapia farmacologica con questo contatto, per me è stata una rinascita, senz'altro.

In questo caso, nonostante la macrocategoria rimanga la stessa – l'assunzione dei farmaci -, a cambiare è la relativa sottocategoria: il farmaco non viene menzionato in questo caso come indispensabile da solo, ma efficace quando affiancato a un percorso psicologico.

<i>“Lo psichiatra [...] ha affiancato alla cura farmaceutica anche dei colloqui con una psicologa [...] e ho notato che la terapia farmacologica con</i>	Assunzione dei farmaci	Supporto efficace se associato a un percorso psicoterapeutico
--	------------------------	---

<i>questo contatto, per me è stata una rinascita, senz'altro.”</i> (Chiara)		
---	--	--

La suddivisione dei testi in categorie e sottocategorie è risultata fondamentale ai fini di procedere con una presentazione sistematica e con l'analisi dei dati: a partire da questa operazione di categorizzazione è stato possibile osservare alcune narrazioni comuni a diversi partecipanti, così come evidenziare le differenti sfumature di significato soggettive rispetto ai medesimi temi. Inoltre, la formulazione di categorie e sottocategorie ha permesso di effettuare un conteggio relativo alla distribuzione di quelli che sono stati considerati gli elementi utili alla recovery trasversalmente alla totalità dei partecipanti. Il risultato di questa operazione verrà esposto nel capitolo successivo (v. *infra*, cap. 4).

CAPITOLO 4 - PRESENTAZIONE DEI DATI

4.1 - Sguardo quantitativo e descrizione delle categorie

Nel rispetto della doppia valenza, quantitativa e qualitativa, della metodologia dell'analisi del contenuto, i risultati dell'analisi verranno presentati da due prospettive diverse ma complementari: verrà adottato uno sguardo quantitativo, volto a osservare la distribuzione dei contenuti principali trasversalmente al *corpus*, e uno sguardo qualitativo, che invece esplorerà i significati soggettivi che gli intervistati attribuiscono a tali contenuti. Dopo aver identificato le categorie concettuali generali, che raggruppano i contenuti principali delle interviste in risposta alla domanda di ricerca - quali sono gli elementi utili alla recovery secondo gli utenti? -, sono state create delle ulteriori sottocategorie: queste ultime prevedono la suddivisione dei contenuti in base alla significazione attribuita dai soggetti. A partire dalle categorie generali, ogni intervista presenta modalità del tutto uniche e soggettive di declinare gli elementi utili al percorso, ovvero gli strumenti della recovery: le sottocategorie raggruppano più nello specifico le modalità in cui le persone hanno significato come utile la relativa categoria generale, oppure i posizionamenti assunti rispetto alla stessa. Per effettuare una riflessione sulla distribuzione e sull'occorrenza dei contenuti, è stato effettuato un conteggio di quante persone hanno menzionato, per almeno una volta nella propria intervista, una di queste sottocategorie. I numeri relativi alle sottocategorie non si riferiscono perciò al conteggio delle occorrenze assolute all'interno del *corpus*, ma unicamente a quanti soggetti hanno menzionato tali contenuti. I risultati di questa operazione sono riassunti nella tabella seguente (Tabella 4.1):

Categorie generali: strumenti	Sottocategorie: significazioni o posizionamenti
RISORSE PERSONALI	Accettazione della propria malattia: 15/31
	Senso di protagonismo: 11/31
	Motivazione e predisposizione al cambiamento: 7/31
	Messa in atto di strategie personali: 3/31

CONOSCERE LA MALATTIA	Percorsi di psicoterapia: 10/31
	Conoscere se stessi: 8/31
	Interventi di psicoeducazione: 8/31
ASSUNZIONE DEI FARMACI	Supporto fondamentale: 16/31
	Supporto efficace se associato a un percorso psicoterapeutico: 4/31
	Assunzione moderata, presentazione di criticità, desiderio di diminuire: 2/31
PRESA IN CARICO DEI SERVIZI	Attività organizzate dal centro di salute mentale: 15/31
	Ruolo degli ESP: 5/31
	Percorsi in comunità: 5/31
	Percorsi di cura condivisi: 4/31
	Ricoveri in psichiatria: 3/31
	L'esperienza di Valle Aperta: 3/31
RELAZIONI	Supporto della famiglia: 16/31
	Supporto tra pari: 15/31
POSIZIONAMENTI DEI PROFESSIONISTI	Ascolto non giudicante: 19/31
	Umanità: 11/31
	Sensibilità e gentilezza: 9/31
	Atteggiamento de-medicalizzante: 4/31
LAVORO / VOLONTARIATO	Influenza positiva sulla salute mentale: 17/31
	Influenza negativa: 3/31

Tabella 4.1 - Sintesi categorie e sottocategorie

Di seguito verranno descritte brevemente le categorie generali e le derivanti sottocategorie.

RISORSE PERSONALI

La categoria delle risorse personali fa riferimento a quegli elementi, strategie o attitudini personali che gli individui riportano di aver messo in atto o adottato e che sono stati determinati per la propria recovery. In particolare, è possibile identificare 4 tipologie di significazioni ricorrenti:

- **Senso di protagonismo:** questa sottocategoria fa riferimento all'attitudine degli intervistati nei confronti della propria condizione di sofferenza psichica. Come verrà dimostrato dalle parole degli utenti, sentirsi protagonisti del proprio percorso e in controllo della situazione risulta essere uno strumento utile al cambiamento, oltre a essere uno dei fondamenti del costrutto di recovery.
- **Motivazione e predisposizione al cambiamento:** alcuni utenti riconducono il cambiamento sperimentato alla propria motivazione personale e riconoscono di aver tratto un vantaggio dalla loro predisposizione all'apertura verso gli altri, al dialogo e all'ottimismo.
- **Messa in atto di strategie personali:** intesa come la capacità degli utenti di mettere alla prova delle strategie individuali in risposta alla propria sofferenza.
- **Accettazione della propria malattia:** l'accettazione della malattia è un processo personale che prevede il superamento della negazione della stessa, una fase di definizione di ciò che si sta vivendo, e la successiva accettazione. È possibile osservare come circa la metà dei partecipanti abbiano attribuito all'accettazione della malattia un ruolo decisivo nel loro percorso di recovery: un dato simile, vista l'organizzazione semi-strutturata delle interviste e l'assenza di domande indirizzate a indagare questo costrutto, suggerisce come esso emerga in modo spontaneo durante le narrazioni dei partecipanti.

CONOSCERE LA MALATTIA

Questa seconda categoria generale accoglie le modalità in cui i partecipanti raccontano di aver acquisito conoscenza e consapevolezza circa la propria malattia. L'approfondimento della propria condizione, dal punto di vista del suo funzionamento e

delle possibili strategie di risposta, viene descritto come un momento importante del proprio percorso, e viene raccontato seguendo tre principali sottocategorie:

- **Interventi di psicoeducazione:** alcuni utenti attribuiscono ai corsi di psicoeducazione svolti all'interno dei centri di salute mentale il merito di fornire una formazione circa la sintomatologia, il riconoscimento dei prodromi delle crisi, e circa le strategie possibili per gestire le fasi acute dei disturbi.
- **Conoscere se stessi:** altri utenti, sempre all'interno del contesto della conoscenza della propria malattia, parlano dell'importanza ricoperta dall'atto stesso di conoscere meglio se stessi, senza specificare le modalità tramite cui siano giunti a questa conoscenza, ma parlando di un generale percorso di crescita personale.
- **Percorsi di psicoterapia:** 10 utenti riferiscono di aver usufruito o di usufruire correntemente di un supporto psicoterapeutico. Essi attribuiscono a questo percorso il merito di aver favorito una migliore conoscenza di se stessi e del proprio funzionamento, e questa occasione di prendere familiarità con la loro condizione ha influenzato positivamente il loro percorso.

ASSUNZIONE DEI FARMACI

La maggior parte degli intervistati ha menzionato l'assunzione di una terapia farmacologica (22/31), e la maggior parte di loro ne ha parlato in termini fortemente positivi. Le significazioni attribuite all'assunzione dei farmaci possono essere riassunte lungo tre linee:

- **Supporto fondamentale:** la maggior parte degli utenti (16/22) ha attribuito a una terapia farmacologica adeguata alla propria diagnosi un ruolo cruciale sia per rendere possibile un cambiamento, sia per mantenere una stabilità nel tempo.
- **Supporto efficace se associato a un percorso psicoterapeutico:** una minoranza di utenti (4/22) ha invece evidenziato l'importanza dell'assunzione della terapia, che raggiunge la sua massima efficacia se accompagnata da un percorso di psicoterapia.
- **Assunzione moderata, presentazione di criticità, desiderio di diminuire:** un'ulteriore minoranza (2/22), che però è stata ritenuta comunque interessante come spunto di riflessione, ha parlato della terapia farmacologica come di un

elemento da voler eliminare, o comunque ridurre per quanto possibile. Questo approccio può derivare da una significazione fortemente de-medicalizzata della propria sofferenza, oppure dal timore delle conseguenze a lungo o breve termine degli effetti collaterali che i farmaci comportano.

PRESA IN CARICO DEI SERVIZI

A questa categoria generale sono stati ricondotte le testimonianze che riguardavano la presa in carico da parte di servizi deputati alla cura: sono stati inclusi gli interventi dei centri di salute mentale, i ricoveri psichiatrici, le esperienze in ambiti comunitari, e infine è stata menzionata l'attività di un'associazione attiva sul territorio che è stato area d'indagine, l'associazione Valle Aperta.

- **Attività organizzate dal centro di salute mentale:** parlando della presa in carico da parte dei centri di salute mentale, circa la metà degli utenti (15/31) riferiscono di aver tratto giovamento dalla partecipazione delle attività offerte dai centri.
- **Percorsi di cura condivisi:** alcuni dei centri di salute mentale frequentati dagli intervistati prevedono la possibilità di intraprendere dei percorsi di cura condivisi, o PCC. Questa iniziativa prevede il coinvolgimento non solo dell'utente, ma delle figure significative da lui nominate, dal proprio medico psichiatra e dalla figura del garante (ruolo svolto da un utente esperto). Questa modalità di intervento permette di coinvolgere i familiari nel percorso di recovery e di mettere in atto una co-progettazione del percorso di cura.
- **Ruolo degli ESP:** gli Esperti in Supporto tra Pari (ESP), o Utenti Familiari Esperti (UFE) sono figura professionali che si stanno gradualmente facendo strada nei contesti di cura della salute mentale. Nei centri di salute mentali presi in considerazione della ricerca queste figure sono presenti, e la loro presenza è testimoniata dalle menzioni ricevute all'interno delle interviste. La possibilità di essere seguiti da un utente esperto, così come la possibilità di diventarlo a propria volta rappresenta un elemento, secondo alcuni utenti, utile alla recovery. Il perché di questa significazione verrà esplorato tramite gli stralci di testo più esemplificativi all'interno della parte più qualitativa dell'analisi.

- **Ricoveri in psichiatria:** alcuni soggetti hanno menzionato dei periodi di ricovero in reparti psichiatrici; alcune esperienze ne evidenziano le criticità, mentre altre significano questi periodi come preziosi per il raggiungimento di un cambiamento.
- **Percorsi in comunità:** i contesti comunitari sono stati una tappa per molti degli utenti intervistati. Queste esperienze vengono significate, con sfumature differenti a seconda del soggetto, positive per il percorso.
- **L'esperienza di Valle Aperta:** per esemplificare l'operato di un'associazione che agisce sul territorio sottoposto alla ricerca, è stato presentato il caso dell'associazione Valle Aperta. Tre tra gli intervistati hanno raccontato di essere stati, o essere tuttora in contatto con tale realtà, e mettono in luce i punti di forza. Valle Aperta è un'associazione locata in provincia di Trento, che accoglie persone con fragilità psichiche, cognitive o relazionali, offrendo loro soluzioni residenziali o di soggiorni brevi. L'intera associazione si basa su un approccio non medicalizzante, ed è proprio questo aspetto ad essere significato utile dagli utenti che ne hanno fatto esperienza.

RELAZIONI

Molti utenti hanno parlato delle relazioni con i propri familiari o costruite lungo il percorso di cura, identificandone il supporto come elemento positivo per il proprio cambiamento personale. In questa categoria sono state inserite le significazioni che gli utenti hanno attribuito alle relazioni di supporto all'interno del proprio nucleo familiare, e a quelle costruite con persone con un vissuto simile, nate solitamente nei contesti di cura.

- **Supporto della famiglia:** circa metà degli intervistati (16/31) ha parlato positivamente delle relazioni con il proprio nucleo familiare, definendo la famiglia come un sistema di supporto al proprio percorso individuale. Le modalità con cui tale supporto si è manifestato saranno approfondite a partire dalle narrazioni degli utenti nella parte più qualitativa dell'analisi.
- **Supporto tra pari:** anche le relazioni tra pari, ovvero tra persone con vissuti psichici simili, vengono significate come utili al percorso da una parte

considerevole di utenti (15/31). Anche in questo caso, le motivazioni sottostanti a questa ricorrenza verranno esplorate tramite le narrazioni.

POSIZIONAMENTI DEI PROFESSIONISTI

Sono stati classificati all'interno della categoria generale dei posizionamenti dei professionisti della salute mentale tutti gli atteggiamenti con cui i professionisti della salute mentale si sono posti nei confronti degli utenti. Questi posizionamenti sottendono una specifica concettualizzazione della malattia mentale e uno specifico approccio *recovery-oriented* derivante dai Servizi di salute mentale a cui i professionisti fanno riferimento. Nella descrizione della relazione con i professionisti i posizionamenti, secondo gli intervistati, hanno fatto la differenza nel rendere l'esperienza terapeutica funzionale a una recovery. È interessante osservare come quasi la totalità degli intervistati abbia parlato dei benefici di sentirsi trattati in determinati modi, accomunati da un generale atteggiamento disponibile, interessato e non giudicante. I modi in cui gli utenti hanno significato questi atteggiamenti sono riassunti dalle caratteristiche che seguono.

- **Ascolto non giudicante:** moltissimi utenti (20/31) hanno raccontato di essersi sentiti ascoltati empaticamente dalle proprie figure di riferimento, e di come questa disponibilità all'ascolto sia stata fondamentale per permettere l'instaurazione di una relazione terapeutica efficace. Inoltre, risulta cruciale l'aspetto dell'assenza di giudizio.
- **Sensibilità e gentilezza:** alcuni intervistati riconoscono negli interventi dei professionisti con cui interagiscono una sorta di sensibilità e delicatezza nei confronti della salute mentale e della diversità.
- **Atteggiamento de-medicalizzante:** conseguenza di sentirsi trattati senza giudizio, per alcune persone diventa un sentirsi trattati non da persone malate, e quindi sentirsi de-medicalizzati. Non per tutti gli utenti questo approccio si rivela vantaggioso, ma per alcuni lo è.
- **Umanità:** con questo termine vengono riassunte le significazioni che gli utenti adottano nel considerare il proprio professionista di riferimento dotato di una qualità empatica, una predisposizione alla relazione che li fa sentire trattati da pari, da persone prima che da pazienti. All'interno di questa categoria sono stati

inseriti tutti quegli atteggiamenti che esprimono una visione di simmetria e reciprocità della relazione, e anche tutti i comportamenti che si rivelano terapeutici pur non appartenendo a *setting* terapeutici tradizionali.

LAVORO / VOLONTARIATO

L'influenza delle attività lavorative o di volontariato sul benessere degli intervistati è stato un tema ricorrente nel corso delle interviste: secondo l'analisi riassunta nella tabella precedente, 20 utenti su 31 hanno parlato di questo tema, mostrando un generale accordo, seppur con qualche eccezione:

- **Influenza positiva sulla salute mentale:** tra le persone che hanno menzionato l'attività lavorativa o di volontariato (20), la maggior parte (17/20) ha parlato dell'influenza positiva avuta sulla propria salute mentale e del ruolo di avere un'occupazione per il proprio percorso di recovery.
- **Influenza negativa:** una netta minoranza (3/20) ha attribuito al contesto lavorativo una significazione non vantaggiosa per il proprio percorso personale.

4.2 - Sguardo qualitativo: esplorare i significati

Al fine di adottare uno sguardo qualitativo al *corpus* di interviste, sono state prese in esame le parti delle interviste in cui i soggetti hanno maggiormente argomentato le proprie significazioni rispetto alle questioni emerse in risposta alla domanda di ricerca su quali fossero, secondo loro, gli elementi utili al processo di recovery. Sono stati rilevati dei contenuti trasversali al *corpus* e sono stati classificati come *categorie generali o strumenti*. Dal momento che ogni unità di analisi declina il contenuto principale in modo del tutto soggettivo, sono state definite delle sottocategorie relative alle significazioni o ai posizionamenti personali rispetto agli strumenti utili alla recovery. Attraverso uno sguardo qualitativo ai dati disponibili è stato possibile notare sia le similitudini che le discrepanze tra le varie significazioni degli utenti; queste corrispondenze verranno esaminate, mettendole a confronto, nella presentazione dei dati che segue, rispettando l'ordine della comparsa dei contenuti principali, riassunti nella tabella 4.2.

STRUMENTI
RISORSE PERSONALI
CONOSCERE LA MALATTIA
ASSUNZIONE DEI FARMACI
PRESA IN CARICO DEI SERVIZI
POSIZIONAMENTI DEI PROFESSIONISTI
RELAZIONI
LAVORO / VOLONTARIATO

Tabella 4.2 - Strumenti/categorie generali

Le tabelle che seguono, invece, presentano, per ogni strumento o categoria generale di contenuti, le diverse modalità della variabile, ovvero i modi differenti di significare il medesimo contenuto. Tali modalità sono state denominate significazioni o posizionamenti e verranno argomentate attraverso l'ausilio di stralci di testo particolarmente esemplificativi, messi a confronto secondo criteri di similarità o discrepanza.

4.2.1 - Le risorse personali

STRUMENTO	SIGNIFICAZIONI O POSIZIONAMENTI
RISORSE PERSONALI	Senso di protagonismo
	Motivazione e predisposizione al cambiamento
	Messa in atto di strategie personali
	Accettazione della propria malattia

Molti utenti attribuiscono il merito dell'inizio di un percorso di recovery in parte anche alla propria attitudine positiva, alla propria forza e motivazione ad uscire da una

situazione di disagio. Ho ricondotto tutti i fattori che gli utenti nominavano come provenienti da loro stessi, come forze interiori, alla categoria delle **risorse personali** come strumenti utili a intraprendere e percorrere un percorso di recovery. Ogni utente ha declinato tale categoria in modo del tutto soggettivo, ma è possibile riscontrare alcuni punti di contatto tra le narrazioni dei vissuti.

Ad esempio, Diego menziona come elemento fondamentale per l'innescare di un cambiamento positivo la sua autonomia, intesa come capacità di intraprendere un percorso a partire dalla propria volontà.

*E ho avuto la fortuna, nelle mie fragilità di avere una **forte autonomia**, capisce?
Perchè nessuno si è mai fatto carico di me, dei miei percorsi di cura. [...] **Tutto è partito da me, com'è partito il male è partito anche il bene...***

Secondo l'utente Diego quindi il cambiamento, così come lo sono i problemi nell'ambito della salute mentale, è un processo che trova la sua origine proprio all'interno della persona, dentro sé. Questo senso di autonomia e indipendenza è assimilabile al concetto di **protagonismo** nel percorso di cambiamento; sempre lo stesso utente parla infatti del protagonismo come fondamento della recovery:

*Senza coinvolgimento non c'è recovery, se uno assiste passivamente... cioè proprio **la recovery prevede un protagonismo**, quello è il fondamento della recovery, senza un protagonismo uno partecipa, fa le cose, ma poi ci **deve scattare quella molla, no, come a me!***

La molla a cui si riferisce Diego è proprio *l'intenzione* di cambiamento che, secondo la sua testimonianza, è in grado di sorgere tramite un processo di "accumulo" di motivazione:

*Ci deve essere comunque la possibilità di avere **un'intenzione**, di volere qualcosa...
Ma poi **la motivazione comunque arriva**, voglio dire... Poi, cioè, tu devi fare una scelta... pensare "Io vorrei andare lì" o dici "Non ce la faccio oggi" però vivi e **acquisti sempre più motivazioni**, finché raggiungi quella massa critica, ecco, diciamo, per usare un linguaggio scientifico... che riesci poi a fare quel passo lì... Però deve esserci sempre in luce un seme di [intenzione]... **se la malattia impedisce anche quel seme lì,***

allora non c'è possibilità, ma se quel seme lì germoglia si può nutrire con le motivazioni...

Con il tempo, la condizione di blocco dell'azione causata dalla malattia subisce una spinta, che proviene dalla sensazione di “aver toccato il fondo” e di non voler più rimanere in una situazione di malessere. Questa spinta è composta dall'insieme delle situazioni in cui il soggetto percepisce i suoi obiettivi come ostacolati dalla malattia. Da qui sorge dunque la motivazione, che è in grado di alimentare quell' “intenzione” di cambiamento che, laddove non sia annullata dalla malattia, risiede nell'individuo.

Il concetto di protagonismo nel proprio percorso di recovery ricorre, in modo piuttosto esemplificativo, anche nella narrazione di Paolo:

Cioè recovery inteso come processo assolutamente individuale di un tuo recupero, che dev'essere fatto nel giusto contesto, con le giuste opportunità... la devi fare da solo, cioè nessuno può portarti a risalire la china e arrivare a quella che io invece definisco “guarigione sociale”, cioè la tua capacità di tornare nuovamente nel mondo con dignità, nonostante la malattia, se serve... perché è una malattia che poi hai imparato a conoscere, a gestire e quindi non hai più paura.

Anche in questo caso la recovery è vista come un processo che può essere messo in atto solamente grazie al protagonismo e all'autonomia dell'individuo. In questo stralcio di testo, peraltro, emergono anche i temi della conoscenza della malattia e dell'accettazione della stessa, che verranno descritti più avanti. Più avanti nell'intervista, sempre Paolo approfondisce:

Sono sempre scelte individuali che porti avanti col tuo impegno e la tua voglia, nessuno lo fa per te e nessuno può prenderti per mano. Ciò che conta è il contesto e l'opportunità che tu devi cogliere individualmente.

Il protagonismo è inteso dunque come la capacità di cogliere, grazie a un investimento di impegno e una buona dose di forza di volontà, le opportunità che il contesto - i servizi, i professionisti della salute mentale, le terapie, il supporto esterno... - offre. Si tratta dunque in realtà di una sinergia di fattori interni ed esterni che, combinati, possono portare a un esito positivo.

Il tema di cogliere le opportunità offerte dal contesto ricorre anche nella narrazione di Luisa:

*Il percorso è lunghissimo, è stato lunghissimo per me, sempre comunque mettendomi in gioco, **mettendomi in gioco** e anche **tenendo in considerazione le proposte** di persone che lavoravano nell'associazione...*

Il concetto di protagonismo permea in modo trasversale tutte le narrazioni di recovery, in quanto fattore centrale e necessario per permettere una guarigione che non sia solo clinica, ma personale e sociale.

La misura in cui l'utente si narra capace di intraprendere intenzionalmente un percorso di cambiamento dipende da vari fattori che vengono descritti, da un punto di vista soggettivo, più contestuali oppure più attitudinali. La scintilla che accende la speranza di un cambiamento può originare per esempio da un incoraggiamento esterno, da una terapia efficace, dal supporto percepito da parte della propria famiglia o dalla propria rete sociale, insieme ad altri fattori contestuali. Alcuni utenti attribuiscono invece la loro capacità di reagire alla propria natura e alla propria **predisposizione** caratteriale all'apertura verso l'esterno, caratteristiche che hanno permesso loro di mettersi in gioco.

Ad esempio, è la disponibilità ad aprirsi di Marina a permetterle di sfruttare l'occasione dei colloqui terapeutici ottenendone così beneficio:

*La mia **apertura naturale verso gli altri**, cioè io non sono timida in genere, cioè magari quando sono giù non parlo e così, però la mia natura è di persona solare, aperta, che parla volentieri...perché parlare...fossi stata una persona riservata, che non parla, che non si esprime, non avrei neanche potuto utilizzare i **colloqui**...*

Un'ulteriore sfumatura del concetto di risorse messe in atto dall'individuo riguarda l'**accettazione** della propria malattia. Sandra racconta di come la ricezione della diagnosi abbia inizialmente innescato in lei una fase di negazione del problema, che poi è stata superata dall'accettazione.

*Quindi, dopo la fase di **negazione**, nel momento in cui ho **accettato** anche solo l'idea di provare a capire cosa fosse questa parolina e questa cosa che mi stavano appioppando, lì c'è stata la svolta, perché anche quello può essere matematico, perché appunto ci sono delle cause, delle conseguenze, delle variabili, una scatola, ok, io faccio anche*

*una prova, posso usarmi come cavia, no? **Provo a fare delle cose**; se finora, come ho vissuto, ha portato in media più solitudine e tristezza che altro, o comunque l'intensità mi sembrava talmente ingestibile, e va bene dai, aspettiamo, rimandiamo e vediamo cosa succede.*

La successiva accettazione della presenza di un problema le ha permesso di mettere in pratica, in modo autonomo, delle strategie di coping testate tramite un processo di prove ed errori. Il momento dell'accettazione è quindi descritto come cruciale per l'inizio di un cambiamento: a partire da questa presa di coscienza è possibile reagire in modo personale e anche partecipare alle offerte dei Servizi di salute mentale del territorio.

Accettare di avere una malattia ha rappresentato un primo passo verso la recovery anche per Carlo:

*Innanzitutto, la cosa più importante per me è stata quando io mi sono reso... la **consapevolezza** è la prima cosa che era molto importante... quando mi sono reso conto, cacchio, io qua non ce la faccio più ad andare avanti, **sono consapevole di essere veramente ammalato**, non è una cosa che vien giù e io con la pilloletta riesco a superarla...*

Quando si è reso conto che la sua condizione era causata da una malattia, Carlo ha trovato le forze per chiedere aiuto e iniziare un percorso personale, oltre che farmacologico.

Il tema dell'accettazione torna anche nella narrazione di Armando, che ne parla così:

*Ecco, importante secondo me è anche riuscire ad avere la forza o l'intuito di capire un pochettino cosa è 'sta storia che ti è capitata in giro, di accettarla. **Accettarla come una malattia** perché per tanti penso sia facile dire "colpa mia" e quello, se parti con quella considerazione sei morto.*

Nel caso di Armando è stato fondamentale accettare di avere una vera e propria malattia. Nel suo caso la consapevolezza che il proprio disagio fosse riconducibile a una diagnosi gli ha permesso di liberarsi da un senso di colpa opprimente circa la propria situazione, altrimenti incomprensibile.

La tendenza a considerare la malattia mentale una vera e propria malattia ricorre nella narrazione di Luigi:

...però anche le depressioni il bipolarismo le psicosi, sono malattie, è inutile chiamarle disagi o malinconie, è assurdo. Secondo me eh, “ti basta avere un po' di forza di volontà e scompaiono...”, se c'è la forza di volontà non c'è la depressione, se c'è la depressione non c'è la forza di volontà. Almeno io la vedo così, magari sarà una visione più semplicistica...

Luigi sottolinea l'importanza di definire la sofferenza che ha vissuto come una malattia: questa definizione prevede come necessario l'intervento di una terapia farmacologica, poiché non si tratta di una “malinconia” trattabile unicamente con la forza di volontà.

Tuttavia, il problema della **definizione della malattia** non viene narrato in modo univoco. Alcuni utenti, come dimostra la testimonianza di Armando, hanno tratto beneficio dall'accettazione della diagnosi e si sono riconosciuti nella malattia diagnosticata; altri, in seguito alla diagnosi, hanno riconfigurato il proprio posizionamento nei confronti del disagio psichico. L'esperienza di Alessio mostra come accettare la malattia e prendere confidenza con questa attribuzione preveda anche una re-interpretazione della stessa.

*... è proprio tutto un modo diverso di vivere la malattia. E accettarla, sapere che c'è, però forse l'ultima parola non è della malattia, è di qualcun altro, che potrei essere io, però non lo so... [...] e quindi sì, è proprio cambiato l'atteggiamento: sono più tranquillo, più sereno, **più consapevole dei miei limiti e delle mie difficoltà, e questa forse è l'arma vincente, il modo diverso di interpretare il disagio psichico.***

Accettare la malattia, in questo caso, ha permesso al soggetto di acquisire consapevolezza circa i propri limiti e circa la possibilità di agire tenendoli in considerazione. È cambiato quindi il posizionamento che aveva nei confronti della salute mentale: la malattia non più intesa come un verdetto di una disabilità incurabile e insormontabile, ma come una difficoltà con cui convivere senza che sia di ostacolo alla vita.

Il pensiero della malattia come elemento costitutivo del soggetto e, in quanto tale, gestibile, ritorna nella narrazione di Karim:

*No, quello che ho passato non lo so se lo descriverei una malattia...Parlo di me, poi non so se risulta anche verso qualcuno, perché personalmente sono soggetto a questo cambiamento della mia vita, sarò soggetto sicuramente anche nel passato, anche in futuro, ok? **Per cui per me è una cosa innata, è innata... Innata, o magari l'ho vissuta o magari viene costruita nell'arco della mia vita, per cui è come quando uno c'ha una mano storta, non dovrà dire "è una mano storta", dici "è la mia mano", no? O un piede distorto, zoppo, non dico "ma io c'ho questo piede storto", no, "è il mio piede", no? Allora anche quella cosa lì personalmente fa parte di me, come fa parte di qualsiasi persona. [...]** Perché la malattia, a volte, è qualcosa che viene... [...]* Cioè, o ce l'hai o non ce l'hai...un'acquisizione, è una cosa... [...]

*Sì, **imparo a conviverci.** Uno non può convivere solo con le cose belle... Può convivere anche con le cose brutte.*

In questo caso la malattia viene accettata come una parte integrante di sé. Questo posizionamento nei confronti della malattia mostra un rifiuto del modello di reificazione e di acquisizione della malattia, la quale viene ridefinita come una sfaccettatura della persona; con la malattia è necessario, a causa della sua natura innata e intrinsecamente personale, imparare a convivere.

Possiamo notare come, a prescindere dalla significazione della malattia mentale che avviene in modo soggettivo, l'accettazione dell'esistenza dei limiti imposti da questa condizione sia cruciale per potersi aprire a un percorso di recovery. Decidere personalmente come significare il proprio disagio è un primo passo di riappropriazione attiva della propria vita. A partire da questa accettazione il soggetto matura delle strategie personali per fare fronte ai limiti percepiti.

Le strategie messe in atto dagli individui sono esclusivamente personali e spesso creative: esempio ne è la strategia ideata e messa in pratica da Patrizia per uscire da un disagio legato all'alimentazione:

*E ho cominciato, **mi sono detta beh, come fanno, come sei riuscita a crescere? Tu devi alimentarti come fossi una neonata e ho cominciato a fare i miei pasti anche di notte, mi mettevo i biscottini sul comodino, mi svegliavo... [...]** Un po' alla volta, ho ripreso peso magari non mangiando delle cose sanissime perché mangiando biscotti, prendevo i pavesini anche perché naturalmente... o quelli per i bambini, per i neonati. **Però ho ripreso peso insomma...***

Per esemplificare la maturazione di strategie del tutto personali, il racconto di Luisa menziona la scrittura come strumento di crescita e acquisizione di consapevolezza:

*... cosa che io ho strafatto, adesso che mi viene in mente, è **scrivere**, scrivere , scrivere perché quello aiuta a tutto il tuo malessere scriverlo, anche che devi fare un diario , scrivere... [...] Mi ha aiutato tantissimo, anche a **darmi forza da sola** , tipo non so, ho fatto piccoli passi quando ero ricoverata, [...] rileggendo ho detto madonna, a me ha aiutato tantissimo proprio, scrivo tuttora se ho un momento perché è proprio... **butti fuori**.*

Scrivere, per Luisa, ha avuto la funzione di fonte di motivazione e forza, e di monito circa i piccoli passi verso un miglioramento che era riuscita a compiere.

Anche la storia di Paolo evidenzia l'importanza dell'accettazione per poter iniziare a sperimentare delle strategie di gestione del disagio:

*Poi c'è un problema di **accettazione**, e in questo il corso è importante, il corso ha dato quello che spesso non viene sottolineato... la conoscenza...**la conoscenza di quello che soffrivo, la conoscenza di come esso si manifestava su di me**, e quali potevano essere **strategie, anche alternative ai farmaci, per poter gestire un disturbo**. Ecco, per me penso che questo sia stato l'elemento fondamentale per stare bene da dieci anni.*

Il corso a cui Paolo fa riferimento fa parte delle attività offerte dai Servizi di salute mentale: si tratta di corsi di psicoeducazione specifici per diverse tipologie di disturbo. All'interno di questo corso gli utenti, partecipando in gruppo, ricevono una formazione da parte degli operatori del centro di salute mentale e dalle figure professionali denominate ESP - Esperti in Supporto tra Pari -, sul proprio disturbo. I corsi contribuiscono a soddisfare una serie di bisogni degli utenti dei servizi, che saranno meglio esemplificati tramite le seguenti testimonianze, che sono state ricondotte alla categoria relativa al **conoscere la propria malattia**.

4.2.2 - Conoscere la propria "malattia"

CONOSCERE LA PROPRIA MALATTIA	Interventi di psicoeducazione
	Conoscere sé stessi

Durante l'analisi dei dati si è proceduto a codificare all'interno di questa categoria tutte le esperienze che riguardavano l'acquisizione di consapevolezza e conoscenza circa il proprio disagio. Il concetto di conoscenza approfondita della malattia è strettamente connesso a quello dell'accettazione della stessa ma, per la frequenza con cui è stato trattato e per l'accento posto sulla sua importanza, gli è stata dedicata una categoria a parte. Prendere familiarità con la propria diagnosi e con il funzionamento della propria malattia viene riconosciuto come un fattore particolarmente utile all'innescare di un percorso di recovery. Inoltre, la conoscenza approfondita della propria malattia è un processo che gli intervistati descrivono come un percorso che coinvolge varie figure e diversi contesti, ad esempio le attività di gruppo offerte dai servizi, oppure i percorsi di psicoterapia individuali.

Molte interviste riportano l'esperienza dei **corsi di psicoeducazione** offerta dal centro di salute mentale come un evento molto utile durante il proprio percorso. Tali corsi hanno l'obiettivo di educare utenti e i loro familiari sul tema della malattia mentale, sui campanelli d'allarme a cui prestare attenzione e sulle tecniche per meglio gestire i sintomi. Sono utili anche perché permettono agli utenti di sviluppare una rete all'interno dei servizi, a relazionarsi con persone con un vissuto simile, e a condividere tra loro consigli, storie di vita ed esperienze.

Filippo racconta così l'esperienza della psicoeducazione:

*Ho fatto il corso di **psicoeducazione**, l'ho trovato interessante, anche se è stato spezzettato dal covid: cominciato prima del covid, finito... Praticamente, l'ho fatto qua, e allora: **ho imparato a conoscere la malattia** perché... il disturbo diciamo dai... perché non lo sapevo! Cioè in fin dei conti, **non ero a conoscenza di quei funzionamenti**, di tutto questo e quell'altro... Dopo ho imparato, cioè, **a riconoscere un po' i prodromi**, cioè quelle piccole cose, quei piccoli segnali che possono anticipare, cioè accorgersi prima... Perché quando ci sono i segnali, almeno da quello che mi hanno detto, cioè i segnali già che cominci a essere un po' troppo... è quasi tardi; mentre le piccole cose che possono sorvolare insomma... Ecco per cui io l'ho trovato molto utile... [...] **Lo***

*spiraglio io l'ho cominciato a vedere dopo quel corso di psicoeducazione ... quello per me è stato, cioè mi ha reso più **consapevole** diciamo!*

Dal suo racconto è possibile notare come la partecipazione al corso abbia favorito una più approfondita conoscenza della malattia e dei suoi funzionamenti. Permettere all'utente di conoscere il funzionamento della malattia che gli viene diagnosticata significa restituirgli un senso di autonomia e controllo sulla propria vita. Filippo riferisce di aver trovato estremamente utile la formazione circa i prodromi delle crisi: riconoscere i segnali di un momento di crisi significa essere consapevoli di ciò che accade, avere la situazione sotto controllo e poter sviluppare delle strategie per farvi fronte.

Anche Laura sottolinea l'importanza dei corsi nell'insegnare a riconoscere i segnali delle crisi, nel suo caso degli attacchi d'ansia e degli attacchi di panico. Avendo imparato a riconoscere questi segnali può mettere in pratica le strategie di rilassamento apprese e, solitamente, a tenere sotto controllo la sintomatologia.

*E allora ho fatto **percorsi sia per l'ansia che per gli attacchi di panico**. Poi alla fine me li hanno fatto fare dei corsi lì al centro di salute mentale, che **mi sono serviti tanto**.*

*Perché a parte che io, grazie al cielo, col tempo **sono riuscita a capire quando mi sta per avvenire all'inizio**, cioè all'inizio proprio scoppiava così... l'attacco di panico, quello un pochino più complicato: ancora faccio fatica; però attacco d'ansia sì, cioè l'ansia sì... allora capendo che sta arrivando, facendo un **esercizio di respirazione**, riesco, diciamo, a rilassarmi. E **anche a far sì che non mi venga**, oppure se mi viene, mi viene proprio leggerissimo e allora non incide su quello che sto facendo.*

Anche Federico racconta che i consigli e gli esercizi di rilassamento appresi per la gestione dell'ansia si sono rivelati molto utili:

*Piano piano, ho visto comunque che certi **consigli**, certi **strumenti**, per gestire l'ansia...*

*Anche degli **esercizi**, tipo respirare, quelle cose che sembrano banali, ma comunque piano piano, tutte quante insieme hanno funzionato. Comunque, sì, **i sintomi non spariscono e non si diventa un'altra persona**, ma si diventa solo **più consapevoli e più stabili**.*

Specifica, inoltre, che sia le strategie messe in pratica sia le conoscenze acquisite grazie ai corsi non permettono la sparizione dei sintomi, ma possono modificare l'atteggiamento della persona, che si sente più stabile e consapevole. Questo obiettivo è in linea con il concetto di recovery, che prevede una partecipazione consapevole del paziente nel proprio percorso di guarigione personale.

Il fatto che non siano i sintomi a scomparire, ma è la capacità del soggetto di farvi fronte a cambiare, è riscontrabile anche nella storia di Chiara:

*Finalmente mi sono resa conto che non si può assolutamente interrompere la terapia, come avevo fatto, e soprattutto dovrò prenderla tutta la vita ma va bene, ci sta. Per me almeno ho preso atto, **ho conosciuto la malattia**, so di che cosa si tratta, **i campanelli d'allarme che si possono avvertire prima di una crescita o un cadere in giù, perché quelli ci sono, restano, non è che scompaiono, però li riesco a gestire.***

Anche nel suo caso il corso di psicoeducazione ha avuto il merito di insegnare a riconoscere i campanelli d'allarme che anticipano una crisi. Come altri, anche lei riferisce di riuscire a gestire meglio i momenti più acuti. Il racconto di Chiara sul corso di psicoeducazione prosegue:

*... ho fatto questo corso di **psicoeducazione**, molto importante, con lo psichiatra, lo psicologo, l'infermiere e un operatore, quindi veramente un corso molto molto importante: un gruppo di 6 persone che avevano la stessa diagnosi, e quindi anche quello è stato **un arricchimento di modi di vivere, come erano i loro sintomi che sono diversi l'uno dall'altro, di come vivevi anche gli stati di equilibrio, cosa facevi per darti una mano, i campanelli di allarme si sentono, perché si sentono se impari ad ascoltarli poi li riconosci, quindi veramente io ho trovato un mondo che non conoscevo assolutamente e che invece mi ha presentato su un piatto d'argento un benessere...***

Il corso di psicoeducazione ha dunque avuto il merito anche di creare una rete tra persone con vissuti psicologici simili. Il confronto ha rappresentato un'occasione di scambio di esperienze diverse e, talvolta, di offerta di preziosi consigli. Questo è un aspetto che verrà approfondito più avanti, quando verrà presentato il tema delle relazioni.

In linea con i racconti precedenti è anche l'esperienza narrata da Benedetta:

*...è molto importante il “recovery” che fanno, andare a questi **incontri** cioè per persone, io ormai, però voglio dire persone che sono nuove e hanno problemi dovrebbero, è importantissimo mandarli lì, è **importante sapere qualcosa sulle medicine, sapere dei campanelli d’allarme** e tutte queste cose, perché io mi ero anche documentata però... ha aiutato anche quello...*

Riferisce come fondamentale una formazione sul funzionamento della malattia, sul riconoscimento dei campanelli d’allarme e anche sull’assunzione dei farmaci. Essere a conoscenza del funzionamento dei vari farmaci soggetti a prescrizione può essere di supporto all’accettazione personale della loro assunzione e può aiutare la persona a gestirli in modo consapevole.

Anche Paolo parla del corso di psicoeducazione, e attribuisce ad esso i meriti di permettere l’incontro tra persone con esperienze simili, facilitare l’accettazione personale della malattia, e fornire un’educazione sulla malattia e sulle strategie di gestione.

*Quello che aiutò soprattutto me stesso è stare, fare un corso di **psicoeducazione** per bipolari, della durata di nove mesi, quindi un corso impegnativo, con un incontro settimanale [...], **il corso è uno dei capisaldi invece per cui invece io da dieci anni sto bene... è da dieci anni che non ho crisi, perché mi ha facilitato... cioè incontrare altri bipolari, che questo era già avvenuto nel mutuo-aiuto, ti facilita molto la consapevolezza. Poi c’è un problema di accettazione, e in questo il corso è importante, il corso ha dato quello che spesso non viene sottolineato dall’importanza... la conoscenza... la conoscenza di quello che soffrivo, la conoscenza di come esso si manifestava su di me, e quali potevano essere strategie, anche alternative ai farmaci, per poter gestire un disturbo. Ecco, per me penso che questo sia stato l’elemento fondamentale per stare bene da dieci anni.***

Oltre alla conoscenza tecnica della propria malattia fornita dai corsi di psicoeducazione, alcuni utenti riferiscono l’utilità di imparare a **conoscere**, attraverso un percorso personale, in ambiti di comunità o all’interno di un percorso di psicoterapia, **le cause del proprio disagio**, così da poterci lavorare.

Veronica racconta della centralità che ha avuto una parola che le è stata detta da un'operatrice della comunità in cui risiedeva, e delle conseguenze di pensiero innescate da questa parola simbolica, recepita come un dono.

*Una parola che mi è stata un po' così, donata in comunità, è stata la **consapevolezza**, non mi veniva... la **consapevolezza di me stessa**, e ho iniziato a lavorare su questa parola, su questo aspetto... **capire perchè sto male, cosa mi fa male, cosa mi mette l'ansia...** [...] eh, questa parola tutt'oggi mi serve. "Ok Veronica, sei arrivata qui, come ti fa stare?", cosa che prima magari non ci pensavo, nel senso vivevo la mia vita come veniva veniva, come andava andava, adesso **cerco di darmi delle spiegazioni, cerco di trovare dei perchè, cerco di darmi... un motivo ogni giorno ecco, anche per alzarmi dal letto, perchè mi devo alzare? perché è importante? ... Più conosco me stessa più posso lavorare su me stessa e anche il... accettare l'aiuto degli altri.***

La "consapevolezza" le viene "donata" come consiglio e Veronica la trasforma in un obiettivo da raggiungere. Ed effettivamente, in seguito, ella si trova a riflettere sui motivi delle sue azioni, sulle cause del suo malessere e sui significati degli obiettivi più quotidiani. Questa attribuzione di senso della sua condizione le permette di essere sempre più consapevole di sé stessa, di sviluppare nuove strategie e di accogliere, come conseguenza dell'accettazione personale, l'aiuto proveniente dall'esterno.

Il racconto di Armando supporta la visione di Veronica circa la ricerca delle cause del disagio come strumento di recovery, supportata dagli operatori del centro di salute mentale:

*... cercare di individuare, cosa è che è molto difficile insomma, però **con l'aiuto degli operatori individuare cosa ha scatenato questo cambiamento della tua vita e lì il nocciolo, perché alla fine se tu individui le cause dopo, dopo è difficile anche, in certi casi non puoi rimuoverle perché io ho visto che certi avevano una situazione familiare talmente incasinate che come facevano a rimuoverle, venirne fuori, però se tu riesci ad individuarne la causa poi puoi trovare delle, modo per cambiare la tua vita e non disperare perché dalla depressione si può uscire migliori di prima...***

L'approfondimento delle cause e della conoscenza di sé può essere maturato anche all'interno di un **percorso psicoterapeutico**. Lo riporta Diego:

*Lei è una **psicologa**, con indirizzo un po' più analitico diciamo... è stata importante perché **mi dava degli input di me, mi dava degli aspetti del mio carattere, del mio comportamento**, che sai io ero arrabbiato con tutti "Eh sai quello mi ha fatto arrabbiare, quello mi ha fatto un torto, e poi...", appunto a forza di parlarne, **vedi che insomma quello che vivi tu non è precisamente la realtà, no?***

Il suo percorso di psicoterapia a indirizzo analitico ha permesso a Diego di mettere a fuoco degli aspetti del suo carattere, identificare le cause dei suoi comportamenti, e re-interpretare quella che lui percepiva come realtà esperienziale. La psicoterapia, sia come pratica individuale che di gruppo, come strumento per comprendere degli aspetti di sé e conoscersi meglio viene segnalata anche da Brian:

*Lo **psicologo** è una persona molto preparata sull'argomento e **mi ha fatto capire tante cose, ho fatto due gruppi con lui, cose mie anche, cioè disagi miei...***

In conclusione, l'acquisizione della conoscenza e padronanza riguardo alla propria malattia e ai propri comportamenti viene menzionata dalla maggior parte degli intervistati come un elemento utile alla recovery, e da alcuni proprio come un passaggio chiave. In supporto allo sviluppo di questa conoscenza e padronanza di nuove strategie vengono nominati i corsi di psicoeducazione e di gestione delle crisi, i percorsi di crescita personale autonomi, e la psicoterapia.

4.2.3 - L'assunzione dei farmaci

ASSUNZIONE DI FARMACI	Supporto fondamentale
	Supporto efficace se associato a un percorso psicoterapeutico
	Assunzione moderata, presentazione di criticità, desiderio di diminuire

All'interno della categoria relativa all'assunzione di farmaci sono stati classificati i contenuti che affrontavano il tema della terapia farmacologica e di quanto questa venisse narrata attribuendole più o meno importanza per il proprio percorso di recovery. Nonostante l'accordo generale sull'utilità dei farmaci per uscire da una situazione di

disagio, sono state rilevate due principali linee di significazioni all'interno di questa categoria: una parte di intervistati, che rappresenta la maggioranza, ha parlato dei **farmaci come fondamentali** per la propria recovery; un secondo gruppo, più esiguo, ha posto il problema dell'assunzione in termini meno "salvifici" e più critici, mantenendo comunque la descrizione di utilità.

La testimonianza di Cinzia mette in luce due significazioni diverse, che si sono susseguite nel tempo:

*È cambiato che **ho accettato la malattia, ho accettato i farmaci**, perché li prendo e anche abbastanza... [...] Però i farmaci...perché allora, c'è da dire che all'inizio, siccome speravo di avere una famiglia e dei figli, i farmaci non erano compatibili no? E quindi anche questo...però io ho sempre contrattato che...gli dicevo "sì, sono testa, ma sono anche altro: c'ho un fegato, c'ho un cuore", così, e quindi tiravo indietro, cioè volevo togliere i farmaci. E quindi **ho accettato anche il discorso di dover prendere i farmaci**, io li prendo sempre insomma...*

*[...] [prendere i farmaci] significa stare bene. [...] come per chi ha il diabete e deve prendere l'insulina, chi ha problemi al cuore prende, insomma...è così, cioè io l'ho **accettato...***

Il suo posizionamento nei confronti dell'assunzione della terapia farmacologica si è modificato nel tempo: prima di raggiungere l'accettazione Cinzia vedeva i farmaci come un ostacolo al suo desiderio di maternità, e come una negazione coatta delle sue componenti più emotive. Per questo motivo tendeva a voler rimuovere i farmaci il più possibile. Al momento della piena accettazione della malattia, segue l'accettazione dell'assunzione della terapia farmacologica. Cinzia comprende che la terapia, al pari di qualsiasi terapia per le malattie fisiologiche, è fondamentale per la ripresa e per la gestione dei sintomi. Questa significazione della terapia sottende una visione che pone la malattia mentale su un piano analogo a quello della malattia fisica.

Anche per Maria è avvenuto uno *shift* di posizionamento: a permettere il passaggio alla fiducia nel farmaco e alla regolare assunzione in questo caso non è stata l'accettazione della malattia, ma la relazione con lo psichiatra di riferimento:

*Cioè all'inizio dici "Ok, non era il mio momento, posso ricominciare a prendere la mia vita in mano" e il crederci nei **farmaci**, perché all'inizio io non ci credevo nei farmaci... e poi appunto anche **lo psichiatra ti aiuta a capire che hai bisogno di quei farmaci e se ci credi funzionano ...***

Un cambio di punto di vista viene raccontato anche da Rosa:

*Allora in realtà all'inizio, quando ero molto ammalata **credevo che mi volessero solo controllare**, mi sentivo solo molto controllata e **non sentivo il beneficio**, invece poi quando ho preso i **farmaci** e dopo Teolo praticamente che ho preso i farmaci e lì c'era anche lo **psicologo** che mi seguiva quindi sono rimasta anche un'ora e 30 a parlare con lui oltre alla psichiatra insomma e tutta la ginnastica che si faceva a livello per rilassarsi e tutto quanto e dopo **il farmaco diciamo che sono riuscita a capire che mi stavano realmente aiutando. In realtà il farmaco mi ha dato questa possibilità di entrare in feedback con loro veramente e costruttivamente.***

In questo ulteriore esempio, l'intervistata riferisce di aver sperimentato un cambio di prospettiva: dalla percezione del farmaco come strumento di controllo dei professionisti su di lei, alla comprensione del beneficio che portava l'assunzione regolare. Il cambiamento è stato innescato, questa volta, dall'accompagnamento della somministrazione farmacologica da parte dei **colloqui con lo psicologo** della casa di cura dove era ricoverata, e dalla partecipazione alle attività offerte dal luogo. Prendendo parte ai colloqui e alle attività offerte dal centro, ha capito che il farmaco non era uno strumento di controllo, ma poteva essere non solo di beneficio per la sua salute, ma anche uno strumento per entrare in relazione con i professionisti che seguivano il suo percorso.

L'efficacia della terapia farmacologica in abbinamento ai colloqui psicologici viene nominata anche da Chiara:

*Lo psichiatra che mi ha ripreso in carico mi ha riprescritto altri farmaci antidepressivi e ha affiancato alla **cura farmaceutica** anche dei **colloqui** con una psicologa che era in borsa di studio qui al servizio, e quindi una volta alla settimana ci si vedeva, per un anno io ho avuto questo contatto continuo con la psicologa, e **ho notato che la terapia farmacologica con questo contatto, per me è stata una rinascita, senz'altro.***

Anche in questa narrazione la combinazione di terapia farmacologica e colloqui con la psicologa si rivela efficace, in quanto offre l'opportunità di un contatto umano.

Altri protagonisti attribuiscono il merito del loro miglioramento proprio all'assunzione regolare della terapia. Ne è esempio la testimonianza di Rosa:

*Ho capito che il **farmaco è indispensabile**, anche se un dottore un giorno psichiatra privato mi dovesse dire di nuovo “guarda che tu puoi sospendere il farmaco”, io non sospendereò mai più per tutta la vita perchè il farmaco ormai nella mia vita, ho capito che è indispensabile e che **da sola non ce la posso fare**.*

Il farmaco viene visto come elemento indispensabile per convivere con la propria malattia. Paolo non mostra intenzionalità verso un'interruzione dell'assunzione nel futuro, perché considera il supporto del farmaco troppo importante, ed è convinta che, senza esso, non riuscirebbe a gestire la malattia.

Anche per Giorgio il farmaco ricopre un ruolo fondamentale per la stabilizzazione dello stato d'animo. Inoltre, la sua testimonianza è interessante perché solleva ulteriori due questioni: quella della paura delle conseguenze dell'assunzione a lungo termine, e quella dell'individuazione della combinazione di farmaci più efficace.

*Perché ho una maledetta, scusi la parola, una fottuta **paura che mi faccia male agli organi prendere pastiglie**, fegato... quando ero a Torino perché stavo malissimo, perché lì mi facevano solo delle prove, e io continuavo a buttare le pastiglie sotto l'armadio, ed era deleterio, non dovevo... ecco anche quello può darsi che abbia portato alla depressione. [...] Invece la [dottoressa] X, che lei era una psichiatra proprio appassionata di azzeccare la terapia facendo gli esami del sangue, mi ha azzeccato questa terapia, **questa terapia è fondamentale per il mio stato d'animo**.*

La narrazione di Giorgio introduce delle questioni rilevanti. Innanzitutto, la problematica degli effetti collaterali del farmaco, sia nell'immediato che a lungo termine. Alcuni utenti soffrono particolarmente l'incombenza di tali conseguenze, e per questo ricercano la prescrizione di una terapia che sia sufficiente per condurre una vita stabile, ma che sia il meno impattante possibile sulle proprie capacità.

Inoltre, Giorgio racconta di come, durante il suo primo ricovero, si opponesse all'assunzione consigliata dai dottori perché la percepiva poco personalizzata, poco

mirata al suo problema specifico. In un secondo momento, avendo incontrato una dottoressa da parte della quale ha percepito un interesse per il proprio benessere e una competenza specifica nel trovare una soluzione terapeutica personalizzata, ha accettato la prescrizione e ha trovato nella terapia un valido sostegno per la propria stabilità emotiva.

Gli effetti collaterali dei farmaci vengono citati da vari utenti, che li vivono in modo più o meno invalidante. Ad esempio, Roberto racconta degli effetti collaterali sperimentati in una prima fase di somministrazione, durante la quale era necessario un alto dosaggio per contrastare il momento di crisi acuta.

*Io mi sono affidato molto prima alla dottoressa Y che inizialmente **mi ha imbottito di psicofarmaci**, probabilmente avevo bisogno di dosi massicce per calmarmi, a un certo punto le ho detto “guardi che queste dosi di Olanzapina penso che mi facciano dormire come un ghio e mangiare come un maiale”, insomma... Allora **mi ha cambiato il medicinale [...]** Ecco e da lì ho cominciato a diventare più attivo e a riprendere, come dire, anche un po' più di serenità diciamo e probabilmente inizialmente era necessario che fossi imbottito così, di dosi massicce anche perché sentivo proprio la testa pesante, cerchi alla testa, mal di testa, vari... non lo so, **non ero più me praticamente...***

Nel suo caso gli effetti collaterali, raccontati come “testa pesante, cerchi alla testa, mal di testa...”, e un senso di non essere in sé, sono scomparsi cambiando il farmaco. Torna dunque il tema dell'importanza di, in collaborazione con il proprio psichiatra, trovare una terapia efficace e in linea con i bisogni individuali.

Anche Barbara parla di questo senso di non essere in sé che può essere causato da una somministrazione eccessiva o non idonea alla persona, e riferisce di aver cercato, per tutta la vita, di evitarla, assumendo farmaci di cui conosceva gli effetti, e nella minor quantità possibile.

*Sono arrivata quasi a termine della gravidanza quasi senza **farmaci**, ma lì son caduta però, poi **mi sono ripresa subito dopo prendendo il mio farmaco** altrimenti gli psichiatri mi davano una martellata di farmaci e io negavo sempre... non negavo sempre, **farmaci li accetto ma con dovute cautele di non rimbambire la persona, per***

cui io mi son sempre trovata bene, me la facevo io con il Prolixin, una puntura intramuscolare, 28 giorni faceva un mese e me li somministravo io.

Nella sua testimonianza Barbara narra di aver scelto quale farmaco assumere in base agli effetti che conosceva su sé stessa, e di riporre meno fiducia nelle prescrizioni degli psichiatri, che teme causino una sensazione di essere “rimbambita”. La determinazione di Barbara nasce da una profonda conoscenza della propria malattia e dal fatto di aver sviluppato, nel tempo, delle strategie per stare meglio, anche in campo farmacologico.

Alcuni utenti esprimono il loro posizionamento nei confronti dell’assunzione di farmaci, descrivendola come un supporto utile, ma non sufficiente a una ripresa dalla malattia. Ad esempio, Federico racconta:

*... credo che il sintomo, è una cosa importante questa, **anche con l'utilizzo dei farmaci il sintomo non sparisce, i farmaci secondo me sono uno strumento che ci aiuta a gestire, ad esempio, i miei momenti di difficoltà**, ce li ho ancora, sono una persona molto ansiosa, ad esempio anche nel tirocinio che sto facendo, sono una persona molto ansiosa, quindi chiedo comunque conferma, e ci sono delle piccole cose che ci sono ancora, perchè non... come ho detto prima non sparisce niente, però **un po' i farmaci, un po' un percorso**, sì, impari a gestire.*

Federico attribuisce il merito della sua stabilizzazione in parte al suo percorso personale, e in parte al supporto farmacologico. Il merito della combinazione dei due elementi, tuttavia, non è quello di eliminare il sintomo, ma di supportare la persona mentre impara a gestirne la presenza.

Anche Karim vede il farmaco come un supporto, ma non come l’unico elemento necessario alla recovery:

*... cioè non andavo dal medico per darmi determinati **farmaci**, perché vedevo tutti che prendevano i farmaci, ma come tutti i pazienti che vengono, molti non accettano il farmaco, perché ovviamente il farmaco ha la capacità soltanto di... non di guarigione, ma di sostegno al 20%, ma il resto sta a noi, cioè dipende dalle patologie di ognuno di noi... [...] Secondo me aiuta il farmaco al 20-25%, il restante dipende sempre dal soggetto in cui...o **accetti la malattia** o non la accetti.*

Secondo Karim la maggior parte del merito del cambiamento verso una guarigione deriva dalla persona, dall'accettazione della malattia, e il farmaco svolge un ruolo di supporto.

Le testimonianze riportate finora hanno rilevato una generale linea di pensiero condivisa sull'utilità dei farmaci all'interno dei propri percorsi personali, seppure con sfumature diverse. Tuttavia, alcuni utenti esprimono dei **posizionamenti più contrari rispetto all'assunzione di una terapia**. Esempio è la narrazione di Enea:

*Poi chiaramente trovi uno che ti dà le **pillole**, e lì **rimarca il fatto che sei ammalato, perché se uno prende una pillola, non sta bene giusto? Anche se tu hai un raffreddore ti prendi la pillola perché hai il raffreddore, sennò non la prendi giusto? Di conseguenza **rimarca il fatto che tu sei diverso, sei malato, capisci? ... no no, io non mi sono mai sentito malato, mai mai mai...*****

E più avanti prosegue:

Cioè io prendo pochissimo, in generale, evito. No no, **pillole** non le ho più prese. Cioè ogni tanto ho degli amici, delle amiche, che si confidano e mi dicono “Io ho preso Xanax”, e io gli dico “ma perché non fai un percorso, perché non cambi strada, non ti fa bene ‘sta cosa”, ma non lo capiscono. Anche perché ti fanno un po' dormire ma il problema rimane eh? Cioè non è perché se tu hai un problema con il fidanzato e vai a farti una crociera in Grecia il problema si risolve eh? Torni a casa dopo.

Dal suo punto di vista il farmaco è un elemento che alimenta l'etichettamento e l'auto-etichettamento della persona come “malata”, “diversa”. Sottolineare questo aspetto, secondo Enea, non giova al benessere, poiché alimenta lo stigma e l'auto-stigma, fattori che rappresentano un ostacolo significativo per il processo di recovery.

Nella seconda parte della testimonianza esprime il suo pensiero circa gli effetti dei farmaci: secondo la sua esperienza i farmaci, di cui cerca di limitare l'assunzione il più possibile, permettono di mitigare l'effetto dei sintomi sulla persona, ma non eliminano il problema alla base, ne modificano solo la manifestazione.

In conclusione, è possibile notare che ricorre un generale consenso circa l'utilità dei farmaci, ma che ognuno attribuisce loro un significato diverso: per alcuni il farmaco ha un ruolo imprescindibile per il raggiungimento e il mantenimento del benessere, per

altri è di supporto alla gestione dei sintomi, altri ne sottolineano l'efficacia se combinato a psicoterapia o attività che promuovano una crescita personale e un'accettazione della malattia. Per altri ancora assumere psicofarmaci diventa un sinonimo di etichettamento di una diversità, e questa percezione diventa un ostacolo alla recovery personale in quanto intacca il senso di identità personale.

4.2.4 - La presa in carico dei Servizi

PRESA IN CARICO DEI SERVIZI	Attività organizzate dal centro di salute mentale
	Percorsi di cura condivisi
	Ruolo degli ESP
	Lavori di sensibilizzazione
	Esperienze in psichiatria
	Percorsi in comunità
	L'esperienza di Valle Aperta

La maggior parte degli intervistati ha svolto o sta svolgendo un percorso di cura seguito dal centro di salute mentale di riferimento. Molti utenti parlano positivamente dell'influenza dell'ambiente del centro di salute mentale, che viene rappresentato come un luogo di cura accogliente, stimolante grazie alle attività organizzate, e dotato di personale preparato e sensibile. Dell'importanza delle relazioni con i professionisti incontrati durante il percorso si parlerà più avanti. Nella categoria relativa alla **presa in carico dei servizi** sono stati inclusi i pensieri degli utenti circa l'utilità dei lavori svolti al centro di salute mentale o tramite esso, e circa le esperienze che hanno coinvolto altri servizi esterni, come ambienti di comunità, associazioni e iniziative presenti sul territorio.

Molti utenti parlano delle **attività organizzate dal centro di salute mentale** come occasione di contatto e relazionalità e come luogo di apprendimento di nuove abilità.

Ad esempio, Armando racconta della sua frequentazione del centro:

*Frequentavo il **centro diurno** come mi era stato prescritto, suggerito dalla psichiatra, dalle mie psichiatre, che ne ho avute alcune, ed è stato **un avvicinamento ad un mondo che non conoscevo e che mi ha dato tanto a livello umano**, forse mi mancava quel **contatto**, cioè per la posizione che avevo, ero un po' isolato perché il dirigente è sempre dall'altra parte della barricata e qua ho conosciuto persone semplici, ma lo dico, è un aggettivo insomma valutativo no, e **mi hanno trasmesso tanto e forse la solidarietà** è stato uno degli ingredienti che mi hanno aiutato tanto qua dentro, ed ecco, frequentavo un po' tutte le varie **attività**, mi ha dato tanto **l'arteterapia** infatti io ho sempre avuto la passione per il disegno e la pittura ai tempi del liceo a dir la verità...*

Per lui l'avvicinamento alla struttura ha rappresentato una rinnovata possibilità di contatto con persone con vissuti simili al suo, dalle quali ha percepito un senso di solidarietà. Inoltre, dice di aver partecipato con piacere a un corso di arteterapia, che gli ha permesso di riscoprire una passione personale sopita da tempo.

Anche Roberto menziona l'importanza della partecipazione ai gruppi organizzati dal servizio di salute mentale. Descrive di aver apprezzato il gruppo cucina, che l'ha aiutato nello sviluppo di un'autonomia domestica, e il gruppo con cui venivano organizzate le gite in montagna.

*Diciamo che il **gruppo** più importante che ho frequentato è il **gruppo cucina** che mi è piaciuto di più di tutti anche perché ognuno aveva il suo compito, dopo ci si scambiava a seconda delle settimane, si faceva una volta a settimana, ci si scambiava i ruoli e veniva affidati compiti a ciascuna persona. **Là ho imparato a cucinare, diciamo e insomma a gestire un po' la casa, gestione domestica.***

*Un altro **gruppo** importante, appunto il gruppo quello delle **camminate in montagna** che era gestito dal dottor Z, dottore, anzi infermiere Z, noi lo chiamavamo dottore, con cui ho anche parlato molto, ci siamo confrontati e probabilmente ha capito che era il momento a un certo punto di tirarmi fuori e di portarmi nel mondo lavorativo, ha capito il momento giusto.*

Il gruppo dedicato alle gite viene percepito come utile a causa, soprattutto, della relazione creatasi con l'infermiere di riferimento: il gruppo in questo caso è stata

l'occasione per un confronto umano, dal quale Roberto ha tratto il beneficio di sentirsi compreso e guidato nei successivi passi del percorso di recovery.

I centri di salute mentale a cui affluiscono gli intervistati mettono in pratica, in alcuni casi, la prassi del “fareassieme”, basata sulla co-progettazione di percorsi di cura condivisi che coinvolgono non solo il paziente, ma anche i suoi familiari e le figure professionali degli ESP - Esperti in Supporto tra Pari -. Di seguito verranno analizzati i pensieri degli utenti circa queste pratiche, che vengono, in generale, giudicate particolarmente utili.

Per introdurre la realtà dei percorsi di cura condivisi, Carlo spiega la loro strutturazione a partire dalla sua esperienza come ESP:

*[I percorsi di cura condivisi], cerco di dirtela in due parole, ci troviamo in un tavolo, un pre-incontro io e questa persona che inizia a star bene... **io sono il suo garante**, ci sono dei moduli da riempire, che li riempiamo tutti, **e io e lui facciamo una squadra**...che ti potrà aiutare nell'insorgenza, nell'arrivo di nuovi prodomi in pratica... E allora si fa questa squadra, che si decide di fare, dopo dieci giorni ci troviamo col medico, operatrici, familiari, se vuole altre cose, attorno a un tavolo tondo e tutti si prendono un impegno dell'eventualità di insorgere della crisi, di aiutarlo con delle cose, scrivendo “io farò questo, io farò quello” e loro sottoscrivono...e questi sono i percorsi di cura condivisi...*

I **Percorsi di Cura Condivisi** coinvolgono quindi l'utente, le persone significative da lui ritenute utili, lo psichiatra e la figura del garante. Il ruolo del garante viene assunto da un Esperto in Supporto tra Pari (ESP), anche chiamato Utente Familiare Esperto (UFE), che ha il compito di garantire una situazione di parità e comprensione dell'utente.

Anche Benedetta menziona l'utilità del percorso di cura condiviso proposto dal centro:

*Mi ha aiutato questo **percorso di cura condiviso**, ho fatto anche... e questo recovery che ho fatto mi ha aiutato molto a **capire quando sta per arrivare una crisi**, che poi corro dal medico e lui vede la terapia o **poi ti danno consiglio**, e quello mi ha aiutato molto. Poi stare qua anche, incontrare persone, adesso sono io un **UFE**, però hai un **UFE** in particolare mi ha aiutato molto perché **parli con persone che hanno gli stessi***

problemi, cioè adesso per esempio in più, lavoro come UFE, allora racconto certe cose strane che ho fatto, e per esempio durante le psicosi, “ oh ma sì, ma non sembrerebbe che sei matta “ ti dicono, e sono contenti di sentire questo, perché sono soli, si vergognano e è ancora un tabù, anche si stanno ultimamente sensibilizzando molto per fortuna...

Nel suo caso, il percorso di cura condiviso è stato utile per imparare a riconoscere l'arrivo di una crisi e poter chiedere aiuto tempestivamente allo psichiatra di riferimento all'interno del progetto. Inoltre, il supporto tra pari fornito dall'UFE è riconosciuto come importante perché permette il confronto con persone che, avendo vissuto o vivendo attualmente problematiche vicine a quelle dell'utente, ne comprendono il vissuto. Benedetta, riconoscendo il ruolo di UFE come un aiuto prezioso per gli utenti, lo è diventato a sua volta.

La centralità delle figure UFE/ESP è un tema ricorrente, in quanto si tratta di figure capillarmente presenti all'interno dei Servizi di salute mentale del territorio indagato. Il valore del supporto tra pari viene percepito sia da parte dell'utente che usufruisce del supporto dell'utente esperto, sia nell'atto di diventare utente esperto e offrire supporto ad altri utenti. Paolo descrive nel seguente modo il ruolo degli utenti esperti:

L'esperto in supporto fra pari è molto importante, perché fondamentalmente in questo processo di condivisione del nostro dolore io ti aiuto, ma solo indirettamente, cioè è questa condivisione di esperienze, il fatto che io ce l'ho fatta, il fatto di poter parlare del tuo dolore, che devi aiutarti.

Oltre alla possibilità di condivisione di esperienze, Paolo sottolinea l'importanza di avere un modello di riferimento, una storia di recovery da cui prendere esempio e acquisire speranza, e di avere qualcuno con cui poter parlare della propria esperienza. L'importanza della parola, della condivisione e del dialogo è un tema che tornerà più avanti (v. *infra*, cap. 4.2.5).

Anche l'esperienza di Filippo sottolinea l'unicità del contributo apportato dai professionisti ESP: essi, come figure professionali, si distinguono dal personale psichiatrico sia per le modalità con cui possono dedicarsi al supporto degli utenti, più

flessibili e meno istituzionalizzate, che per la natura della relazione che riescono a instaurare, basata sulla comprensione in prima persona del disagio.

*Però la differenza tra allora: una visita della **psichiatra** dura un quarto d'ora, 20 minuti... E il fatto di essere seguito come... [...] Proprio perché **sei un po' più seguito**... molte volte ci sono persone che hanno già passato, che sono bipolari, che hanno già passato certi problemi, **possono capire**, ma arrivi a relazionarti con diverse persone... cioè **sei più seguito dai simili, che possono conoscere un po' di più, gli alti e bassi che ci sono...***

Inoltre, molti utenti riportano di aver tratto beneficio non solo dalla presenza di personale ESP nelle strutture e dal loro supporto esperienziale, ma anche dall'opportunità di divenire essi stessi utenti esperti, e aiutare a loro volta altri utenti.

Carlo, parlando della sua esperienza come ESP e come garante dei percorsi di cura condivisi, racconta:

*E perciò voglio dire che il fare...il "**fareassieme**", come noi abbiamo il nostro "**fareassieme**" qua, ma è vero, il **fare delle cose e metterti di nuovo in gioco, far del bene** poi io mi sono accorto che dare a queste persone che soffrivano, al Centro Diurno che venivano di persone molto ma molto...non dico peggio di me, perché quando io stavo male i primi sei mesi stavo male...ma comunque che avevano bisogno di un sorriso, di una chiacchiera, di un...di una parola e di dire le cose "**vedrai che ce la fai**", cioè essere incoraggiati...io stavo uscendo, **per loro ero un esempio**, da dire "**vabbè se ci riesce lui...**"*

Partecipare alle pratiche del "fareassieme" come utente esperto ha permesso a Carlo di mettersi in gioco attivamente e di porsi come esempio per utenti che avevano bisogno di un modello capace di dare loro speranza di miglioramento. Diventare utente esperto ha comportato dei benefici non solo per gli utenti supportati, ma anche per Carlo, che descrive così la sensazione di aiutare gli altri:

*Aiuta molto...Perciò voglio dire che ho fatto tutta la... i miei percorsi possibili e immaginabili come **ESP**...fra cui, dopo, è sorta una cosa molto importante per me, perché quella è stata quella che...dico...a parte il fare, perché per me **il fare e aiutare gli altri è stata la mia medicina in pratica... [...]***

*Il rendermi utile nell'aiutare gli altri, che per me è stata, andavo a casa veramente la sera e quando uscivo mi dicevano "grazie Renato, sai..." , per me era una gratificazione, era un...**le medicine sapevo che valevano fino a un certo punto, valeva di più un grazie degli utenti, dei pazienti, degli assistiti che un farmaco che prendi la sera in pratica...perché ti riempie, ti dà consapevolezza di tutto il sistema, ti dà consapevolezza in te stesso, che io son riuscito a capire le persone che ho davanti, capire quando intervenire, guardandole con gli occhi, non dando mai giudizi, non...non...capire quando volevano stare in silenzio, che c'era anche quello magari puoi dargli fastidio a delle persone, devi capire quando...e specialmente con l'amore, cioè gli dai un abbraccio, gli dai qualche parola, amorevole, così e loro si sentono...si sentono meglio insomma...sanno che c'è una persona di fianco che capisce la problematica della malattia...***

Il racconto di Carlo esemplifica bene i benefici dell'esercizio del supporto tra pari: la possibilità di rendersi utile, in linea con la riconquista di un senso di agency proposta dal costrutto di recovery, e di sentirsi quindi competente, e l'acquisizione di consapevolezza circa il mondo della salute mentale e circa la propria salute. La possibilità di sentirsi nuovamente utili e competenti ricorre anche nella narrazione di Paolo, mentre parla del supporto in ambito giuridico che offriva agli utenti o agli operatori del centro:

*... lì parte la mia consulenza giuridica gratuita, a favore di utenti, e spesso anche di operatori, che sto trattando da dieci anni a questa parte. Ecco, secondo me, questo è stato il primo riferimento di recovery.... lì l'aiutarli **era un aiuto anche per me perché voleva dire ri-dimostrare che avevo recuperato le mie capacità cognitive, che ero ancora in grado di fare il consulente legale...***

Nel corso dell'intervista di Paolo viene menzionata la sua paura che le sue capacità cognitive possano risentire dell'assunzione prolungata della terapia farmacologica necessaria alla sua stabilizzazione del suo disturbo. Iniziare a lavorare come consulente legale all'interno dei servizi, dunque, non solo alimenta il suo senso di solidarietà verso gli altri, ma nutre un bisogno essenziale di sentirsi ancora competente e presente nella sua identità professionale.

Anche Karim racconta dei benefici che ricoprire il ruolo di utente esperto ha comportato:

Facendo l'UFE, tu m'hai dato un compito da fare, m'hai dato, non so, un'occupazione, che secondo me è quello che mi serviva, di uscire, cioè...Una soddisfazione facendo una cosa che già a mi...a me piace; aiutando le persone vedo che loro mi aiutano di più... Sì, sì aiuto me stesso, non è perché io vado lì a aiutarli a alzare la sedia, no, cioè...parlando con la persona capisco, magari suggerisco di fare qualcosa perché io nel mio passato, quando anche stavo bene, facevo determinati cose, li consiglio di farli, o anche quando stavo male dico "vedi che io facevo così". Cerco di aiutare in questa maniera, non perché io vado a preparare il caffè eccetera eccetera, lo dico "no, tu non ce la fai, stai là comodo, ti do da mangiare", perché così non lo aiuto, lo distruggo, anzi, io devo dargli l'autonomia...

Ricoprire il ruolo di utente esperto aiuta gli utenti ad avere una responsabilità, un'occupazione, e questo rappresenta un bisogno chiave nel percorso di recovery. Anche in questo caso l'aiuto nei confronti dei pari risulta essere a sua volta terapeutico. Karim sottolinea come il suo obiettivo in quando UFE non sia tanto fornire supporto a livello pratico, ma sia utile a ispirare fiducia, a dare consigli sulla base di esperienze già vissute, e a restituire all'utente un senso di autonomia e di protagonismo all'interno del suo percorso personale.

La forza della condivisione del proprio vissuto può essere osservata sia in contesti tra pari, come quelli offerti dall'esperienza degli ESP, sia in ambienti esterni ai servizi. Ne sono esempio le **attività di sensibilizzazione** organizzate dai centri, che escono dai contesti di cura per dialogare con l'intera comunità.

Il senso di protagonismo dell'utente viene promosso anche attraverso altre iniziative offerte dai servizi; tra queste, un'utente racconta dell'opportunità avuta di raccontare la propria malattia in contesti esterni ai Servizi di salute mentale. Tali occasioni sono uno strumento per i servizi utile a promuovere la sensibilizzazione nei confronti del disagio mentale, e anche uno strumento di riappropriazione della propria storia da parte degli utenti. Marina racconta della sua esperienza di condivisione:

*Si, sì, son riuscita a **raccontare la mia storia** anche davanti ai ragazzi, che ogni tanto mi incontrano e mi salutano ancora...*

L'occasione di condivisione della propria storia di malattia ricorre in più interviste come strumento non solo di sensibilizzazione sul territorio e conseguente lavoro verso un abbattimento dello stigma, ma anche come strumento terapeutico, di beneficio per l'utente. Sempre nell'intervista di Marina viene approfondito il tema:

*...andare nelle scuole con il gruppo **Giù la maschera**, che è il gruppo di sensibilizzazione sul disagio psichico, che è nato proprio in quegli anni lì, quando io ho cominciato a frequentare il centro di salute mentale[...]. Sarebbe un gruppo di utenti, familiari e lavoriamo soprattutto nel campo della sensibilizzazione nelle scuole, ma qualche volta anche è capitato nelle circoscrizioni, nei quartieri, così... C'è sempre presente un operatore, com'è che si chiama, i tecnici della riabilitazione psichiatrica, qualche volta un medico ma più che altro operatore, non medico, un familiare, uno o due familiari, e uno o due utenti. Quindi, **raccontare la nostra storia davanti anche a un pubblico numeroso è terapeutico**, terapeutico nel senso che ti...è un mattoncino in questo lavoro di **abbattimento dell'auto-stigma**, perché c'è questa cosa: non solo la sofferenza legata al disagio psichico, ma c'è spesso l'auto-stigma, cioè l'auto...cioè **vergognarsi di essere malati**. Uno che si rompe la gamba non si vergogna di essersi rotto una gamba, uno che ha avuto un problema psichico si vergogna, in genere si vergogna di questo e non ne vuole parlare. Invece **parlandone davanti a un pubblico abbatti questo tuo auto-stigma**.*

E successivamente prosegue:

*...anche il lavoro di **sensibilizzazione** del centro di salute mentale mi ha aiutato, perché ogni volta che raccontavo alle scuole o nelle sale parrocchiali la mia esperienza, **ripassavo quello che era successo e cercavo delle soluzioni**.*

Secondo la narrazione di Marina, la condivisione del proprio vissuto con un pubblico che non è solito frequentare i Servizi di salute mentale può essere terapeutico per due motivi distinti: uno riguarda l'abbattimento dello stigma e dell'auto-stigma, quindi della vergogna che circonda il mondo della malattia mentale e che si somma alle sofferenze sintomatologiche, l'altro riguarda più specificatamente i benefici dell'atto narrativo

stesso, il quale offre la possibilità di riordinare e dare forma ai propri pensieri con l'obiettivo di cercare soluzioni a problemi altrimenti spesso inafferrabili.

Le esperienze raccontate dagli utenti al di fuori delle attività promosse dal centro di salute mentale riguardano principalmente periodi di ricovero in reparto psichiatrico, oppure periodi in comunità.

Per quanto riguarda le **esperienze in psichiatria**, le opinioni degli utenti si dividono in due differenti narrazioni: alcuni riportano esperienze di ricovero vissute in modo negativo, altri invece riconoscono i benefici dell'ambiente del reparto. Esempifica bene la prima categoria di persone il racconto di Veronica, che riferisce di aver vissuto il ricovero sentendosi particolarmente sola:

*[Mia mamma e mia zia] mi hanno aiutato a sciogliere quel freddo che c'è in un reparto di psichiatria, perché in un reparto di psichiatria c'è tanto freddo, sei da solo, sei abbandonato e se rompi un po' le palle ti danno delle gocce in più e ti fanno dormire, se invece dormi troppo ti rompono il cazzo perché dormi troppo e **non c'è un rapporto umano vero**; ma non perché gli infermieri sono incompetenti o che, ma perché tu non stai...**non sei più in grado di gestire un rapporto umano, anche con te stesso...**cioè io ho dormito non so quante ore perché non volevo più stare con me stessa e l'unica cosa che non mi faceva pensare era dormire, e quindi il chiudersi in sé stessi è la cosa...è la prima cosa che si fa quando si entra in un reparto. O schizzi male dopo qualche giorno, inizi a delirare, oppure ti chiudi. E questo rende le cose più difficili, **perché in psichiatria ti senti solo, tanto solo.***

Un'esperienza completamente diversa è invece quella narrata da Maria, che racconta del ricovero come di un periodo di impatto positivo, anche contro le sue aspettative:

*Io, quando sono arrivata lì, ho detto no, questo non è un posto per me. **Invece io ho passato, ho trascorso un mese bellissimo**, avevo lasciato uno scritto, perché proprio sono entrata non tanto scettica, però io ho detto no questo non... stanno tutti peggio di me; quindi, questo non è un posto per me. Io poi in quel mese lì era quasi Natale, quindi abbiamo addobbato il **reparto, mi tenevo molto molto occupata**, cioè creazioni con carte cresse e quant'altro, però io quando sono andata via li ho ringraziati con la*

*lettera perché ho capito che va beh, hai mal di gola, ti prendi la pastiglia per il mal di gola, **hai bisogno della psichiatria, vai in psichiatria.***

*[...] Perché c'era della **disponibilità da parte di tutti, cioè la disponibilità però allo stesso tempo se non volevi farti aiutare e va bene, non vuoi farti aiutare, stai lì.***

A permettere l'esperienza positiva del ricovero, secondo Maria, è stato l'atteggiamento accogliente e disponibile del personale. Infatti, Maria racconta di essersi sentita supportata, senza essere costretta ad accettare l'aiuto esterno. Emerge quindi dai racconti quanto la libertà di scelta lasciata agli utenti sia un elemento presente e di rilevante significato.

Inoltre, le attività organizzate dal reparto sono state sfruttate dall'utente per tenersi occupata, cosa che ha influito positivamente sulla sua salute.

Oltre ai periodi di ricovero in psichiatria, alcuni utenti hanno parlato anche del proprio **percorso in comunità** come passo fondamentale in direzione di una recovery. La comunità viene significata all'unanimità come un ambiente in grado di proteggere dal mondo esterno, che aiuta il soggetto a riprendere abitudini regolari e che quindi permette una ripresa, pian piano, della propria vita.

La qualità protettiva dell'ambiente della comunità viene citato sia da Nicola...

*Diciamo la **comunità** è un po'... all'inizio sicuramente è una **cappa protettiva** e ti aiuta, perché **a me mi ha aiutato tantissimo.** L'Arcobaleno, per esempio, te dice: "questa non è una cappa di vetro, tu puoi fa questo, puoi fa quello" ... ma in realtà è **una cappa di vetro, perché all'inizio non puoi avere contatti, non puoi uscì con nessuno, ed è buono così perché te serve un attimo per riprendere sanità mentale, de stabilità.***

... che da Davide:

*... devo ringraziare la **comunità che mi ha aperto gli occhi veramente, e mi ha fatto capire veramente come, come era l'affrontare la vita veramente...***

*[...] no, perché **in comunità sei protetto**, anche troppo diciamo, però dopo quando vai fuori eh, là de fora, tutti hanno visto il cambiamento in me in meglio, anche l'assistente sociale, tutti quanti, hanno detto "madonna che bravo Davide" ...*

La separazione della comunità dal mondo esterno ha aiutato gli utenti a riconquistare una stabilità, un equilibrio, fattori che hanno permesso un successivo reinserimento nella società. Le qualità che rendono la comunità un luogo sicuro per lavorare sulla propria indipendenza sono l'attenzione personale data a ogni utente e anche, secondo alcuni utenti, l'attenzione al coinvolgimento dei familiari.

Veronica descrive di essersi sentita particolarmente seguita dagli operatori in comunità, a partire dalle azioni più quotidiane:

*Beh, è stata **la comunità... perchè venivo seguita al 100%**, cioè dalle ore di sonno, che io faccio fatica a dormire di notte, mi hanno imposto pian pianino di dormire e ho iniziato e ricominciato a dormire perchè non dormivo quasi più, alla cura di me stessa, perchè non me ne fregava più un cazzo se puzzavo o meno per dirla, e quindi...
ricominciare ad amarmi, mi hanno aiutato ...*

Veronica poi prosegue, parlando sempre dell'attenzione personalizzata ricevuta dagli operatori:

*Entrando invece poi in **comunità, lì si lavora un po' su persona a persona**, e quindi questo è l'importante. **Non sei più un numero, non sei più un posto letto, sei una persona**. E il fatto che **ti trattano da persona, il fatto che ti chiedono quali sono i tuoi bisogni**, e quindi ti portano a pensare a "ma che bisogni ho io in questo momento?", questa è la cosa importante, secondo me.*

Veronica pone l'accento sulla tipologia di trattamento che l'ambiente comunitario permette di mettere in atto nei confronti degli utenti: il supporto degli operatori è, quando la situazione lo permette, modulato in base alle caratteristiche personali dell'utente e centrato sui suoi bisogni unici e individualizzati. Questo focus sulla persona consente all'utente di riflettere sulle proprie necessità terapeutiche e sui propri obiettivi.

Ulteriore merito della comunità è la possibilità, secondo il racconto di Federico, di coinvolgere nel percorso anche i familiari dell'utente ospite.

*E poi una cosa molto utile in Meridiana è stata i **colloqui non solo con me, ma anche con la mia famiglia**. Quindi, prima magari solo con me o solo con loro e poi anche con tutti quanti insieme, e quindi diciamo che è stato un modo per, un incontro in cui*

praticamente c'erano dei mediatori e quindi riuscivamo a dirci delle cose che magari prima non riuscivamo a dirci.

Il supporto percepito da parte della comunità si realizza nell'organizzazione dei colloqui non solo individuali, ma che coinvolgono anche la rete familiare dell'utente. La mediazione degli operatori permette di migliorare la comunicazione tra i membri della famiglia e quindi una progettazione condivisa del percorso di recovery.

Oltre ai percorsi più classici di cura, come il ricovero in psichiatria e i percorsi in comunità, alcuni utenti nei loro racconti fanno riferimento ad altre associazioni o realtà presenti sul territorio da cui hanno tratto beneficio.

Ad esempio, ricorre in più testimonianze l'esperienza presso l'associazione **Valle Aperta**, locata in Val di Cembra, non lontano da Trento, che dedica i suoi progetti a persone con una sofferenza psichica. Come anche all'interno dei centri di salute mentale, per gli utenti è possibile partecipare in prima persona alle attività proposte dall'associazione, oppure partecipare come volontari aiutando nell'organizzazione.

Barbara, ad esempio racconta la sua esperienza all'interno della *Canonica Aperta*, una struttura residenziale gestita dall'associazione, che accoglie piccoli gruppi di persone che si trovano in situazioni di fragilità personale, sociale o abitativa.

*A Cles mi son trovata bene e poi in **Canonica**, lì c'è di tutti i tipi, **una gran varietà** però sapendo farli stare al loro posto ed io al mio si portano rispetto **quindi si può convivere e vivere bene assieme**. [...] ...soprattutto Luca che quando mi veniva in mente certi pensieri era lì che mi diceva due, tre cose e poi se ne andava e io non dico che le scordavo ma soprassedeva, capito. Luca **nell'ascoltare l'altro nello scherzare**, che sarebbe Alberto ma quello è più per scherzare [...] Luca è più che ascolta, comprensivo diciamo, a livello dico un po' più psicologico, capito...*

Il racconto di Barbara della vita in Canonica pone l'attenzione sulla qualità aggregativa della struttura: la convivenza è possibile nonostante le differenze tra gli ospiti, differenze sia di *background* che di tipologia di bisogni. La condivisione e la convivenza rispettosa permette un graduale superamento dello stigma e dell'auto-stigma tra gli utenti che, anche grazie ai metodi promossi dall'associazione, iniziano a sentirsi più "normali". Barbara inoltre parla delle relazioni instaurate con i responsabili della

struttura, caratterizzate da due elementi umani da lei ritenuti cruciali: l'ironia e la capacità di ascolto.

Oltre alla struttura residenziale, l'associazione prevede anche soggiorni brevi di vacanza riservati a persone fragili. Mauro, ad esempio, racconta di usufruirne e di come rappresenti per lui una modalità per stare bene:

*Ti faccio un esempio [di come è possibile stare bene], siccome vado anche in vacanza a **Valle Aperta**, non so se hai sentito parlare, in vacanza da tanti anni: una comunità fondata da due frati degli anni ruggenti, '72-'74, fondata lì, che ci sono delle persone che hanno dei problemi, io ci vado da tanto tempo, Val di Cembra qua in Trentino...*

Il racconto di Maria su Valle Aperta si concentra invece sull'esperienza da volontaria:

*Poi tra l'altro adesso sono **volontaria** di un posto che c'è su in Val di Cembra, si chiama **Valle aperta** che è un luogo dove vengono le persone in vacanza col disagio psichico. [...] E io sono diventata volontaria, in realtà non ce n'è mai stata l'occasione, ma per dire a queste persone "guarda che ce la puoi fare". Dopo in realtà, quando vai in turno si fanno un sacco di cose che però non... non ce n'è stata l'occasione, ma già il fatto di vedere uno imbronciato e strappargli un sorriso, va bene così... vedere, cioè **vedere persone che stanno peggio**, dici in fin dei conti...*

Come accadeva per gli utenti esperti, anche l'attività di volontariato a contatto con persone con un disagio psichico viene descritta come terapeutica: Maria racconta di aver intrapreso questo percorso con l'obiettivo di motivare le persone in difficoltà attraverso la propria storia personale e, strada facendo, di essersi resa conto di poter dare un contributo per il benessere della comunità, e di trarre giovamento dal contatto con la diversità, fattori che le hanno permesso di effettuare un ridimensionamento del proprio percorso.

Per concludere la presentazione delle narrazioni relative alla presa in carico da parte dei servizi, è possibile osservare l'importanza attribuita all'ambiente dei centri di salute mentale, così come dei contesti comunitari e, talvolta anche dei ricoveri in reparto psichiatrico. Nello specifico del contesto dei centri di salute mentale, ne vengono evidenziati i servizi offerti, come i percorsi di cura condivisi, i progetti di sensibilizzazione e le opportunità offerte dalla presenza degli utenti esperti.

4.2.5 - Il posizionamento dei professionisti della salute mentale

POSIZIONAMENTO DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE MENTALE	Ascolto non giudicante
	Sensibilità e gentilezza
	Approccio de-medicalizzante
	Umanità

Molti utenti parlano della relazione con i professionisti della salute mentale incontrati durante il loro percorso in termini positivi e supportivi. A dimostrazione di ciò, la maggior parte di essi ha nominato come figura significativa nel proprio percorso di recovery proprio una figura professionale, tra psichiatri, psicoterapeuti, operatori del centro di salute mentale o di comunità o utenti esperti. Le interviste, data la domanda di ricerca del progetto, hanno approfondito nel dettaglio i fattori che, all'interno di una relazione definita di supporto, hanno contribuito al benessere dell'intervistato.

Per molti utenti il posizionamento dei professionisti nei loro confronti ha fatto la differenza, in direzione positiva, all'interno del loro percorso. Tale posizionamento viene descritto secondo termini di cui è possibile notare una certa ricorrenza all'interno del *corpus* delle interviste.

È possibile notare, ad esempio, come un elemento ricorrente, decisivo per l'instaurarsi di una relazione caratterizzata da fiducia e supporto, sia la **capacità di ascolto esente da giudizio**. Questa qualità incontra infatti una necessità comune a molti intervistati, ovvero quella di potersi sfogare, parlare ed essere ascoltati senza necessariamente ricevere giudizi o consigli in termini clinici, con l'obiettivo di riuscire a dare voce al proprio disagio, e sentirlo accolto e accettato dall'esterno.

Lo racconta ad esempio Luisa:

*... essere ascoltati, ascoltare, e trovare chi però ti ascolta in un certo modo. Allora ascoltare in questi momenti non vuol dire dar consigli, spiegazioni, vuol dire **ascoltare tutto senza dar giudizi...***

E lo ribadisce Veronica, aggiungendo un altro tassello alla significazione personale dell'importanza dell'ascolto empatico:

*Nell'ascoltarmi. Nel dire "dimmi quello che ti passa per la mente veramente", sii sincera con te stessa, in questo momento, sii sincera con me perché **ti voglio aiutare, non ti voglio fregare; non ti voglio prendere i tuoi punti deboli e metterci un coltello dentro; ti ascolto perché voglio aiutarti**"; questa era la cosa più importante. Il fatto dell'esserci perché ci tieni veramente e non perché cerchi un modo per prevalere poi.*

Veronica sottolinea come l'atto dell'ascolto possa diventare un supporto cruciale quando si manifesta in modo sincero ed empatico, e non manipolatorio: emerge in questa testimonianza il tema della possibile **asimmetria di potere** che porta all'atteggiamento paternalistico della psichiatria classica e che, all'interno di una relazione di cura, c'è il rischio che si crei. Tale asimmetria non permette al paziente di avere il controllo sul proprio percorso, e ostacola dunque il fondamento del concetto di recovery, ovvero il protagonismo. Quando l'asimmetria non viene percepita, il dialogo viene vissuto come un momento di confronto tra pari, e l'ascolto come proveniente da una figura degna di fiducia. E soprattutto, la relazione che secondo questa modalità si crea con il professionista si basa sulla percezione di un interesse reale e personale per il benessere del paziente, un sentimento che secondo alcuni racconti sconfinava nell'affetto, e supera dunque i confini della relazione terapeutica classica che tende alla neutralità. Quest'ultimo concetto ricorre in numerose interviste di cui, successivamente, verranno presi in analisi alcuni stralci esemplificativi.

Tornando alla centralità dell'ascolto dei pazienti, anche Marina ne parla:

*A parte quello, mi ha aiutato, mi ha...cioè, ha cercato di...senza dire tante cose, **dicendo poche cose, ma ascoltandomi**...Sì, perché quando in quelle situazioni lì...quello che ti dicono non è che serve molto...almeno...anche perché dopo io me lo dimenticavo, e quindi... No, però non dimenticavo **lo sguardo, l'atteggiamento, capisci se uno è lì per mestiere, per lo stipendio o perché ci tiene un po' per te, insomma...***

Anche nel racconto di Marina viene attribuito un ruolo centrale all'atto dell'ascolto da parte dei professionisti incontrati, un tipo di ascolto che privilegia la presenza e la disponibilità rispetto alla restituzione di consigli di condotta. Anche in questo caso è

possibile notare l'accento posto sulla percezione dell'interesse personale mostrato dal professionista nei confronti della persona, un interesse che va oltre gli obblighi del mestiere e risulta nella costruzione di una relazione di fiducia, costruita sulla base della sensibilità, dello "sguardo" attento che vengono dedicati al paziente.

L'ascolto dedicato ai pazienti all'interno del centro di salute mentale viene ricordato anche da Laura:

*... [operatrice del centro di salute mentale] mi è stata molto vicina anche quando sono stata male, perché magari andavo lì e stavo male e allora **parlavo con lei, allora mi sentivo già meglio solo a parlarle**, anche dirle due cose, cioè però come supporto anche lei è stata tanto attenta, molto precisa, cioè volenterosa direi.*

Nel racconto di Laura emerge chiaramente la necessità di parlare, di raccontare il proprio vissuto, che provano i pazienti quando si avvicinano ai Servizi di salute mentale. L'atto di uscire dall'isolamento della vergogna della malattia e dell'auto-stigma comporta la necessità di parlare, sentirsi ascoltati e di conseguenza, simbolicamente, accolti nei propri bisogni e con la propria storia individuale e unica. Per questo la predisposizione all'ascolto degli operatori dei servizi viene accolta come fonte di benessere. Anche Karim parla del bisogno che sentiva di parlare, di sfogarsi con qualcuno, di raccontarsi:

*... **ho avuto sempre la voglia di parlare con qualcuno** [...] **cercavo uno psicologo**, cercavo qualcuno con cui parlare, [...] **cercavo sempre verso qualcuno che mi dovrà ascoltare**, ma **non darmi il parere suo**, perché il parere suo non serve, [...] **ma perché è uno sfogo... un amico che dopo non sarà un amico tuo...***

Il contributo di Karim suggerisce un'interessante distinzione: l'ascolto di cui sentiva la necessità era di natura professionale, diverso dal supporto che può offrire un amico. Sentiva il bisogno di essere ascoltato, senza essere giudicato e senza essere necessariamente indirizzato immediatamente verso delle soluzioni.

Anche Armando sottolinea la centralità della dimensione relazionale all'interno del centro di salute mentale a cui faceva riferimento. Secondo la sua esperienza è stata proprio la presenza di un'operatrice del centro, presenza caratterizzata da una spiccata capacità di ascolto e dialogo:

E poi ho avuto l'aiuto della [operatrice centro di salute mentale], l'operatrice [...], lei mi ha aiutato tanto perché c'erano dei momenti che io ero giù e aveva la parola giusta, si parlava, si valutava un po' questo percorso eccetera. Infatti, di lei, lei siamo rimasti amici e io la stimo tantissimo, è stata quella che mi ha dato proprio l'input forte qua dentro ma che mi ha migliorato l'accoglienza qua dentro no, nel centro, e sento che mi ha dato insomma un aiuto determinante, quello più qualificato diciamo, perché sai le psichiatre le vedi quel momento del colloquio così, sono sempre presi di corsa eccetera, lei ti concedeva questi spazi insomma... [...] è stata proprio una figura che mi ha accompagnato, mi ha protetto, mi ha capito e sapeva darmi le parole giuste insomma nei momenti qua, io cercavo qualcosa e lei sapeva insomma cosa darmi, e quindi per me una figura fondamentale nella mia vita.

Viene sottolineato come l'atteggiamento dell'operatrice del centro sia stato determinante per Armando per percepire il centro come un luogo accogliente in cui effettivamente poter intraprendere un percorso. Nella sua testimonianza emerge un tema che viene citato anche da altri utenti, quello della differenza tra il ruolo dell'operatore e del medico psichiatra. È interessante notare come, in alcuni casi, la figura dello psichiatra sia percepita come insufficiente a soddisfare la necessità di dialogo degli utenti, a causa delle tempistiche rigide dedicate ai pazienti e al sovraccarico di lavoro. Negli operatori invece viene spesso ritrovata una disponibilità empatica, flessibile in base ai ritmi e alle necessità del paziente, e che spesso oltrepassa i confini degli interventi tradizionali. Questa modalità di instaurare una relazione di cura con strategie meno tradizionali ma particolarmente efficaci per alcune tipologie di utenti è esemplificata anche dal racconto di Giorgio:

...venivano loro, partivano qui da Cles e venivano quasi fino a Mezzolombardo a fare i colloqui in mezzo alla pizzeria, perché era pizzeria ristorante, prendevamo un tavolo un po' appartato e mi facevano i colloqui, venivano loro, perché io mi ero escluso proprio da tutto...

Possiamo notare come la disponibilità degli operatori del centro in questo caso sia declinata nell'atto fisico di andare incontro al paziente, e quindi alle sue necessità del momento: per monitorare il percorso di Giorgio, infatti, gli operatori si recavano sul suo

luogo di lavoro. Questo viene vissuto da Giorgio come un atto di cura, di interesse per il suo benessere e di accompagnamento empatico.

È possibile quindi affermare che viene comunemente citato come elemento fondante delle relazioni positive che circondano il paziente la possibilità di ricevere un ascolto non giudicante, che permetta lo sfogo e l'opportunità di sentire la propria esperienza vista e validata. Chiara rimarca questo concetto parlando delle relazioni maturate all'interno del centro, e quelle che a sua volta ha avuto la possibilità di instaurare con altri utenti diventando utente esperto:

Perché per me è l'ascolto la cosa più importante, quello che forse non riuscivo ad avere io quando non stavo bene, quando proprio non stavo bene, niente. [...] Io avrei voluto, desiderato soprattutto, che mi ascoltassero e che ascoltassero in quei momenti, in cui io non riuscivo a fare nulla, quello che sentivo. Solo che in quelle situazioni è facile dare consigli che non servono a molto, giudicare quello che non stai facendo. E quindi secondo me l'ascolto anche di questa persona che ha desiderio di dare sfogo al suo male o anche solo di raccontare la mattina cosa ha fatto, per me penso che sia la cosa migliore, ecco. Senza giudicare niente, senza dire assolutamente niente. L'ascolto... o a volte vedo anche qua, quando faccio l'ESP relazioni, si chiama così, qualcuno ha voglia di fare due chiacchiere, eccetera, qualcuno invece non ha voglia basta stare accanto. Cioè avere una persona accanto e basta, e fare silenzio, a volte basta anche questo, fa bene anche questo. E quindi queste relazioni di tutti i generi a me hanno fatto bene, perché fanno bene a me prima, e poi vedo che anche agli altri piace, si sentono a loro agio, una bella conclusione...

Chiara ribadisce quanto detto anche dagli utenti precedenti: l'ascolto non giudicante da parte degli operatori, non necessariamente accompagnato da una dispensazione di consigli di comportamento, ma come occasione di sfogo e condivisione del proprio sentire, viene citato come elemento facilitante per l'innescare di un cambiamento. L'occasione di sentirsi ascoltati e non giudicati facilita infatti non solo l'abbattimento dello stigma legato alla malattia che viene interiorizzato dagli utenti, ma anche la ripresa di una vita in relazione con gli altri, elemento che spesso viene a mancare nel decorso della malattia mentale. Chiara, inoltre, dice di aver tratto un beneficio così grande da questa attitudine, da metterla in atto anche nel suo ruolo da ESP: talvolta l'ascolto

verbale viene meno per trasformarsi in una semplice presenza, una compagnia silenziosa, una sorta di ascolto della non verbalità dell'utente, e anche questo è fonte di benessere secondo sia la sua esperienza in prima persona, sia quella degli utenti che segue.

L'assenza di consigli o direttive su come comportarsi da parte di operatori e professionisti ricorre spesso come ingrediente di un ascolto efficace nei racconti di diversi utenti. L'ascolto indipendente da un obiettivo di restituzione di consigli e opinioni rappresenta per l'utente una modalità di relazione vissuta in modo meno paternalista, più simmetrica ed efficace nel trasmettere alla persona un senso di autonomia, indipendenza e libertà circa le proprie decisioni e circa il proprio percorso. Tale sentimento di libertà viene citato, ad esempio, da Benedetta:

[L'UFE è stato importante] nell'ascoltarmi. Pochi consigli mi ha dato, però potevo sempre dirle tutto. [...] ... raccontavo tutti i miei problemi a lei. Certe cose non raccontai a tutti, a lei invece sì. Riuscivo sempre a sfogarmi con lei... [...] ma mai dare cioè, dare dei consigli ma non è che diceva "devi" [...], non ti dice mai devi fare questo, sei tu che devi decidere, e questo mi è piaciuto.

Anche nel suo caso la qualità che riconosce come particolarmente utile del trattamento ricevuto da parte dell'utente esperto di riferimento del centro è l'ascolto nella sua purezza, nella sua funzione di valvola di sfogo, mai giudicante.

La disponibilità all'ascolto viene spesso citata in associazione a una seconda qualità relativa al posizionamento delle figure professionali nei confronti dei pazienti: una **spiccata sensibilità** circa la malattia mentale, descritta come un'attenzione particolare al racconto individuale, e una delicatezza nel trattare i temi personalmente giudicati problematici, senza mai mostrarsi invadenti. Carlo ad esempio descrive questa sensibilità, propria dell'operatrice conosciuta al centro, come una capacità di interpretare le richieste e lo stato d'animo del paziente in modo istintivo:

[operatrice del centro di salute mentale], devo dire che da lei, anche da tutte le altre che c'erano su, però più che altro lei e quelle quattro-cinque che hanno...sai la sensibilità d'animo...che capiscono, guardandoti, se tu...il modo di guardare che hai,

*se guardi giù, se non vuoi rispondere, cioè...**ci son quelle persone che sono veramente sensibili alla malattia psichica** insomma...*

Anche Davide riconosce la presenza di una qualità quasi innata di determinati professionisti della salute mentale, che hanno la prerogativa di esercitare un'influenza decisiva nei percorsi di cambiamento. Qui quella che Carlo descriveva come una particolare *sensibilità d'animo*, Davide descrive come una personale capacità nello stare accanto alle persone che egli definisce *emotivamente deboli*:

*... però ho visto che lei fa il suo lavoro, fa bene, cioè **aiuta le persone, non è invasiva, ha modo, c'è non... sa fare con le persone ecco, questa è un'altra cosa importante, che non tutti gli operatori sanno fare con le persone, tra virgolette, con noi deboli emotivamente** diciamo, perché il problema è questo...*

Questa predisposizione alla relazione di cura è caratterizzata secondo molti, come già emerso, dalla capacità di non invadere eccessivamente lo spazio dell'utente, e preservare dunque il sentimento di autonomia sopracitato. Anche Luisa rimarca, descrivendo la relazione con la sua figura significativa, il suo atteggiamento non invadente, rispettoso dei suoi spazi e dei suoi tempi di reazione al malessere:

*Importanti nella **presenza**, nella presenza, nei momenti particolari e nei momenti anche belli ma sempre presenti [...], si parlava, si discuteva, la presenza, **la presenza ma non invadente**, questa è fondamentale perchè non devi invadere , forse io sono così sai, ascolto le persone che invadono e neanche in amicizia... [...] [descrivendo la figura significativa], rispetto per la **non invadenza** non so come descrivertela, e **bontà d'animo**, una **reciprocità di sentire**...*

Per Luisa quindi i fattori che hanno reso la relazione con la sua figura di riferimento una relazione di cura sono stati proprio la presenza costante e non invadente, e la bontà d'animo, intesa come generosità, disponibilità e generale sensibilità, causata secondo lei da una *reciprocità di sentire*, quindi da un vissuto esperienziale condiviso che ha permesso di creare un senso di solidarietà.

Anche Alessio parla della sensibilità ritrovata nelle persone del centro di salute mentale:

*... io devo ringraziare tantissimo le persone che mi sono state intorno, sia **gli infermieri, lo psichiatra, gli OSS, e anche gli utenti**, perché ho trovato delle persone*

molto sensibili, molto delicate, che hanno saputo interagire con me e quindi lì si è aperto...si è aperto un mondo. È come uno che si butta dall'aereo: prima non si apre il paracadute e poi improvvisamente si apre e quindi quando si è aperto alleluia. [...]
[parlando degli operatori della comunità] perché l'incoraggiamento, la voglia di aiutarmi, la delicatezza, la loro personalità, la loro ironia, la loro gioia di fare il loro lavoro, la loro umiltà, sono cose che veramente ti lasciano senza parole secondo me.

Alessio menziona le relazioni maturate con il personale del centro, includendo sia gli infermieri che la psichiatra di riferimento, e con gli utenti, e ne sottolinea la sensibilità e la delicatezza con cui sono state costruite le relazioni e le interazioni. Tale sensibilità ha generato un'accoglienza che è stata decisiva per potersi *aprire al mondo* della cura della salute mentale.

Un altro modo in cui viene descritto l'atteggiamento adottato all'interno del centro di salute mentale, è tramite la qualità della **gentilezza**, come racconta Marina:

Fondamentale è stato l'incontro con il centro di salute mentale, dove ho trovato persone gentili. Cosa che in altri ambienti non sempre ho trovato, cioè...non lo so...non in tutti i negozi ho trovato gentilezza o in...in altri uffici, così, no? Ho trovato magari pazienza, se per caso non davo subito le cose... Invece...ed ho trovato qui una citazione di Eugenio Borgna, conosci? "La psichiatria è innanzitutto gentilezza" ...

Marina si collega al pensiero di Borgna circa la professione psichiatrica, confermando di aver ritrovato nei professionisti del centro una spiccata gentilezza. Questa gentilezza, aggiunge Luigi, ha facilitato la percezione di ricevere conforto da parte delle relazioni all'interno del centro:

... mi hanno ascoltato ... e loro mi hanno risposto con molta pazienza e ... con molta come dire... gentilezza, con molta ... dandomi un senso di conforto insomma. Aiutandomi ad uscire da un certo blocco mentale, aiutarmi ad uscire dalla depressione soprattutto, perché l'ansia quella continua a venire, i disturbi della personalità non ho capito bene cosa siano, non me l'ha spiegato ancora nessuno, la depressione mi sembra che sia andata via via diminuendo ...

Il *senso di conforto* donato dall'attitudine delle persone del centro ha facilitato, nel suo caso, il miglioramento da uno stato di depressione.

Anche Giorgio argomenta la sua versione dell'atteggiamento da alcuni identificato con la gentilezza: l'attitudine della sua operatrice di riferimento al centro di salute mentale gli trasmetteva una grande calma, tale da permettergli di fare le cose, anche quotidiane, che gli vengono consigliate.

Mi mette molta calma, mi dice le cose con una certa calma, anche magari se ci sono delle volte che magari mi dimentico o non ho voglia di farmi la barba mi dice “dai, tieniti curato fisicamente [...]”, però me lo dice con calma, come una mamma ecco.

*[...] Perché all'inizio è stata molto severa, e io ne avevo bisogno. Perché tante volte non si ha bisogno di miele, ma alle volte c'è bisogno di qualcosa di amaro per capire, però me lo diceva sempre col sorriso, facendo l'occhiolino, stai tranquillo vedrai che **passa tutto... è stata, ha anche un modo di parlare calmo, tranquillo...***

La *calma* trasmessa dall'operatrice, tuttavia, non è una qualità che annulla la determinazione delle sue richieste verso Giorgio: egli racconta infatti di aver ricevuto da parte sua anche dei rimproveri, delle raccomandazioni espresse a tratti con una percepita severità, ma sempre permeati da una gentilezza e una tranquillità che hanno permesso l'ascolto e la messa in atto di strategie di cambiamento. Anche nei suoi atteggiamenti più esigenti, l'operatrice in questione ha trasmesso a Giorgio un senso di rassicurazione e conforto, lo stesso sentimento nominato da Luigi. La doppia valenza dell'atteggiamento della figura significativa, allo stesso tempo esigente e severa quando necessario, ma anche rassicurante e calma, ha accompagnato Giorgio verso un cambiamento personale.

Il concetto di gentilezza riassume bene tutta una serie di atteggiamenti citati da numerosi utenti come apprezzati e utili alla costruzione di una relazione favorevole per la recovery, ma da alcuni viene riconosciuta la necessità, in determinate situazioni critiche di sofferenza acuta, di un **trattamento invece severo**. Ne parla ad esempio Veronica:

Forse la sincerità delle persone che ho incontrato, perché mi dicevano “Oh Veronica, così non va, devi fare così, prova a fare così, prova a cercare, prova a capirti, così non va bene”, persone che mi hanno guidato in vari aspetti, in varie... nell'infermiera che mi veniva al mattino, mi prendeva e mi buttava sotto la doccia anche se io non volevo,

*dalla [Dottoressa] in psichiatria che ogni mattina faceva il giro e se ero a letto si incazzava e mi buttava giù dal letto, cioè **persone che mi davano, chiamiamole così, delle scosse. Adesso le scosse me le do da sola, ecco, questo.***

Veronica riconduce i comportamenti più severi ricevuti dai professionisti durante il suo ricovero alla loro sincerità e schiettezza, qualità all'epoca del ricovero necessarie per alimentare la motivazione a reagire di Veronica, la quale era annullata a causa della malattia, tramite delle *scosse*, dei solleciti che si sono rivelati una guida utile. Queste *scosse*, in un primo momento di origine esogena, vengono poi interiorizzate come modelli di comportamento, a dimostrazione dell'utilità contestuale dell'imposizione di tali rimproveri.

Anche Nicola parla di come la sua figura significativa, nel suo caso un operatore della comunità, lo abbia sollecitato, o “bastonato”, e tali rimproveri continui siano serviti a intraprendere un cambiamento. Questo atteggiamento ha aiutato Nicola a adottare un nuovo punto di vista:

*Però sicuramente **Lorenzo** è stata una parte fondamentale del mio percorso, cioè mi ha aperto un mondo, [...] **lui me bastonava**, me bastonava e continuava... [...] Però quello che posso dirti è che Lorenzo mi ha aiutato a trasformare qualunque cosa mi sia accaduta, ma non perché... **mi ha aiutato a fornire un diverso punto di vista.** È un po' come quando... Sai quando ci sono degli scienziati che fanno degli esperimenti che... Non mi ricordo qual è il termine, ma arrivano al punto in cui si bloccano? Quindi che fanno? Chiamano altri scienziati per vedere se ti possono dare un diverso punto di vista e Michele me l'ha dato.*

A volte la relazione con l'altro può avere il vantaggio di fornire una nuova prospettiva sotto la quale interpretare la propria situazione, e agire quindi di conseguenza.

È stata già citata l'importanza, all'interno delle relazioni ritenute utili dagli intervistati, dell'assenza di giudizio: questo atteggiamento favorisce l'abbattimento dello stigma e dell'auto-stigma, entrambi ostacoli alla recovery. Di derivazione dall'atteggiamento di non giudizio è il concetto di **de-medicalizzazione**, inteso come atteggiamento da parte della società e dei professionisti della salute mentale volto a non considerare il paziente unicamente nella sua accezione di persona malata. Tale atteggiamento risulta

particolarmente utile, secondo le testimonianze degli utenti, nel trattamento della malattia mentale poiché contribuisce all'abbattimento della sopracitata influenza dello stigma giudicante, e anche nella costruzione di relazioni di fiducia efficaci, fondamentali per un percorso di recovery che sia relazionale e sociale.

Sandra introduce il trattamento de-medicalizzante ricevuto dalla propria psichiatra parlando della loro relazione:

*[parlando della psichiatra] ... **un'umanità, accoglienza, il non giudizio**, una cosa molto molto importante, [...] ad esempio nel suo caso io ho trovato da un lato **un'estrema competenza**, quindi proprio una padronanza comunque della situazione, di quello che poteva essere eventualmente utile o meno per me, ma dall'altra parte **un autentico non giudizio**, perché...ed è una cosa difficilissima, perché appunto anche...siamo umani, non siamo macchine, e anche lo psicologo, la psicologa, eccetera, cioè non sono macchine... [...] Quindi, ecco, **questa credo sia stata una cosa importantissima per me: non sentirmi medicalizzata**. Avevo, ovviamente, un problema che rientra in quest'area no? Della salute mentale [...], ma **mi ha trattata comunque da pari, cioè... una persona... hai davanti una persona, una ratio, che si sta rapportando con te, parliamone insieme, non c'è davvero giudizio in me e in quello che verrà**.*

La tendenza alla de-medicalizzazione da parte del professionista si traduce nell'evitare di trattare esplicitamente il proprio paziente in primis come una persona malata, ma innanzitutto come una persona con cui, nel corso di una relazione di cura, si instaura un dialogo. Anche nel racconto di Sandra ricorrono elementi incontrati in altre testimonianze: oltre al riconoscimento della competenza della psichiatra di riferimento, viene citato il suo comportamento estremamente accogliente e privo di giudizio. Proprio da questa assenza di giudizio deriva la percezione di non venire medicalizzata da parte sua. Il trattamento de-medicalizzante prevede dunque l'essere trattati da pari, da persona prima che da paziente. Questa tipologia di relazione viene descritta anche da Marina, che racconta nel seguente modo la relazione con il suo psichiatra:

*Ma perché mi ha sempre **trattato non da malata. Mi ha trattato da persona**, di cui aveva stima in un certo senso. Lo sentivo, non è che mi dicesse "Ah, sei in gamba", ma **mi... capivo che lui mi... aveva stima di me ecco**.*

Marina attribuisce il merito dell'efficacia della relazione terapeutica al modo dello psichiatra di trattarla, appunto, da *non malata*. Marina percepisce questo atteggiamento in quanto si sente trattata, anche qui, da persona alla pari, stimata dal proprio medico. L'approccio che adotta un focus primario sulla persona viene descritto anche da Enea, che parla della relazione con la propria psicoterapeuta:

*Fino a quando non ho conosciuto un **terapeuta** che secondo me... come posso dire... mette al primo posto l'essere umano, io non potevo venirne fuori da questi casini, era impossibile. Perché probabilmente anche per difesa, per incapacità, è facile dire "tu hai questo, tu hai questo", ma non è così... non è così... voi non sapete cosa ho io, possiamo capirlo insieme forse.*

Enea solleva una questione per lui significativa: la relazione con la propria terapeuta si è rivelata efficace proprio per il trattamento intrinsecamente umano ricevuto, che ha plasmato una relazione terapeutica basata sulla condivisione di obiettivi, sulla collaborazione per il loro raggiungimento e sull'assenza di atteggiamenti paternalisti. L'assenza di paternalismo terapeutico viene argomentata da Enea così:

*Come fa a permettersi, uno che cura la mente, l'anima di una persona, di dire "questo fai e questo va bene" ... siamo fuori di testa... non è concepibile una cosa del genere, perché poi capisci anche te i danni che fanno su una persona che sta male. **Perché se hai di fronte a te una persona che sta bene può ribattere, ma una persona che sta male è nelle tue mani.***

Secondo lui l'atteggiamento paternalista, diffuso tra personale medico e psichiatrico, per il quale vengono somministrate al paziente indicazioni di comportamento per uscire dalla malattia, non sarebbe di reale aiuto alla persona che soffre. Al contrario, presenta come esempio di relazione di cura efficace quella con la sua psicoterapeuta, basata sul **riconoscimento delle reciproche umanità**, e della co-costruzione di un percorso. Prosegue infatti:

*Io ho trovato dei **professionisti che si sono fatti vedere come esseri umani**, hanno ammesso di avere delle difficoltà, hanno ammesso di non sapere delle cose, hanno ammesso di dire... **facciamo un percorso insieme, cerchiamo una soluzione insieme.** Che vuol dire che anche tu sei un essere umano, puoi sbagliare, puoi avere delle*

difficoltà... ti fa sentire uguale agli altri un atteggiamento del genere, capisci? .. non giudicante, molto comprendente... [...]

*Io ho trovato un **terapeuta**, e dopo mi ha invitato a casa, abbiamo pranzato, e siamo andati a correre insieme. Se io lo racconto a persone che non hanno la vostra visione... tutto qua lo scoglio. Lo cancellano dall'albo degli psicoterapeuti! Praticamente **mi ha fatto sentire una persona normale**.*

*[...] [terapeuta] ha tante tecniche, quelle che insegnano a voi a scuola immagino... scrittura, fare il diario, gli spostamenti, le sedie... per assurdo io mi sono fidato, e ho, come dire... mi sono fidato quando l'ho vista fragile, in difficoltà. Quello per me ha fatto la differenza. **L'ho vista uguale a me**.*

L'atteggiamento della terapeuta, nominata da Enea come figura significativa, è caratterizzato dalla sua capacità di mostrarsi al suo paziente estremamente umana, capace di compiere errori nel percorso: questa dimostrazione di umanità ha permesso a Enea di non sentirsi, in fondo, così diverso da lei, non giudicato e più "normale" di quanto pensasse. L'atteggiamento adottato dalla professionista viene descritto come non appartenente a un setting terapeutico tradizionale, ma flessibile rispetto a quella che, in quel momento, era per Enea la necessità di sentirsi de-medicalizzato, trattato da persona alla pari. È grazie a questo trattamento da persona alla pari e alla possibilità di vedere anche i lati più umani e fragili della propria terapeuta, che Enea è riuscito a instaurare una relazione di completa fiducia. Questa reciprocità nella relazione terapeutica permette l'annullamento delle asimmetrie di potere professionali, che spesso rappresentano una barriera per l'instaurazione della fiducia tra paziente-terapeuta. A contribuire al senso di reciprocità e alla costruzione della fiducia terapeutica, secondo Enea, è stata anche una componente affettiva:

*[...] Mi sono sentito, come dire... **che ci teneva a me**. Capisci come? E poi io sono fatto così, se io mi fido di una persona non do il cento, do il centocinquanta per cento, capisci?*

Sentire che il proprio terapeuta, o in generale la propria figura di riferimento, sia attivamente e personalmente interessato al proprio benessere è, non solo secondo il racconto di Enea, un elemento di grande aiuto alla costruzione della relazione di cura.

Anche Armando attribuisce il merito dell'essere di supporto della relazione con la propria figura di riferimento sia alla sua professionalità, che all'affetto che ha sentito provenire da parte sua:

*Ecco, e [operatrice del centro di salute mentale] mi ha accompagnato insomma in questi momenti fragili, tragici tutto il resto, e quindi onore al **merito alla sua professionalità e all'amore che mi ha dato perché insomma alla fine dopo c'è sempre questo affetto che si ricerca che forse.***

Un'altra intervistata, Rosa, concorda con quanto detto dalle testimonianze precedenti: a fare la differenza nella costruzione della relazione di fiducia con i professionisti è stata la percezione che essi tenessero personalmente al benessere della paziente:

*Ovvio che però ho trovato nel dottor [X] e nella dottoressa [Y] due **psichiatri** veramente eccezionali con cui mi sono trovata benissimo e anche con le **psicologhe** che c'erano perchè prima ero seguita anche dalle psicologhe, [...] mi sono trovata benissimo anche con le psicologhe, cioè **ho capito che loro mi vogliono bene e ci tengono che io stia bene** insomma e quindi le ringrazio veramente tutti tantissimo perchè sono stati un grande supporto.*

Una relazione terapeutica basata sull'autentico interesse e sullo scambio reciproco viene descritta anche da Giacomo:

*[parlando del suo psichiatra] ...con lui credo di essere entrato nella logica dei racconti, dell'intimità anche dal punto di vista di quello che stava capitando, molto al di là di quello che serviva per fare una diagnosi dal punto di vista della **patologia insomma.***

Nel percorso con il suo psichiatra, nominato come figura significativa, Giacomo riconosce di aver creato una relazione di fiducia che ha permesso la condivisione del proprio vissuto entrando nell'intimità e nella sincerità dei racconti, e che tale relazione l'ha aiutato perché i suoi obiettivi andavano oltre la definizione di una diagnosi, e si interessava al suo percorso di vita e di sofferenza.

L'attenzione alla persona da parte del proprio psichiatra, piuttosto che il focus posto unicamente sulla prescrizione farmacologica, viene citata anche da Chiara:

*Sì, ho avuto come **psichiatra** una dottoressa favolosa, con cui non era solo un rapporto "Farmaci: ne diamo di meno, ne diamo di più" ma proprio guardava quello che per me poteva farmi stare meglio insomma. Mi invitava proprio, mi sollecitava... "prova questo, prova questo, vedrai che con questo riuscirai!" e questo era proprio una relazione continua...*

Un elemento che alcuni utenti menzionano come utile alla costruzione di una relazione terapeutica efficace e al consolidamento della fiducia da riporre nell'intervento del terapeuta, è la reciprocità che si viene a creare all'interno del rapporto con la figura significativa. La relazione terapeutica descritta dai seguenti racconti degli utenti perde in parte le sue accezioni tradizionali di neutralità e riservatezza, con l'obiettivo di mostrare al paziente una figura professionale umana, e creare una relazione supportiva. Roberto, ad esempio, racconta che, durante i colloqui con la sua psichiatra, non veniva trascurato l'aspetto sociale, e di conseguenza veniva effettuato un lavoro volto a restituirgli una capacità relazionale. Inoltre, la disponibilità della dottoressa a condividere parti di sé ha contribuito alla maturazione della fiducia da parte di Roberto:

*E dopo è subentrata la dottoressa [Z] con cui anche con lei parlavamo di tanti altri argomenti insomma, della mia vita, del mio passato, di dove son stato, di dove non son stato e insomma c'era non soltanto l'aspetto clinico ma anche l'aspetto sociale. [...]
Ecco, ci siamo raccontati molte cose, anche lei ha un po' raccontato dei suoi figli e tutto...*

La reciprocità della relazione viene nominata anche da Nicola:

*[parlando della relazione con la figura significativa] È differente... **Quando senti una connessione con una persona e senti che ti vuole bene e gli vuoi bene è differente...***

*[...] Quando siamo riusciti a **metterci quasi allo stesso livello**, perché comunque quando c'è un'immagine della persona, comunque, non la puoi discernere completamente, non la puoi del tutto... però comunque se fai un lavoro piano piano, poi arrivi quasi a farlo del tutto e **in quel momento il momento sono cambiate le cose.***

Le parole di Nicola sottolineano la necessità che ha sperimentato di avere una relazione con la propria figura di riferimento che fosse il più possibile alla pari, sullo stesso livello. In questo modo, non percependo l'asimmetria relativa al ruolo professionale,

Nicola è riuscito a fidarsi del suo operatore, e da questa fiducia è sorta l'opportunità di trarre un beneficio dalla relazione di cura.

Per riassumere, i posizionamenti dei professionisti della salute mentale nei confronti sia dei pazienti che del costrutto di malattia mentale si rivela cruciale per l'instaurazione di una relazione terapeutica efficace, che è a sua volta un importante elemento di supporto al percorso di recovery.

4.2.6 - Le relazioni

RELAZIONI	Supporto della famiglia
	Supporto tra pari

Oltre alle relazioni con i professionisti e con le proprie figure di riferimento all'interno dei servizi, le persone riconoscono l'importanza di avere una rete sociale esterna di accompagnamento e di supporto. Tale rete può essere composta, a seconda degli utenti, oltre che dalle figure professionali incontrate nei Servizi di cura, dalla propria famiglia, da persone che condividono una reciprocità di vissuto, o dalle amicizie esterne ai servizi.

La presenza costante dei **familiari** nei momenti di maggiore difficoltà viene descritta dagli intervistati come un aiuto fondamentale per il processo di recovery. Viene percepita in modo particolarmente supportivo la presenza dei familiari soprattutto nei momenti dei ricoveri. Ad esempio, Filippo ricorda la presenza di familiari e amici durante il ricovero:

*A livello di casa ho praticamente, cioè i miei **familiari**, mio fratello, i miei fratelli e mia sorella, quelli sì, cioè: io quando ero ricoverato... Beh mia sorella c'era praticamente tutti i giorni o quasi, anche se lavorava insomma... Poi venivano... ma anche gli **amici** diciamo, cioè: io non ne ho molti di amici, ne ho un paio.*

Anche Veronica racconta come decisiva la presenza supportiva della madre e della zia durante il ricovero:

... mia mamma e mia zia perché mi facevano...cioè, il fatto di essere andata a finire in psichiatria, nel reparto, era stata una sconfitta totale della mia vita, in quel periodo la vedevo così: non servivo più a niente e a nessuno. Il fatto che loro facessero le corse, perché mia mamma comunque è un'infermiera, lavorava su turni e quant'altro, per venirmi a trovare anche venti minuti...Mia zia che partiva a posta da Piove di Sacco per venire mezz'ora a parlarmi, cioè a parlarmi...a volte stava anche zitta e mi coccolava...

La costanza nell'attenzione a lei dedicata è decisiva per abbattere gradualmente il sentimento di "sconfitta" che associava al ricovero psichiatrico. La partecipazione e l'amore dei familiari le consentono di sentirsi amata, di avere ancora un valore.

La dimostrazione di empatia da parte del proprio nucleo familiare risulta dunque nel tentativo di comprendere e accettare la malattia del proprio congiunto, e nel tentativo di agire collettivamente per farvi fronte, nonostante la difficoltà della fase di accettazione. La partecipazione attiva dei propri cari rappresenta un prezioso accompagnamento nella progettazione di un intervento, così descrive Giacomo:

Devo dire anche che ho avuto credo l'empatia e la vicinanza della mia famiglia che tutto sommato non è merito mio ma è merito di mia moglie se la cosa è così, e che di fronte alle prime avvisaglie di una problematica di carattere psicologico e di carattere mentale, sono riusciti a superare lo scotto della disperazione e darsi insomma una mossa anche loro per darmi una mano a provare a venirne fuori; quindi, il maggior ringraziamento io lo faccio sicuramente a quelli di casa.

La relazione con i membri della famiglia viene definita di supporto soprattutto quando si manifesta in modo non giudicante, aperto alla comprensione e all'ascolto. Ne sono testimonianza i racconti di molti utenti, a partire da Rosa:

... [le figure familiari] allora sono state significative per me perchè mi hanno amato tanto, mi hanno rispettato e non mi hanno giudicato continuando a dire tu sei una persona malata, che cosa hai fatto, mi hanno detto "tu hai fatto questo cosa, non stavi bene e adesso però voltiamo pagina, andiamo avanti" ... perchè avevano già capito che io avevo avuto molto senso di colpa.

L'atteggiamento non giudicante nei confronti della malattia mentale e delle conseguenze della stessa sull'individuo è stato percepito come particolarmente supportivo, come un accompagnamento decisivo per intraprendere, non da soli, un percorso verso un cambiamento. Tale atteggiamento viene descritto anche come l'accettazione dell'esistenza della malattia, come fiducia riposta nell'esperienza delle persone in difficoltà: Patrizia descrive l'accettazione che ha ricevuto da parte del marito:

*Perché [mio marito] ha un po' **accettato** questi miei momenti in cui mi ritiro in camera nel letto, dormo, e senza cercare di forzarmi troppo e seguendo i miei ritmi, insomma, per quello... poi chiaramente litighiamo anche... **Però ho trovato una persona che ha capito che non stavo facendo apposta.** Che magari in altre, ho sentito in altre situazioni cercavano altre donne o se ne andavano...*

Ricevere fiducia e accettazione circa il vissuto che la persona sta attraversando non è per nulla scontato secondo gli intervistati, e sono quindi percepiti positivamente tutti i comportamenti esterni che validano l'esperienza soggettiva di malattia.

Ulteriore atteggiamento vissuto come supportivo è quello del rispetto dei tempi e dei ritmi, definibili unicamente dal protagonista del disagio, da parte delle persone che circondano la persona malata. Non imporre la propria volontà ed evitare di esercitare pressioni di cambiamento permettono di maturare un sentimento di libertà e protagonismo, lo stesso sentimento indotto dai professionisti dei Servizi di salute mentale *recovery-oriented*.

Il rispetto dei confini e dei tempi personali e la non invadenza dei familiari viene raccontata, ad esempio, da Laura, quando parla della relazione supportiva con il fratello:

*Mio fratello, direi mio **fratello**. Perché lui mi è **sempre stato vicino, però non è stato un vicino tipo assillante**, di quelli che mi diceva "Devi fare, devi, devi essere, devi prendere, devi..." Cioè è **stato un essermi vicino, più capita**, cioè mi sono sentita più capita con lui rispetto che con i miei genitori, ad esempio no? Cioè con lui era un prenderla seriamente, ma in modo easy, nel senso "Ok, **prenditi la tua medicina**, dai che poi, che ne so, andiamo a farci un giro, cioè una cosa un po' così...". Cioè voleva **farmela vedere come una cosa normalissima di questa vita**, cioè nel senso prendila con calma "Dai che andiamo a berci qualcosa?" Non lo so, cioè oppure "Ah oggi non*

*hai voglia di alzarti?” Dai che andiamo a mangiarci...” boh, qualsiasi cosa che mi piacesse... [...] Oppure anche quando stavo male, lui non era uno di quelli che mi diceva “Andrà meglio” o che mi prometteva la luce, le stelle, il che cavolo; cioè lui era di quelli “Vabbè oggi è andata male, ma magari domani... potrebbe andare meglio”,
no? E quindi è stato un supporto positivo per me mio fratello.*

L'assenza di paternalismo e di volontà di controllo da parte del fratello viene vissuto come un fattore di aiuto alla normalizzazione della malattia; Laura racconta non solo di sentirsi in questo modo compresa, ma anche trattata in modo sincero e soprattutto “normale”.

Anche Armando nomina l'assenza di pressioni da parte del sistema familiare:

*Poi anche i rapporti, ho due **figlie**, quindi con la **famiglia**, insomma, **mi sono state vicine sempre con un certo rispetto, non ho mai subito pressioni da parte loro** così, cioè vedevo che mi aiutavano, però anche loro erano molto disorientate perché la famiglia in quei momenti è impotente, non sai che pesci pigliare, però ho avuto questo **aiuto così indiretto che è stato molto importante...***

Questa assenza di pressioni è percepita come un accompagnamento rispettoso e connotato da una spiccata sensibilità, qualità giudicata all'unanimità fondamentale per relazionarsi con la diversità. Nei momenti più difficili anche solo il rispetto degli spazi e dei tempi della persona viene percepito come un grande aiuto, seppur indiretto.

Sempre Armando prosegue ad evidenziare ulteriormente la discrezione con cui i suoi familiari gli sono stati vicini:

*... quelle idiozie che certi ti dicono per fortuna pochi nel mio caos, io non le ho sentite, [da parte della mia famiglia] c'era un **avvicinamento, un consiglio, una parola positiva senza forzare** perché in quei momenti non riesci a far tanto, magari riuscivano a farti fare quel passettino minuscolo impercettibile che poteva, che poi è diventato importante insomma, perché **la sommatoria di questi piccoli momenti sono quelli che poi ti hanno dato la vita e quindi queste persone con discrezione mi avvicinavano e sono state vicine ecco, così, adeguatamente...***

Altri utenti raccontano invece di aver tratto beneficio da un atteggiamento più deciso e determinato da parte di chi gli stava accanto. Esempio è la testimonianza di Federico,

che riferisce di aver apprezzato la capacità della madre di prendere in mano la situazione e indirizzare il figlio verso un percorso riabilitativo, all'epoca necessario:

*E poi, **mia mamma**, oltre al fatto che, vabbè, la mamma è sempre la mamma, quindi ti sostiene... secondo me una cosa che è stata **fondamentale, ha messo da parte l'affetto e mi ha costretto a fare un percorso, quindi determinazione**, forse, nel senso che non sapeva più come fare e ha preso questa decisione. Trovo che sia stata utile... se io fossi tornato a casa non sarei migliorato, avrei continuato a stare male, a fare magari certe cose e a non rendermi conto neanche di certe cose.*

Per la maggior parte degli intervistati, la famiglia ha rappresentato un fattore di motivazione al cambiamento: infatti l'affetto provato per i membri del nucleo familiare, oppure la sofferenza causata a essi ha spesso determinato l'intenzione a un tentativo di miglioramento della propria situazione.

L'amore della propria famiglia, che persiste nonostante le azioni giudicate deprecabili dalla persona, è motivo di speranza per Veronica:

*Poi c'è stata il fatto che anche se avevo fatto una cosa brutta, cioè tentato il suicidio, **la mia famiglia comunque continuava ad amarmi e amarmi anche di più**, cioè a dimostrarmelo, perchè fino a prima gli atti di amore non erano, diciamo non si manifestavano più di tanto nella mia famiglia. Il fatto che mia mamma, ad esempio, veniva in ospedale tutti i giorni a trovarmi, mia zia un giorno sì e uno no, **mi ha fatto capire che comunque ero amata e quindi c'era qualche speranza.***

Non è solo l'amore ricevuto dalla famiglia a fornire una spinta verso il cambiamento, ma anche l'amore provato in prima persona per i propri familiari: Federico racconta che, in assenza di un senso di cura verso sé stesso, messo a tacere dalla malattia, è stata la cura verso i familiari a motivare il cambiamento.

*... io penso che ognuno abbia i suoi punti d'appoggio che non sono sempre fissi... però, nel senso secondo me è utile perchè quando uno non vuole bene a se stesso, forse ne vuole bene agli altri, e quindi ci si deve aggrappare lì, perchè se uno non vuole bene a se stesso non ha motivo per andare avanti, quindi per me è stata la mia **famiglia**, ma può essere qualsiasi altra persona... Credo che sia utile, come punto d'appoggio... io non mi volevo bene, sennò non avrei fatto certe cose **e credo che almeno il voler bene a***

*loro sia stato un punto di partenza. Nel senso, sì perchè sennò non... Cioè se non si vuole bene a se stessi, non si vuole bene alle altre persone, non c'è **motivo di cambiare**, non c'è motivo di fare sforzi. **Quindi sì credo che bisogna trovare un qualcosa per cui dire "Va bene dai, ci provo"***

Anche Giorgio racconta della spinta a cambiare data dal vedere soffrire i suoi familiari più stretti. Il dispiacere provato per le persone amate lo motivava a intraprendere un percorso per porre fine alla sofferenza delle persone intorno a lui, oltre alla propria:

*E poi io ogni tanto quando stavo male mi guardavo allo specchio, mi guardavo negli occhi e mi dicevo **"oggi deve andare meglio, oggi deve andare meglio"**, [...] **vedere soffrire mio padre** che già aveva una certa età, aveva sui 70 anni, **vedere soffrire i parenti**, ho visto un cugino piangere davanti a me dal dispiacere, un cugino che siamo molto legati perché anche lui ha passato un po' di depressione, di esaurimento, e allora capisce...*

Tale significazione del supporto familiare, indiretto ma decisivo, ricorre anche nelle narrazioni di Karim...

*Indirettamente la mia **famiglia**. In che senso la mia famiglia? Cioè, loro erano preoccupati e allora...cioè, **per non lasciarli preoccupati, per non lasciarli soffrire per me io in quel momento avevo voglia di cambiarmi, cioè di riprendermi un'altra volta la mia vita in mano, no?***

... e di Federico:

*Secondo me il mio percorso, gran parte lo devo alla mia **famiglia**. Nel senso che **vedere le persone che mi stanno vicine che soffrivano per come stavo mi ha spronato**. Infatti, dall'episodio del tentato suicidio in Meridiana, sì, ho visto proprio che, come se loro non volessero avere più a che fare con me se io avessi continuato per quella strada **insomma. Quindi sono stati molto importanti**.*

In quest'ultimo stralcio di testo è possibile notare come, alla volontà di cambiare per non veder più i propri cari soffrire, si aggiunge il timore di poter perdere il loro amore e il loro supporto nel caso il percorso di cambiamento non venisse intrapreso.

Spesso, dunque, la spinta a cambiare ha la sua origine non da sé stessi, ma dalla presenza delle persone significative intorno alla persona: è questo il caso anche per Nicola che, dopo la nascita del figlio, capisce la necessità di iniziare un percorso per evitare che la sua situazione avesse ripercussioni sulla vita del figlio:

In tre secondi mi ero visto tutto quello che poteva accadere, col bambino, tutte le ripercussioni che avrebbe avuto tutta la vicenda in un secondo. Mi so rivisto tutte 'ste cose. Non lo so fatto sta che la mattina me sveglio, vado dall'assistente sociale del Sert e le dico "me so stancato, io c'ho bisogno di andare in comunità"

Nicola fa riferimento a un evento specifico della sua vita, in cui acquisisce consapevolezza circa la sua situazione, circa la necessità di un supporto esterno per trovare una via d'uscita. Anche nel suo caso la via verso il cambiamento viene intrapresa pensando alle persone circostanti, nello specifico pensando alle possibili ripercussioni sulla vita del neonato figlio. Anche in questo senso la famiglia si rivela una potente spinta al cambiamento.

Oltre alle relazioni con i membri familiari, per molti intervistati è stata cruciale anche l'esperienza di relazionarsi con un **gruppo di pari**, ovvero persone conosciute nell'ambito dei Servizi di salute mentale, nei gruppi delle attività organizzate dai centri, durante i corsi di psicoeducazione, o in contesti lavorativi protetti. Come è già stato sottolineato esaminando i vantaggi della partecipazione ai corsi di psicoeducazione e alle attività dei centri di salute mentale, relazionarsi con persone con vissuti simili può rappresentare un importante momento di scambio, confronto, crescita e normalizzazione della propria sofferenza, oltre che occasione di ricostruzione di una rete sociale positiva.

Ne parla, ad esempio, Armando:

*... se si partecipa ad **un'attività** [...], e lì c'era l'interazione, si parlava del più e del meno, anche di cose che sembravano banali, [...] è stato molto positivo anche quella **interazione con alcune persone che avevano problemi magari similari e qua ti trovi a contatto e quindi hai questo scambio, c'è un'osmosi che è fondamentale per capire, per farsi capire, per far qualche passo avanti.***

Armando si riferisce all'esperienza maturata durante i gruppi delle attività organizzate dal centro di salute mentale a cui faceva riferimento: in questo contesto ha incontrato

persone simili, e definisce tale conoscenza fondamentale per *capire e farsi capire*. Il confronto e il dialogo hanno aiutato quindi a conoscere meglio la propria condizione, e da questa conoscenza migliorata è stato possibile fare dei passi verso un cambiamento.

Giorgio racconta di aver ricavato dal confronto con altri utenti, elementi utili al suo percorso, testimonianze positive che si sono rivelati dei consigli da mettere in atto per migliorare:

*Anche **tanti utenti mi hanno aiutato**, io non è che ho un dono, ma ho una peculiarità, che mi piace molto ascoltare... e ho trovato in qualche utente un certo grado di intelligenza che mi ha fatto sì non di copiare, ma di buttare dietro le cose negative delle persone e tenere davanti le cose positive, **prendere da ciò che è positivo, questo mi ha aiutato a stare meglio.***

Questo è stato reso possibile dalla capacità di Giorgio di ascoltare gli altri e di coglierne i lati positivi e più stimolanti. Il raccontarsi agli altri e accogliere i racconti altrui, quindi, offre la possibilità non solo di conoscere meglio se stessi, ma anche di condividere ciò che si è imparato durante il percorso, nella speranza che possa risultare, talvolta, utile agli altri.

Alessio sottolinea il ruolo fondamentale che ricopre il gruppo in sé:

*... è l'équipe che fa la differenza, perché una persona da sola sì, ti può dare tanto, però diventa dura, forse. E quindi **l'équipe, il gruppo, secondo me fa la differenza.** È come quando uno è da solo o è in compagnia: se è da solo, la testa comincia a... come si dice... a rimuginare; **se uno invece è in compagnia, le cose cambiano in meglio, perché ci si scambiano in tante cose insieme e si cresce, perché secondo me in qualsiasi persona, anche nella più cattiva, c'è qualcosa di buono, anche se poco, però c'è.***

La partecipazione ad attività pensate per un gruppo di individui con problematiche simili svolge una funzione che potrebbe apparire scontata ma, secondo le testimonianze, è possibile evincere non lo sia affatto: il gruppo offre la possibilità di stare in compagnia, e di diminuire il tempo passato da soli. Questo aiuta sia da un punto di vista di diminuzione di rimuginio e di pensiero rivolto esclusivamente alla propria condizione, sia all'attivazione di un processo di crescita personale, che si può ottenere

proprio grazie all'integrazione delle esperienze di persone diverse. Ritorna dunque, anche nel percorso descritto da Alessio, il tema della condivisione dell'esperienza e della capacità di cogliere i lati più positivi e utili delle persone circostanti.

Ancora Giorgio prosegue parlando dell'esperienza nel contesto abitativo delle case protette: durante questo periodo ha costruito relazioni e amicizie, che sono sopravvissute all'esperienza contestuale:

*Poi ho avuto, quando sono stato alle case protette, ho trovato degli amici veramente che ci scriviamo ancora adesso, ci sentiamo, ci vediamo... Nella mia sfortuna ho avuto la fortuna di trovare delle **buone amicizie**. E forse anche questo è molto importante, **che ci capivamo a vicenda**.*

L'amicizia, secondo Giorgio, è stata alimentata dalla possibilità di capirsi a vicenda: le soluzioni abitative delle case protette infatti ospitano persone con una molteplicità di sofferenze psichiche, e questa affinità esperienziale ha permesso di costruire più facilmente delle relazioni durature.

Relazionarsi con un gruppo di pari, attento alle problematiche che comporta una sofferenza psichica, aiuta a superare i timori legati al vivere in una condizione di diversità rispetto alla norma e a combattere la solitudine, spesso conseguenza diretta dello stigma e dell'auto-stigma. Ne sono prova le testimonianze di Brian...

*[conoscere persone che vivono la stessa situazione] innanzitutto **capisci che non ti sta succedendo una cosa anomala**, questo è un grosso sollievo, è una cosa forte capire **che ci sono cure e possibilità per te ...***

... e di Giacomo:

*... i miei **amici** che vengono con me a fare, diciamo, didattica nelle scuole, mi hanno messo veramente in condizioni, come dire, di **superare la paura della malattia e di trovare la forma della vita** in qualche maniera.*

Brian attribuisce alle relazioni strette con altri utenti il merito di avergli dato una speranza di cambiamento, di avere delle possibilità. Confrontarsi con persone simili aiuta a normalizzare la malattia, a capire che quello che sta succedendo non è una cosa *anomala* e isolata, ma più comune di quanto si pensasse, e soprattutto superabile.

Giacomo invece pone l'accento sul contributo, dato dalla relazione con gli utenti con cui si occupava di svolgere lavori di sensibilizzazione nelle scuole, verso un superamento della paura della malattia. Ciò ha rappresentato un grande passo nel capire che era possibile una vita in coesistenza dalla malattia, e ciò che era necessario era *trovare una nuova forma* entro la quale vivere.

In conclusione, è fondamentale per la persona sapere di avere una rete sociale supportiva e il più possibile paziente. Tale rete può essere composta dal proprio nucleo familiare o da un membro familiare, da una rete amicale esterna ai servizi, oppure da un gruppo di pari.

4.2.7 - Il lavoro o le attività di volontariato

LAVORO / VOLONTARIATO	Influenza positiva sulla salute mentale
	Influenza negativa

Nel corso delle interviste alcune domande sono focalizzate sull'indagine della situazione lavorativa degli intervistati, con gli obiettivi di comprendere il ruolo dei servizi nel supporto all'inserimento lavorativo in contesti protetti e di identificare l'eventuale influenza dello svolgimento di un'attività lavorativa o di volontariato sulla salute mentale degli utenti.

La maggioranza degli intervistati ha menzionato **l'esperienza lavorativa come un'opportunità utile** al proprio percorso personale, mentre una minoranza ha sottolineato alcuni aspetti che hanno influito negativamente sulla loro salute mentale.

La significazione più diffusa che viene attribuita all'attività lavorativa, o alle attività di volontariato frequentate, è quella che riguarda l'assunzione di responsabilità, e come essa si possa rivelare di supporto alla ricostruzione dell'autostima personale. Ne è esempio l'opinione di Karim:

Mi hanno dato un compito che mi impegnerà nel mio futuro, perché mi sa che anche quello mi ha dato una mano a riprendermi, una responsabilità... un compito o magari un'importanza, ti dà un valore.

Sul luogo di lavoro infatti vengono affidate dei compiti che sottendono delle responsabilità: sentire di avere delle responsabilità e un ruolo in cui gli altri ripongono fiducia aiuta gli utenti a dare un senso al proprio operato e alla propria quotidianità. Inoltre, l'assegnazione di compiti e responsabilità da parte dei superiori aiuta a motivare la persona a dimostrare il proprio valore, le proprie capacità, e gradualmente le aspettative che vengono riposte sulla persona dall'esterno vengono interiorizzate, permettendo una crescita dell'autostima. Veronica parla dell'assunzione di responsabilità e delle aspettative interiorizzate:

*Avere delle **responsabilità** mi aiuta, perché se non ho responsabilità un po' mi lascio andare; se ho delle responsabilità, anche piccole, **mi accendono un po' quella fiammella che c'è dentro di noi**, che ti dice "vai avanti, devi andare avanti" perché **la gente si aspetta questo da te, e poi diventa un "io" mi aspetto questo da me.***

Veronica successivamente prosegue, sottolineando come la fiducia ricevuta dall'esterno sia stata fondamentale per contribuire a una ricostruzione dell'autostima personale:

*E anche poi la fiducia del posto dove lavoro ora, **mi hanno dato fiducia**, mi hanno fatto il contratto a tempo determinato intanto, mi hanno detto che lo rinnoveranno per altri sei mesi e poi faranno un indeterminato... [...] **Questo mi ha aiutato molto, nella mia autostima**, diciamo... Se loro dicono che io sono pronta per lavorare come dipendente, allora vuol dire che ho fatto dei passi...*

Sapere che i datori di lavoro la ritenevano in grado di svolgere i suoi compiti al punto da offrirle un contratto a tempo indeterminato l'ha fatta riflettere sul fatto che il suo cambiamento fosse non solo già in atto, ma potesse proseguire in modo promettente. Questa consapevolezza di sé, del suo percorso e questa rinnovata autostima sono fattori che contribuiscono al percorso di recovery. Anche Marina ribadisce il ruolo svolto dalla sua occupazione da insegnante nell'aumento della sua autostima:

Se invece non fossi più andata a insegnare sarebbe stato un disastro dal punto di vista della mia autostima**...cioè, andare a scuola e riuscire a insegnare, a volte con difficoltà, però a volte con soddisfazioni, **ha aumentato la mia autostima.

Alcuni utenti riferiscono di aver tratto beneficio da un'attività di volontariato o lavorativa per il senso di utilità alla società e di valore all'interno della stessa che

un'occupazione comporta. Ad esempio, Diego racconta delle conseguenze psicologiche della sua attività di volontariato:

*Sì, perché l'aver potuto fare del volontariato per me è stato un **modo di sentirmi utile, di sentirmi funzionale, di sentirmi riconosciuto**. Ecco, c'è questo bisogno qui... **che tanta della mia rabbia è che non mi sento riconosciuto** [...] e questo mio senso di **rivalsa, [...] rivendicazione, capito?***

Per Diego questa attività ha comportato un senso di rivendicazione, di rivalsa, di dimostrazione al mondo che la malattia non è stata un impedimento a mostrarsi utili e a vedere il proprio valore riconosciuto.

Marina invece mette in luce come riprendere a praticare la sua professione sia stata una dimostrazione, a sé stesso prima che agli altri, che la malattia non aveva annullato le sue capacità:

*Ha aiutato sicuramente, perché **ho capito che ero ancora in grado di fare il mio lavoro**, magari con momenti di *défaillance*, così, però ho sempre fatto il mio lavoro e ho avuto anche delle risposte positive...*

Questa dimostrazione è stata fondamentale per riacquistare autostima in sé stesso, e capire che la malattia non era un ostacolo insormontabile.

Altri utenti sottolineano l'importanza delle attività occupazionali nello scandire i ritmi giornalieri, poiché rappresentano un'occasione per uscire di casa, interagire con altre persone e mantenere occupati mente e corpo. A partire dalla testimonianza di Marina, che attribuisce al lavoro come insegnante il merito, innanzitutto, di farla uscire di casa:

*Fondamentale perché **mi dava dei ritmi, mi faceva uscire la mattina, mi imponeva di insegnare...***

Similmente Patrizia parla della propria occupazione presso un negozio del paese come un'occasione per uscire di casa, e per svolgere attività manuali che la rendono soddisfatta di sé stessa:

*Intanto [è un modo] per **uscire di casa**, perché almeno una volta in settimana io vado e sto lì mezza giornata in bottega, e poi **faccio qualcosa che mi piace** perché ho la passione per quelle cose lì e mi fa bene insomma, sento che sono... quando guardo sono*

*soddisfatta, non è che mi interessa l'opinione degli altri... basta che **dentro di me certo trovi soddisfazione per quello che ho fatto**, insomma.*

Brian riconosce l'importanza di mantenersi impegnato, mantenersi attivo attraverso il lavoro:

Sì al lavoro è molto importante tenere impegnato mente e corpo... [...] impegnando mente e corpo senti le tue potenzialità, i tuoi ostacoli, capisci come sei messo quotidianamente.

Lavorare richiede una presenza, mentale e fisica, che consente di mettere alla propria le proprie capacità, conoscerle mentre attraversano un cambiamento, e sostenere la consapevolezza di sé stessi e del proprio percorso.

Il lavoro è anche un modo per sentirsi utili a livello sociale, all'interno di una comunità. Rosa descrive i benefici che ha avuto continuare a lavorare sia dal punto di vista relazionale, poiché le ha permesso di interagire in modo continuativo con gli altri, sia dal punto di vista personale, in quanto si è sentita *parte del mondo lavorativo*:

*[Lavorare] ha avuto degli aspetti positivi perchè **vedere delle persone a me fa molto bene**, [...] anche con i colleghi sono riuscita ad instaurare dei buoni rapporti con tutti e quindi per me è molto costruttivo e molto bello poter parlare con le persone, poter interagire, **essere utile, sentirmi ancora far parte del mondo lavorativo.***

Anche per lei il luogo di lavoro rappresenta un'occasione per interagire con altre persone e uscire quindi dall'isolamento verso cui spinge spesso la malattia. L'interazione e la relazione si dimostrano, ancora una volta, strumenti ritenuti fondamentali per avviare e mantenere in azione un cambiamento personale. Inoltre, dal momento che il lavoro è una parte integrante e fondativa della società, essere occupati è un ottimo modo per sentirsi parte di essa e, di conseguenza, abbattere il muro che spesso lo stigma della malattia mentale erge tra la cosiddetta *normalità* e le persone più fragili. Questo tema ricorre anche nel racconto di Marina, che ripete di come, non avendo smesso di lavorare nonostante le difficoltà personali che stava attraversando, si sentisse *cittadina di prima classe*, quindi parte della società:

*È stato fondamentale il lavoro, perché dico, non era sempre tutto rose e fiori, era difficile, però comunque mi dava...**mi faceva sentire cittadina di prima classe...di prima classe, insomma, cittadina a tutti gli effetti.***

Nonostante le testimonianze presentate finora si trovino in accordo circa i benefici di svolgere un'attività, retribuita o meno, la narrazione delle conseguenze del lavoro non è univoca. Alcuni utenti parlano di come, determinate esperienze in determinati contesti lavorativi, abbiano gravato sulla loro condizione. Ne sono esempio le testimonianze, in ordine di Enea:

*[Il lavoro] ha aggravato la situazione, sì. [...] A momenti sono dovuto anche andare in malattia perché non riuscivo a fare le cose che dovevo fare. Ma secondo me è proprio un discorso di, anche lì, **se il clima fosse diverso probabilmente le problematiche non erano così presenti. Io noto in me stesso che, quando sono sotto pressione, vengo giudicato, a mio modo in maniera non giusta, ne risento molto dopo. Perdo un po' di sicurezza.***

E quella di Luigi:

Mi ha fatto sentire... meno valido di quello che potessi, che mi ritenevo essere, mi ha fatto sentire ad un livello di inferiorità rispetto ad altra gente.

Le due narrazioni hanno in comune il sentirsi giudicati dall'esterno, in questo caso sul luogo di lavoro. Queste ultime testimonianze rappresentano una netta minoranza poiché quasi tutti gli intervistati hanno riferito un'esperienza positiva, specialmente se supportati dai servizi in un inserimento professionale adeguato alle loro necessità.

CAPITOLO 5 - DISCUSSIONE DEI RISULTATI

In questa sezione verrà offerta una sintesi dei principali temi emersi nella fase di analisi dei risultati. Essi saranno progressivamente confrontati con i dati disponibili in letteratura. I contenuti principali verranno discussi mantenendo, per quanto possibile, l'ordine e le macrocategorie definiti nella presentazione dei dati: ogni paragrafo aspira a discutere uno o più dei macro-temi tra quelli identificati in fase di analisi in risposta alla domanda di ricerca “Quali elementi risultano utili alla recovery?”.

5.1 - Il problema dello stigma e dell'accettazione della malattia

La maggior parte dei partecipanti ha menzionato la centralità, all'interno del proprio percorso di recovery, della fase di accettazione della malattia. È possibile osservare, nella presentazione dei dati relativa alla prima categoria generale, quella delle “risorse personali”, come molti utenti attribuiscono al processo di accettazione della propria malattia il merito dell'inesco di un percorso verso il cambiamento. L'accettazione a cui gli utenti fanno riferimento, tuttavia, non è intesa in modo univoco. Per alcuni essa significa accettare la propria diagnosi e accoglierne le conseguenze: accettare di avere una malattia con un nome e un funzionamento ben definito può rappresentare un sollievo dai propri sensi di colpa causati dall'ineffabilità della malattia psichica, ed essere quindi un punto di partenza. Per altri l'accettazione riguarda la presa di consapevolezza non tanto di avere una malattia, ma del proprio funzionamento personale, innato e non categorizzabile. Questa duplice interpretazione dell'accettazione apre la strada al dibattito circa le modalità soggettive di definizione della malattia: alcune persone trovano beneficio nell'accogliere la diagnosi assegnata e nell'identificare con essa il proprio vissuto; per altri risulta invece importante rifiutare un modello medicalizzante della propria esperienza. È quest'ultimo il caso non solo di alcune delle testimonianze del nostro studio, ma anche di altre presenti in letteratura: non sempre è gradita, da parte dei protagonisti della sofferenza, la medicalizzazione della propria condizione; taluni preferiscono considerare la propria esperienza come intrinsecamente connessa alla natura dello spirito umano (Unzicker, 1989). Entrambi gli scenari di auto-definizione presuppongono però la presenza della fase di accettazione e di superamento della negazione. Secondo Deegan (1988) la negazione rappresenta una fase fondamentale del percorso di recovery: solo attuando questo superamento è

possibile arrivare a una comprensione della malattia, che ognuno declinerà nella modalità più funzionale al percorso personale. È possibile affermare dunque che l'accettazione non prevede necessariamente l'adozione di un modello interpretativo medicalizzante, ma è sufficiente l'acquisizione di consapevolezza e lo sviluppo di una prospettiva individuale per significare la propria esperienza e comprenderla, abbandonando il rifiuto della sua esistenza (Ridgway, 2001). Questo concetto è esposto nello studio di Ridgway (2001), che consiste in un'analisi qualitativa di narrazioni di recovery: uno dei temi più ricorrenti è stato proprio quello dell'accettazione e del superamento della negazione, nelle sue accezioni più o meno medicalizzate. L'obiettivo dell'accettazione, qualsiasi sia la significazione sottostante, rimane, secondo la testimonianza di Deegan (1988), quello di accettare e conoscere i propri limiti: è infatti attraverso la comprensione di questi ultimi, ovvero di tutto ciò che la propria condizione non permette di fare, che è possibile capire cosa invece si può fare e chi si può essere. È l'accettazione della propria condizione, dunque, a proiettare il soggetto verso un futuro di cambiamento. Anche lo studio qualitativo di Mizock et al. (2014), anch'esso basato sull'analisi delle narrazioni in prima persona, evidenzia la possibile problematicità della definizione della malattia: in linea generale, coerentemente alla letteratura esistente riguardante i benefici dell'accettazione, l'accettazione è vista nella sua connotazione positiva rispetto al percorso di recovery. Tuttavia, anche Mizock et al. (2014) rilevano una non totale omogeneità nelle risposte dei partecipanti allo studio: per alcuni l'accettazione della malattia viene significata come una sottomissione all'etichetta diagnostica assegnata, e ciò porta verso una rassegnazione e un allineamento identitario agli stereotipi stigmatizzanti che essa comporta. Questa eterogeneità di risultati, in apparenza contraddittoria, è dovuta in realtà non tanto alla messa in dubbio dell'utilità del processo di accettazione, ma alle diverse modalità soggettive di definizione della propria condizione. Di conseguenza, senza entrare nel merito dell'identificazione o meno della propria condizione come malattia, l'accettazione, intesa come consenso alla ricezione di supporto esterno e come presa di consapevolezza dei propri limiti, risulta in generale associata ad un'aumentata aderenza ai trattamenti proposti, con conseguente miglioramento della qualità di vita (Kravetz et al., 2000; Jacobson e Greenley, 2001; Roe e Chopra, 2003).

Posta questa premessa circa l'importanza dell'accettazione, è opportuno citare l'elemento che ricorre sia nella presente analisi sia in letteratura come uno dei principali ostacoli all'accettazione e, più in generale, al percorso di recovery: lo stigma. Il tema dello stigma permea, talvolta in modo sottinteso o solamente alluso, moltissime tra le narrazioni biografiche analizzate. Il costrutto di stigma può essere distinto in due forme: la prima è quella dello stigma pubblico, che comprende tutto ciò che riguarda gli stereotipi, i pregiudizi, le discriminazioni provenienti dall'esterno: secondo questo processo gli individui appartenenti alla categoria dominante presente nella società adottano un determinato pensiero stereotipico nei confronti della malattia mentale, che rappresenta la diversità, e agiscono, in modo discriminatorio, di conseguenza (Corrigan e Bink, 2005). La seconda forma in cui lo stigma si manifesta è quella dell'auto-stigma: in questo caso è la persona appartenente alla categoria stigmatizzata a interiorizzare il giudizio esterno e auto-attribuirsi le caratteristiche identitarie stereotipiche (Corrigan et al., 2006).

L'influenza negativa di entrambe le forme di stigmatizzazione sul percorso di recovery individuale è dimostrata da una varietà di studi (Link e Phelan, 2001; Link et al., 2001; Wahl e Calabrese, 2001; Sokratis et al., 2004; Lysaker et al., 2007; Yanos et al., 2008; Yanos et al., 2010; Yanos et al., 2020), che condividono il risultato di una preoccupazione comune alla maggior parte dei partecipanti nei confronti dello stigma riguardante la malattia mentale. L'impatto che la variabile dello stigma esercita sulle vite degli utenti dei Servizi di salute mentale è definito all'unanimità come particolarmente negativo. In primis, come teorizzato da Goffman (1963), le persone che fanno parte di una categoria discriminata vivono in un quasi costante stato di stress dovuto al monitoraggio della diffusione dell'informazione sulla propria condizione. Le ricerche che si sono occupate di indagare l'esperienza soggettiva della stigmatizzazione riportano una significativa influenza delle conseguenze dello stigma soggettivo, ovvero dell'auto-stigma (Sokratis, 2004): l'interiorizzazione dello stigma si traduce, ad esempio, nel calo dell'autostima, o nella difficoltà sperimentata dai soggetti ad approcciarsi ai Servizi di cura, e in generale a chiedere aiuto. Questo elemento è facilmente riscontrabile anche nelle testimonianze delle interviste analizzate: l'avvicinamento ai Servizi di salute mentale e l'accettazione dei trattamenti sono infatti descritti come subordinati al superamento del forte senso di auto-stigma e

all'accettazione della presenza di un problema. Per questo motivo lo stigma è descritto come un importante ostacolo alla recovery: cedere alle voci provenienti dall'auto-stigma e aderire all'etichetta stigmatizzante significa non solo rinunciare a chiedere aiuto a causa di sentimenti di vergogna, ma anche ritirarsi nell'isolamento e rassegnarsi alla percezione di impotenza e allo *status* di malato psichiatrico nella sua accezione cronica e passiva. I fattori appena citati sono esplicitamente contraddittori rispetto ai principi del paradigma di recovery, e per questo costituiscono uno degli ostacoli più significativi al cambiamento. Inoltre, secondo il modello dell'“*Illness Identity model*” (Lysaker et al., 2007), più l'identità personale viene intaccata dall'interiorizzazione dello stigma, più le persone si rassegnano a non avere speranza di recovery, rinunciando di conseguenza ad agire in direzione di un cambiamento. La revisione di Yanos et al. (2020), che ha preso in esame precedenti studi che esploravano l'“*Illness Identity model*” (Lysaker et al., 2007; Yanos et al., 2008; Yanos et al., 2010), ha sottolineato l'esistenza di una correlazione tra la presenza di auto-stigma negli utenti e la persistenza della sintomatologia legata alla malattia; inoltre, l'auto-stigma è correlato anche ad *outcomes* negativi di recovery, che si manifestano nell'aumentato rischio di ideazione suicidaria, in un peggior funzionamento sociale o lavorativo, e in una minor aderenza ai programmi di cura offerti dai Servizi.

Nell'ottica di superamento delle forme di stigmatizzazione e del raggiungimento dell'accettazione, che, come è stato detto, può essere funzionale alla recovery, circa un terzo dei partecipanti ha menzionato l'utilità di percorsi e interventi volti all'educazione e alla conoscenza approfondita del funzionamento della propria malattia. Questo momento di formazione può avvenire, secondo i dati raccolti, attraverso i corsi di psicoeducazione o all'interno di percorsi personali di psicoterapia. La psicoeducazione organizzata dai Servizi di salute mentale rappresenta per gli utenti un'occasione di imparare gradualmente a prendere familiarità con la propria sintomatologia e con le strategie di gestione della stessa. Inoltre, questi programmi sono anche occasione di incontro, confronto ed esercizio alla relazionalità con altri utenti e con le figure degli utenti esperti. La valutazione generale che viene data a questa tipologia di iniziativa è significativamente positiva: conoscere il proprio funzionamento rappresenta un ulteriore tassello per raggiungere una sincera accettazione della propria condizione, che non appare più estranea, negata, o indecifrabile agli occhi del soggetto. Conoscere la

malattia significa anche imparare a identificare precocemente i prodromi delle crisi più acute e con essi le strategie per meglio gestirle. Questo restituisce ai partecipanti un senso di controllo, di *agency* e di partecipazione attiva al proprio percorso. Inoltre, i corsi sono occasione di relazione tra pari: il supporto tra pari si rivela fondamentale per l'abbattimento dello stigma e la normalizzazione del proprio vissuto: entrando in contatto con persone con vissuti simili si esce dall'isolamento percepito a causa dello stigma, ed è reso possibile uno scambio di esperienze che si può rivelare prezioso sia alla propria crescita personale, sia in vista di un ritorno alla relazionalità. Questa visione dei corsi di psicoeducazione è confermata dagli studi presenti in letteratura sul tema: Mueser et al. (2002) hanno condotto una revisione di studi sul tema della recovery, e la maggior parte di essi ha espresso un giudizio notevolmente positivo sugli interventi di psicoeducazione. Secondo la revisione, la psicoeducazione è di supporto ad aumentare la conoscenza circa la malattia, a regolarizzare un'assunzione consapevole dei farmaci prescritti, a sviluppare tecniche di *illness management*, ovvero di gestione e controllo della sintomatologia, e su risultati a lungo termine ha determinato una diminuzione del rischio di sperimentare gravi ricadute e ricorrere alle ospedalizzazioni (Mueser et al., 2002). Anche la meta-analisi di Corrigan et al (2012), che si concentra sugli effetti dello stigma della malattia mentale, conferma i benefici che comportano gli interventi di psicoeducazione: essi sono di supporto alla comprensione dei propri sintomi, e questa rinnovata comprensione permette ai partecipanti di attribuire loro una spiegazione, contribuendo alla normalizzazione della malattia. Alla normalizzazione contribuisce anche l'interazione con altre persone malate oppure con utenti esperti; questi ultimi fungono da esempio di una recovery possibile ed efficace, e donano speranza e ottimismo nella riuscita del percorso.

5.2 - Il ruolo dei farmaci

Il ricorso all'assunzione di psicofarmaci è stato uno degli elementi più citati in risposta alla domanda di ricerca. Tutti i partecipanti riferiscono di assumere attualmente una terapia farmacologica, e la maggior parte di essi argomenta durante le interviste il proprio vissuto nei confronti dell'assunzione. È possibile osservare una quasi totale omogeneità nelle modalità di significazione della terapia farmacologica: infatti, la maggior parte delle persone che hanno menzionato il ricorso ai farmaci, ne hanno parlato in termini significativamente positivi. Più della metà dei partecipanti, per

l'esattezza il 65% rispetto al totale, infatti, tende ad attribuire ai farmaci prescritti il principale merito della propria possibilità di recovery, o comunque a descriverne il supporto essenziale all'innesco di questo processo. Molti di loro sottolineano l'importanza di trovare una combinazione di farmaci personalizzata ed efficace per la propria esperienza, e definiscono tale ricerca come un percorso costituito di prove ed errori. Una volta identificata la terapia corretta, l'efficacia nel contrasto dei sintomi viene descritta come sostanzialmente assicurata. L'efficacia di cui si parla si manifesta prima di tutto nel supporto nell'alleviare i sintomi che la malattia comporta, ma anche in un concreto aiuto nell'intraprendere un percorso di recovery sociale e relazionale. Guadagnare un senso di controllo sui sintomi permette al soggetto di riconquistare speranza e ottimismo verso un cambiamento, e di sviluppare una maggiore autonomia e indipendenza sia nella vita quotidiana, sia nell'ottica di una recovery vissuta da protagonista. L'efficacia, intesa come remissione dei sintomi ottenuta mediante la terapia farmacologica personalizzata in base all'esperienza individuale, è dimostrata dalla letteratura presente sul tema ed è diffusamente condivisa dai clinici (Happell, 2008; Mallet et al., 2022), così come è avvalorata dal modello psichiatrico dominante. La remissione dei sintomi, nell'ottica di una prospettiva di recovery, rappresenta un passaggio che può essere utile per intraprendere un percorso di cambiamento: questo è confermato sia dalle narrazioni dei partecipanti al nostro studio, sia dalla letteratura (Mallet et al., 2022). Le testimonianze degli utenti che riconoscono il supporto indiscutibile della farmacoterapia sottolineano, inoltre, come l'assunzione e l'aderenza ai trattamenti siano state facilitate da atteggiamenti, da parte del personale psichiatrico, di ascolto circa le preoccupazioni connesse agli effetti collaterali, e di coinvolgimento nel processo di *decision making* legato alle prescrizioni: ciò risulta in linea con altri studi presenti in letteratura, che evidenziano come tali atteggiamenti siano in grado di alimentare un circolo virtuoso di *empowerment* e di recovery (Happell, 2008; Mallet et al., 2022).

Una piccola percentuale (il 20%) dei partecipanti che hanno argomentato l'utilità dei farmaci, ha evidenziato l'efficacia della terapia farmacologica solo se combinata a un percorso di psicoterapia: alcuni utenti affermano di aver percepito la sola assunzione dei farmaci prescritti dal proprio psichiatra come uno strumento di controllo, e di aver modificato questa percezione nel momento in cui sono stati introdotti i colloqui

psicologici. Il contesto del supporto psicologico permette ai professionisti di argomentare le funzionalità dei farmaci, di ascoltare i dubbi e le perplessità degli utenti circa i possibili effetti collaterali a breve e a lungo termine, e di comprendere il valore simbolico, del tutto soggettivo, dei farmaci. Alla prescrizione farmacologica è stata quindi associata una componente di ascolto delle necessità e dei timori dell'utente, e questa attenzione personalizzata si è rivelata particolarmente utile per alcune persone. Lo studio di Mead e Copeland (2000) è di supporto a questo risultato: molti pazienti infatti sono intimoriti dai potenziali effetti collaterali, e necessitano un momento di ascolto rispetto alle loro paure e ai loro dubbi. In un ambiente di cura che sia *recovery-oriented* è importante che si sviluppi un dialogo con i professionisti sui sintomi, sul valore e sui benefici dei farmaci, in modo da promuoverne un'assunzione autodeterminata e consapevole. Inoltre, la combinazione di terapia farmacologica e interventi psicosociali contribuisce al percorso di recovery nella sua accezione più relazionale e sociale: recovery intesa non solo come remissione dei sintomi, ma anche come "guarigione sociale", ripresa della propria autonomia relazionale e del proprio ruolo all'interno della società. I risultati ottenuti nell'analisi sono in linea con la letteratura che si è occupata di indagare l'efficacia dei trattamenti combinati di terapia farmacologica e interventi psicosociali, al fine di individuare la soluzione migliore per determinati disturbi. Esempio è lo studio di Friedman et al. (2004): si tratta di una revisione meta-analitica indirizzata alla comprensione degli effetti della combinazione di trattamenti psicoterapeutici e farmacologici in pazienti con diagnosi di depressione. Tale revisione mette in luce una lieve, ma considerata significativa dagli autori, differenza di efficacia tra i trattamenti singoli – psicoterapia o farmacoterapia – e la combinazione di entrambi: gli studi esaminati concordano nel rilevare una maggiore efficacia dei trattamenti combinati. L'efficacia si manifesta nella generale riduzione dei sintomi e nella prevenzione delle ricadute e delle ospedalizzazioni, ed è particolarmente riscontrabile in pazienti che sperimentano una depressione severa e cronicizzata. Un secondo esempio di studio a supporto dell'efficacia della combinazione dei trattamenti è quello di Guo et al. (2010): questo studio sperimentale, condotto su un gruppo di partecipanti con una diagnosi precoce di schizofrenia, ha indagato l'efficacia della sola assunzione farmacologica, confrontata all'efficacia della terapia farmacologica combinata alla somministrazione di interventi psicosociali. Gli interventi psicosociali

messi in atto sono stati nello specifico interventi di psicoeducazione, interventi di supporto familiare, supporto allo sviluppo di nuove *skill*, e un percorso terapeutico a indirizzo cognitivo-comportamentale. I dati rilevati a distanza di un anno hanno dimostrato un miglioramento dell'efficacia nel caso del trattamento combinato. I benefici della combinazione di terapia farmacologica e interventi psicosociali consistevano nel miglioramento della *compliance*, quindi di aderenza alla prescrizione farmacologica, nella diminuzione del rischio di ricadute e di ospedalizzazioni, in un generale miglioramento riferito nella qualità della vita, e in un migliorato funzionamento sociale e lavorativo. I benefici riportati dallo studio sperimentale di Guo et al. (2010), così come quelli della revisione di Friedman et al. (2004) si presentano piuttosto coerenti rispetto ai dati raccolti nelle interviste: gli interventi di psicoeducazione, così come i percorsi psicoterapeutici, possono svolgere la funzione di supporto alla persona nel comprendere il funzionamento e il valore soggettivo del farmaco, e dunque supportare l'aderenza al trattamento. A una migliorata e continuativa aderenza consegue logicamente una migliorata efficacia dei farmaci e una diminuzione delle ricadute. Allo stesso tempo gli interventi psicosociali, siano essi di natura educativa o terapeutica, contribuiscono al benessere soggettivo anche sul piano psicologico, sociale e relazionale. Anche Mallet et al. (2022) riportano come predittore dei migliori *outcomes* di *recovery* proprio l'accostamento ai trattamenti psicofarmacologici di interventi psicosociali.

Un'ulteriore percentuale di intervistati (circa il 5%), esigua ma preziosa alla riflessione sul tema, ha esposto nei propri racconti un pensiero critico, o solo in parte fiducioso, nei confronti dell'uso di farmaci: alcuni partecipanti riconoscono nell'assunzione farmacologica uno strumento utile alla gestione di momenti particolarmente critici, ma inefficace nell'ottica di una ripresa a lungo termine. I farmaci, infatti, vengono talvolta significati come soluzioni temporanee in grado di alleviare la manifestazione di sintomi invalidanti, senza però assicurarne la totale scomparsa. Questo comporta lo sviluppo di una sorta di dipendenza dall'assunzione del farmaco, in assenza della quale il rischio di ricadute è altissimo: questa eventualità viene vissuta come una privazione di autonomia e di un reale controllo in prima persona della malattia, controllo che rimane invece delegato all'azione neurochimica. Alcuni utenti assumono per questi motivi un posizionamento più critico, e per questo cercano di mettere in atto un'assunzione il più

possibile moderata e limitata, con il desiderio, un giorno, di poterne fare completamente a meno. Un altro motivo di criticità menzionato è quello dell'etichettamento connesso alla diagnosi e alla relativa prescrizione farmacologica: l'azione prescrittiva messa in atto dal medico curante può assumere il valore simbolico di "rimarcare" la presenza di una disabilità, di una malattia psichiatrica, che il soggetto potrebbe non vivere in quanto tale. Questa prospettiva soggettiva è connessa inevitabilmente alla definizione personale che ognuno effettua nei confronti del proprio vissuto, e in questo caso un percorso di supporto psicologico potrebbe aiutare nella definizione del modello di malattia adottato e nell'analisi del valore simbolico attribuito al farmaco. Sentirsi etichettato come malato dal proprio psichiatra, laddove questa etichetta appaia contraddittoria rispetto alla propria esperienza, non fa altro che alimentare lo stigma ed evidenziare la diversità, entrambi significativi ostacoli alla recovery. La riflessione sull'influenza della rappresentazione soggettiva della malattia è supportata, ad esempio, dalla revisione meta-analitica di Hagger e Orbell (2003): la revisione comprende una serie di studi riguardanti la rappresentazione e la cognizione soggettiva della malattia da parte di soggetti considerati "malati". Una delle conclusioni della revisione è l'accordo circa l'influenza che il modello significativo adottato dal paziente esercita sulla compliance al trattamento prescritto: se il modello interiorizzato dal soggetto è di stampo prevalentemente biologico, ad esempio, la compliance al trattamento farmacologico sarà nettamente più alta. Questa differenza di significazione della malattia e conseguente differenza nel livello di aderenza suggerisce l'importanza, per i professionisti della salute mentale, di indirizzare il paziente verso un trattamento, che sia prevalentemente farmacologico, psicoterapeutico, o combinato, che sia il più possibile personalizzato in base alle sue necessità.

5.3 - Il ruolo dei servizi *recovery-oriented*

La maggior parte dei partecipanti alle interviste ha svolto o sta correntemente svolgendo un percorso di cura seguito dal centro di salute mentale di riferimento. La partecipazione a un contesto di cura che opera adottando una prospettiva di recovery è citata come elemento facilitante della recovery stessa. In particolare, gli utenti parlano diffusamente dei benefici tratti dal coinvolgimento nelle attività proposte e organizzate dai centri di salute mentale, a partire dai corsi di psicoeducazione, fino ai gruppi di cucina, arte, ginnastica, o dedicati alle gite in montagna. La partecipazione a queste

attività svolge, secondo le testimonianze, una triplice funzione: in primis offre all'utente la possibilità di scandire e organizzare il proprio tempo, successivamente permette l'apprendimento di nuove abilità o la (ri)scoperta di vecchie o nuove passioni - passaggio utile alla ridefinizione della propria identità e della propria autostima -, e infine può essere occasione di incontro tra persone con vissuti simili. L'influenza positiva dell'occupazione in attività di vario tipo è supportata dalla letteratura esistente; ad esempio, lo studio delle narrazioni di recovery di Ridgway (2001) mostra come ricorra frequentemente il tema della recovery intesa come passaggio a una partecipazione attiva alle attività sociali: uscire dall'isolamento e dall'immobilità percepita causata dalla malattia significa compiere un passo significativo verso la recovery, e spesso l'ambiente offerto dai Servizi di salute mentale rappresenta un ottimo luogo per riconquistare fiducia nelle proprie capacità in un contesto che sospende ogni giudizio. Anche lo studio di Mancini et al. (2005) sottolinea l'importanza della partecipazione ad attività, siano esse di tipo formativo, lavorativo o di volontariato, o hobbistico. La partecipazione a queste tipologie di attività permette ai soggetti di "sviluppare l'autostima e percepire una connessione con qualcosa di più grande rispetto a sé stessi" (Mancini et al., 2005, p. 53). Inoltre, sia le narrazioni dello studio qualitativo di Mancini et al. (2005), che le narrazioni dello studio presente, sottolineano l'utilità dell'impegno in attività per imparare a conoscere i propri limiti o le proprie predisposizioni. Tra le attività promosse dai Servizi di salute mentale, alcuni partecipanti alle interviste nominano i progetti di sensibilizzazione sulla malattia mentale. Nello specifico parlano di due distinti progetti nati sul territorio di Trento: per primo, il progetto "Giù la maschera", che ha previsto un percorso di incontri all'interno delle scuole secondarie di II grado della provincia di Trento, incentrati sulla malattia mentale e sullo stigma che la circonda. In questa occasione alcuni utenti hanno avuto la possibilità di incontrare i giovani in qualità di utenti esperti, e di condividere così con la comunità una parte della loro storia: questo momento di condivisione ha rappresentato, secondo le narrazioni degli utenti, un passo verso l'abbattimento non solo dello stigma proveniente dalla società, ma soprattutto verso l'abbattimento dello stigma interiorizzato. Inoltre, l'atto narrativo del raccontarsi agli altri svolge una funzione di riorganizzazione del proprio vissuto e offre la possibilità di ridefinizione graduale della propria identità. Sempre nell'ottica della rivendicazione del protagonismo nella propria

storia, il secondo progetto che viene citato dagli intervistati è quello de “Le parole ritrovate”: i suoi fondatori lo definiscono un movimento volto a “*darsi convegno* insieme tra utenti, familiari, operatori, amministratori e cittadini. Non si tratta semplicemente di dare la parola a chi non l’ha sinora avuta, si tratta piuttosto di ritrovare assieme le parole...” (<http://www.leparoleritrovate.com>). Nel contesto di questo progetto, nato a Trento nel 1993 ma le cui iniziative sono ormai diffuse in tutta Italia, vengono organizzati momenti di incontro durante i quali condividere le proprie storie di recovery, integrando il punto di vista di tutti gli attori coinvolti. Anche in questo caso la condivisione con la comunità offre agli utenti, così come alle loro famiglie e ai professionisti, la possibilità di rivendicare il protagonismo della propria storia, diffondendo consapevolezza e ascolto sia all’interno della società che tra i singoli partecipanti. A supportare le potenzialità dei progetti di sensibilizzazione è, ad esempio, lo studio di Svensson e Hansson (2014), che sottolinea come tali attività aiutino a diminuire gli atteggiamenti di stigmatizzazione circa la malattia mentale all’interno della comunità di appartenenza, e come questa diminuzione possa influenzare positivamente il graduale abbattimento dell’auto-stigmatizzazione.

I centri di salute mentale a cui fa riferimento la maggior parte delle persone intervistate sono centri che, a partire dal 1999, hanno gradualmente adottato l’approccio denominato del “fareassieme”. Parlando dei benefici tratti dalla frequentazione dei centri di salute mentale, molti utenti fanno riferimento proprio alle iniziative nate su modello di questa prassi: il modello del “fareassieme” “ha il suo nucleo centrale nel riconoscimento del sapere esperienziale di utenti e familiari di cui viene valorizzato il protagonismo e la partecipazione nel sistema, e perciò negli ordinari percorsi di cura, come elemento strategico per la produzione di qualità e soddisfazione” (De Stefani e Vanzetta, 2009). Il “fareassieme” rappresenta dunque “una pratica che valorizza il sapere esperienziale di utenti e familiari accanto al sapere professionale degli operatori, facendo sì che i vissuti di sofferenza costituiscano uno strumento di conoscenza riconosciuta e preziosa” (Giovanazzi e Puecher, 2022, p. 168). Il focus sul protagonismo dell’utente nella co-progettazione del proprio percorso, insieme al coinvolgimento delle figure familiari e professionali, è da ritenere in linea con i principi della recovery, e per questo motivo tale pratica è considerata come un approccio particolarmente supportivo ai processi di recovery. Le iniziative promosse dal

“fareassieme” a partire dal 1999 sono molteplici, e ognuna ha costituito un tassello nella creazione di un disegno di intervento comune rivolto verso la recovery: tra le iniziative menzionate nelle interviste analizzate è possibile trovare il sopracitato progetto “Giù la maschera”, la “Mappa dell’abitare”, e i “Percorsi di Cura Condivisi” (PCC). Adottando uno sguardo più ampio a questa pratica, è possibile identificare come risultato più impattante il radicamento delle figure degli Utenti Familiari Esperti (UFE o ESP) (De Stefani et al., 2011). Per quanto riguarda i Percorsi di Cura Condivisi (PCC), si tratta di “uno strumento innovativo, realizzato dal Servizio di salute mentale di Trento, che si concentra sulle risorse della persona vista nella sua interezza; un tentativo di favorire una relazione paritaria tra curanti e curati, tra utenti e familiari, tra Servizio e società” (Giovanazzi e Puecher, 2022, p. 107). I PCC si articolano sotto forma di incontri annuali a cui partecipa un’*equipe* di persone selezionate dall’utente, in modo che esse possano supportarlo durante il percorso progettato. Oltre alle persone significative scelte dall’utente, i PCC coinvolgono il medico curante, gli operatori di riferimento, e la figura del garante: quest’ultimo ruolo viene ricoperto da un Utente Familiare Esperto, e svolge la funzione di moderazione e garanzia di parità tra i partecipanti. All’interno di questi incontri vengono co-progettati gli interventi del percorso di recovery, vengono condivise le aspettative dei partecipanti e si concordano preventivamente i protocolli da seguire nelle eventualità più critiche. Il setting demedicalizzato di questi incontri, l’ambiente paritario e aperto all’ascolto sono elementi che permettono di inserire lo strumento del PCC nel contesto della recovery. Inoltre, questa iniziativa esemplifica al meglio le prospettive delle figure degli UFE. I PCC, inoltre, rappresentano un esempio di progettazione in grado di coinvolgere il sistema familiare dell’utente; l’importanza di tale coinvolgimento è supportata da una varietà di studi, di cui è possibile osservare una sintesi nella revisione di Walters e Petrakis (2022): tale sintesi trova un consenso nel considerare centrale la partecipazione attiva dei familiari, o in generale dei *carers*, nella progettazione degli interventi. Tuttavia, è utile sottolineare che non per tutti gli utenti le figure di supporto, cosiddette *carers*, siano rappresentate dai propri familiari: per questo è opportuno coinvolgere in tali progetti le persone che l’utente, in prima persona, decide di identificare (Waller et al., 2019), così come accade per i PCC.

Le figure degli Utenti Familiari Esperti vengono menzionate da alcuni partecipanti come elementi facilitanti del percorso di recovery: questo è dovuto, secondo le

narrazioni, alla comprensione profonda ed empatica che solo un utente esperto è in grado di mettere in pratica. Inoltre, le storie di recovery degli UFE fungono da modello positivo, dal quale è possibile per gli utenti trarre speranza e ottimismo verso un cambiamento. Molti utenti, dopo aver ricevuto un supporto esperienziale, diventano a loro volta UFE: anche questo passaggio viene descritto particolarmente come positivo lungo il percorso personale, dal momento che offre la possibilità di sperimentare un senso di competenza e di migliorata autostima, oltre a mantenere aperti il dialogo e il confronto con un gruppo di pari. In questo senso aiutare gli altri può diventare un atto terapeutico. L'efficacia degli interventi di utenti e familiari esperti risiede nel riconoscimento del sapere esperienziale: i primi hanno una conoscenza diretta della malattia, i secondi possono offrire l'esperienza maturata a contatto con il disagio psichico (Giovanazzi e Puecher, 2022). A supporto della riferita utilità degli UFE, la letteratura presenta risultati concordanti sugli effetti positivi sui pazienti dell'integrazione all'interno dei Servizi di figure professionali esperienziali. Esempio è la revisione della letteratura effettuata da Repper e Carter (2011): analizzando trentotto articoli che esaminassero l'operato e gli effetti del *peer support* in contesti di cura, sono stati rilevati dei benefici nella diminuzione delle ospedalizzazioni, nella stimolazione di senso di *empowerment* tra gli utenti, nel miglioramento del funzionamento sociale, in una riduzione dello stigma, e in un rinnovato senso di speranza e ottimismo. Allo stesso tempo, il beneficio principale rilevato per il *peer staff*, ovvero per gli Utenti Esperti, è stato un aumentato senso di competenza e autostima. Anche una più recente revisione di Winsper et al. (2020) individua, come fattore facilitante i processi di recovery, gli interventi che prevedono il coinvolgimento di un *peer staff*.

Alcuni partecipanti riferiscono di aver tratto beneficio non solo dalla partecipazione ai progetti promossi dai Servizi di salute mentale, ma anche dal coinvolgimento in associazioni presenti sul territorio trentino, dedicate specificatamente alla salute mentale. Un esempio locale a cui alcune persone fanno riferimento è l'associazione Valle Aperta: si tratta di un'associazione che, per autodefinizione, offre "accoglienza, serenità, e ricarica a persone che soffrono nella psiche e nelle relazioni" (<https://www.associazionevalleaperta.it/>). L'associazione è organizzata per offrire una varietà di servizi e soluzioni, residenziali oppure improntati su soggiorni brevi. Caratteristica dell'associazione, che la rende compatibile con i percorsi di recovery, è il

suo approccio alla malattia mentale: la filosofia dell'associazione prevede una particolare attenzione al singolo, con l'obiettivo di trasmettere fiducia nelle risorse personali per uscire da una condizione di sofferenza e disagio. Oltre al focus sul soggetto, nel senso più de-medicalizzante del termine, altro caposaldo è la centralità della relazione e dell'interazione: “valorizziamo la relazione come strumento multiforme, potenzialmente riabilitativo e terapeutico, dato che permette la circolazione di affetti ed emozioni” (<https://www.associazionevalleaperta.it/>). A partire da queste premesse, il metodo operativo di Valle Aperta si manifesta in quella che viene chiamata la *terapia ludica*: le attività proposte ai partecipanti, sotto forma di giochi o forme di intrattenimento, hanno l'obiettivo di stimolare la relazione e l'empatia, e di ritrovare la gioia di vivere nella quotidianità. Gli interventi prendono quindi forma in un ambiente privo di giudizio, lontano dal modello dell'istituzione psichiatrica, e abitato da una varietà di utenti, con le diversità più disparate. L'incontro e la convivenza con la diversità, mantenendo uno sguardo non giudicante e de-medicalizzante promosso dagli operatori e dalle iniziative di sensibilizzazione organizzate, creano un clima unico nella sua umanità. È proprio il clima di questo ambiente a favorire, stando alle testimonianze degli intervistati, i percorsi di crescita personale che partono proprio dall'abbattimento dello stigma sulla malattia mentale.

5.4 - Le relazioni: il supporto familiare e il supporto tra pari

Sebbene il costrutto di recovery nasca come un processo profondamente personale, riguardante le attitudini individuali, i sentimenti e i valori personali (Anthony, 1993), sviluppi successivi del costrutto ne sottolineano l'inevitabile componente relazionale: nel 2011 la revisione della letteratura sul tema della recovery compiuta da Leamy et al. conia il cosiddetto modello CHIME, che comprende in forma di acronimo le cinque dimensioni principali della recovery (*Connectedness, Hope and optimism about the future, Identity, Meaning in life, Empowerment*). La dimensione della *connectedness* individuata da Leamy et al. (2011) si riferisce al supporto ricevuto dalla rete sociale, all'integrazione all'interno della propria comunità di riferimento, e alle relazioni del soggetto in generale. I processi di recovery coinvolgono infatti in modo inevitabile la rete di persone che interagisce con il soggetto: sia perché la sofferenza individuale comporta ripercussioni sull'intera rete sociale circostante, sia perché le relazioni possono influenzare lo sviluppo dell'identità personale e supportare od ostacolare il

percorso verso un ritrovato benessere (Tew et al., 2012). L'adeguatezza di considerare la recovery come processo relazionale è supportata anche dalla revisione di Price-Robertson (2017), che mostra come la relazionalità del costrutto meglio si applichi alla concettualizzazione del paziente psichiatrico non come una "mente isolata" e responsabile individualmente della sua sofferenza, ma come una persona la cui sofferenza, e di conseguenza il cui cambiamento, sono influenzati dal contesto.

A partire dalla consapevolezza della natura intrinsecamente relazionale del costrutto di recovery, è possibile osservare come il supporto della rete sociale sia un tema ricorrente nelle narrazioni degli intervistati. Le principali reti sociali a cui fanno riferimento i racconti sono composte da tre categorie di persone: i familiari, il gruppo dei pari, e i professionisti della salute mentale. Queste tre categorie di persone possono rappresentare un concreto supporto ai percorsi personali di recovery, seppur in modalità diverse. Anche lo studio qualitativo di Mancini et al. (2005) ha identificato come uno dei fattori facilitanti della recovery le relazioni supportive intrattenute con la famiglia, i pari e i professionisti. Le interviste condotte nel nostro studio hanno descritto varie modalità in cui le relazioni con i membri familiari si sono rivelate supportive: vengono considerati fattori facilitanti il supporto evidente e concreto nel percorso di cura, quindi il coinvolgimento o l'accompagnamento durante i trattamenti e la progettazione degli stessi, l'atteggiamento di fiducia e di non giudizio, il rispetto dei confini posti dal soggetto, e la componente affettiva della relazione. Tale componente affettiva è spesso descritta come l'elemento decisivo per l'innescamento di un processo di cambiamento: talvolta l'utente si sente motivato a intraprendere un percorso di cambiamento proprio a partire dalla sofferenza vicaria di un membro familiare a cui è emotivamente vicino. L'influenza delle relazioni familiari sui processi di recovery viene indagata anche nello studio qualitativo, strutturato sulla base di interviste semi-strutturate a protagonisti di recovery, di Aldersey e Whitley (2015), e in questa occasione vengono identificate tre aree in cui si manifesta un'influenza positiva: la famiglia può mostrarsi supportiva attraverso il supporto morale, il supporto pratico, oppure come un fattore motivante. Le forme di supporto diretto, esplicitate in senso morale o pratico, si presentano sotto forma di fiducia, presenza fisica e disponibilità empatica, supporto economico o organizzativo dei trattamenti. L'elemento di motivazione è invece meno diretto, ma si realizza nella volontà di cambiamento spinta dall'affetto e dalla cura per i propri

familiari. Così come la famiglia può esercitare un'influenza positiva, può anche essere fonte di stress: sia nelle nostre interviste che in quelle analizzate da Aldersey e Whitley (2015), risulta evidente come i familiari possano diventare elementi di ostacolo alla recovery qualora adottino comportamenti di giudizio, stigmatizzazione, o di mancato tentativo di comprensione o ascolto. Anche la revisione di Jacob et al. (2017) individua, tra i fattori facilitanti la recovery, le relazioni con i familiari. Lo studio di Waller et al. (2019), invece, sottolinea le modalità entro cui tali relazioni si manifestano come supportive: oltre che a funzioni di motivazione e assistenza emotiva o pratica, emerge il tema, ritenuto fondamentale, del rispetto dei confini richiesti dalla persona. Questo tipo di narrazione ricorre anche all'interno delle nostre interviste, e viene descritta come una necessaria adeguatezza, un'assenza di pressioni e una dimostrazione di gentilezza da parte della famiglia nell'approcciarsi alla persona che soffre.

Per quanto riguarda invece l'influenza delle relazioni tra pari, in molte interviste ricorre l'esperienza di relazioni con altri utenti dei servizi, nei contesti delle attività del centro di salute mentale, piuttosto che nelle soluzioni abitative protette, in contesti comunitari o lavorativi. Interagire con un gruppo di pari può rivelarsi utile sotto vari aspetti: il confronto tra persone che, per similarità di vissuti, condividono un atteggiamento non giudicante e sensibile alla sofferenza può rappresentare un momento prezioso per combattere l'auto-stigma, acquisire speranza nel futuro e sviluppare modelli positivi e incoraggianti. Queste dinamiche relazionali si sono instaurate, secondo le narrazioni raccolte, sia tra utenti che con figure ESP. La descrizione dell'utilità del supporto tra pari è coerente con lo studio di Mancini et al. (2005), nel quale i partecipanti hanno identificato il gruppo dei pari come significativa fonte di supporto e incoraggiamento. Nello specifico, lo studio di Mancini et al. (2005) si sofferma sul supporto ricevuto dagli utenti esperti, che possono svolgere il ruolo di modelli di comportamento e infondere quindi speranza o ottimismo, e offrire esempi positivi di recovery.

5.5 - Il posizionamento dei professionisti della salute mentale

La relazione con i professionisti della salute mentale è uno degli elementi considerati dai partecipanti cruciali all'efficacia del percorso di recovery. In particolare, le domande rivolte agli intervistati hanno cercato di indagare quali fossero i posizionamenti assunti da tali professionisti al fine di rendere efficace la relazione di cura. Di conseguenza,

sono stati individuati i principali atteggiamenti e le più citate competenze che i professionisti dovrebbero padroneggiare, secondo gli utenti, per accompagnare i propri pazienti in un percorso di recovery.

Per prima cosa, il posizionamento professionale più riconosciuto è quello in cui il professionista si pone nei confronti del paziente abbandonando ogni (pre)giudizio sulla malattia mentale: assumere questo posizionamento significa evitare di attribuire al proprio paziente gli stereotipi propri della malattia, privilegiando l'ascolto dell'esperienza unica e soggettiva. La disponibilità all'ascolto e al dialogo è un altro elemento ritenuto centrale: la maggior parte dei partecipanti ha tratto beneficio dalla possibilità di sfogarsi e parlare senza paura di giudizio. Inoltre, sentirsi ascoltati da parte di coloro che rappresentano l'istituzione psichiatrica ha simbolicamente significato per molti di loro l'occasione di sentirsi visti, creduti, accettati nella loro diversità. In generale, vengono ritenuti preziosi i comportamenti dei professionisti che mostrano un interesse reale e sincero per il soggetto, tale da permettere una connessione e l'instaurazione di una relazione basata sulla fiducia. L'esigenza di ricevere ascolto emerge in moltissime narrazioni, e anche nelle testimonianze raccolte da Manzoli (2021) nel contesto di un "cantiere di socioanalisi narrativa" che ha coinvolto un gruppo di persone soggette da più o meno tempo all'istituzione psichiatrica, e che ha messo in luce gli elementi relazionali che hanno caratterizzato la loro esperienza a contatto con i Servizi di salute mentale. Tali narrazioni sottolineano la richiesta degli utenti di ricevere la possibilità di "confronto dialogico che dia innanzitutto loro chiarimenti rispetto alla terapia farmacologica che assumono, ma anche rispetto alla diagnosi che è stata affibbiata loro, [...], di potersi esprimere rispetto al loro malessere e alle loro fragilità per comprenderle meglio, di ricevere ascolto, conforto, compagnia come forme di cura" (Manzoli, 2021, p. 75). In letteratura sono presenti diversi esempi di studi che esplorano in che modo le relazioni con i professionisti possano influenzare gli *outcomes* di recovery. Ad esempio, lo studio di Borg e Kristiansen (2004) ha avuto l'obiettivo di esplorare i fattori che hanno reso efficace la relazione di cura, dal punto di vista delle narrazioni degli utenti. Durante l'analisi dei temi emersi, è stato possibile identificare alcuni fattori ricorrenti che hanno facilitato lo sviluppo di relazioni di aiuto: in linea con i risultati del nostro studio, le relazioni più efficaci sono state quelle in cui l'utente ha percepito un coinvolgimento personale del professionista nel raggiungimento del

benessere, e in generale un rapporto basato sull'empatia, il rispetto e l'ascolto. Borg e Kristiansen (2004) hanno sottolineato anche il valore di tutti quei comportamenti che possono essere considerati al limite della "condotta professionale" intesa nella sua accezione più tradizionale. Questi comportamenti includono tutte le azioni messe in pratica dai professionisti che oltrepassano i protocolli clinici classici e si aprono alla relazione nella sua connotazione più quotidiana, amichevole e simmetrica. Anche i partecipanti del nostro studio hanno attribuito un significativo merito ad atteggiamenti simili nella costruzione della relazione di fiducia: quando la relazione si esprimeva con reciprocità, o metteva in luce le fragilità e l'umanità del professionista oltre a quelle del paziente, la fiducia e la connessione ne giovavano. Anche lo studio di Williams e Tufford (2012) si trova in linea con i risultati esposti finora: all'interno di uno studio qualitativo di analisi di interviste a pazienti con diagnosi di schizofrenia, sono stati ricercate le competenze professionali che più hanno favorito i processi di recovery. Tra queste competenze hanno ottenuto rilevanza la capacità di connessione con i propri pazienti, basata talvolta su una spiccata delicatezza, talvolta su un'adeguata ironia, il rispetto dimostrato nei confronti del loro vissuto, l'assunzione di una prospettiva olistica nell'interessarsi al soggetto nelle sue sfaccettature non solo cliniche, la possibilità di dedicare al paziente un tempo adeguato alle sue necessità. Questi risultati sono coerenti anche con lo studio di Russinova et al. (2011) che, attraverso la compilazione di questionari da parte di utenti e professionisti dei Servizi di salute mentale, si concentra sull'influenza sulla recovery di alcune competenze proprie dei professionisti. Questo studio ha ribadito l'importanza di stabilire una relazione positiva con gli utenti, e ha identificato alcune competenze considerate universalmente utili alla creazione di tale relazione: nello specifico, la capacità del professionista di esprimere un genuino rispetto e fiducia, la comprensione, l'ascolto senza giudizio, la capacità di vedere il paziente oltre la sua diagnosi, e la disponibilità o reperibilità (Russinova et al., 2011). Queste competenze tradizionalmente rappresentano le pratiche utili alla formazione dell'alleanza terapeutica (Norcross, 2010), che a sua volta risulta centrale per una relazione di cura orientata alla recovery. Lo studio di Russinova et al. (2011) suggerisce anche che, mentre alcune competenze professionali possono essere considerate utili trasversalmente alle persone intervistate e alle loro diagnosi, altre possono essere subordinate alle preferenze soggettive dell'utente: nel caso di queste ultime entrano in

gioco le significazioni personali e i modelli adottati riguardo la malattia, il proprio vissuto e il contesto di provenienza. Esempio di competenze simili può essere il supporto alla spiritualità del paziente come strumento in grado di promuovere la recovery (Fallot, 2007). Ulteriore studio che ha identificato le competenze professionali che più hanno facilitato la recovery è quello di Song e Shih (2009): le competenze sono state suddivise in 4 categorie, che includono il supporto emotivo, l'empatia e il rispetto, l'erogazione di consigli adeguati e puntuali, e l'instillazione di speranza per la recovery. Infine, anche la revisione di Jacob et al. (2017), che prende in considerazione una varietà di studi, realizzati con metodologie miste, sulla recovery, elenca tra i fattori più ricorrenti facilitanti la recovery l'atteggiamento dei professionisti di ascolto e collaborazione con il paziente per intervenire nel suo interesse.

Altro elemento fondamentale riguardante il posizionamento dei professionisti nei confronti degli utenti e della malattia è l'assenza di atteggiamenti paternalistici. Il paternalismo è un tema che attraversa tutti i discorsi che riguardano la cura della salute mentale: tradizionalmente la persona malata nella psiche è considerata incapace di agire autonomamente, di comprendere le situazioni e di avere una visione cosciente e approfondita della propria condizione (Høyer et al., 2002). Per questo motivo l'istituzione psichiatrica viene investita dalla società della responsabilità di dirigere le fasi della cura e della vita del paziente, condannando il soggetto malato a una condizione di rinuncia di autonomia e di autodeterminazione. Alcuni partecipanti delle interviste hanno incontrato, nel corso delle loro esperienze a contatto con l'istituzione psichiatrica, il rischio di soccombere a pratiche paternalistiche, e ne hanno riconosciuta la natura ostacolante la recovery. Al contrario, alcuni riferiscono di aver riconosciuto in atteggiamenti esplicitamente non paternalistici, promotori invece di autonomia, un valido aiuto al proprio percorso. A supporto della tesi del paternalismo come ostacolo alla recovery, Mancini et al. (2005) hanno identificato come elementi "barriera" ai processi di recovery proprio gli atteggiamenti paternalistici e coercitivi: in ambienti di cura paternalistici i pazienti raccontano di essersi sentiti "imprigionati" in una condizione di passività e in un senso di cronicità della malattia, mentre l'uso della coercizione è narrato come un comportamento che "annichilisce l'abilità di una persona di vedere sé e il mondo sotto una luce positiva" (Mancini et al., 2005, p. 51), e soprattutto mantiene i pazienti in una condizione di paura e dipendenza, allontanandoli

da una prospettiva di recovery. Gli atteggiamenti paternalistici possono manifestarsi anche nel contesto della prescrizione farmacologica, qualora venga imposta al paziente senza fornire un adeguato spazio di dialogo: lo studio di Mallet et al. (2022) menziona l'importanza di, da parte degli psichiatri, adottare un approccio inclusivo nei confronti del paziente, ascoltando i suoi dubbi e fornendo spiegazioni, al fine di supportare l'*empowerment* e la *compliance*, ed evitare la percezione della farmacoterapia come l'imposizione di un intervento coercitivo.

5.6 - L'attività lavorativa

Più della metà degli intervistati, quando interrogati sull'attività lavorativa, ha identificato l'occupazione come un fattore utile al proprio percorso di recovery. A partire dalla generale opinione positiva di avere un'occupazione, ognuno ha poi argomentato i significati ad essa connessa in modo più personale: alcuni hanno evidenziato la possibilità che il lavoro ha dato loro di organizzare il proprio tempo e di scandire una routine, altri si sono soffermati sul senso di responsabilità percepito sul luogo di lavoro, altri ancora sul conseguente miglioramento dell'autostima. Nello specifico, sentirsi investiti di una responsabilità lavorativa ha contribuito ad alimentare un senso di fiducia, inizialmente proveniente dall'esterno, successivamente interiorizzato: sapere che gli altri, colleghi e datori di lavoro, ripongono delle aspettative e delle responsabilità, può convincere il singolo di essere all'altezza di tali richieste. Questo meccanismo di responsabilità e assegnazione di compiti lavorativi ha aiutato, secondo le testimonianze, anche ad aumentare la propria autostima e a sviluppare un senso di *empowerment*. Inoltre, viene citato il merito dell'attività lavorativa di far vivere al singolo un graduale reinserimento nella società: sentire di avere un ruolo utile, di essere un cittadino "di prima classe" può essere di supporto a vincere l'isolamento percepito rispetto alla società, che spesso la malattia mentale comporta. Circa l'influenza dell'attività lavorativa sui percorsi di recovery e in generale sulla salute mentale individuale, la letteratura è piuttosto concordante nel considerarne gli effetti positivi (Provencher et al., 2002; Liu et al., 2007; Dunn et al., 2008; Corbiere et al., 2011; Winsper et al., 2020; Garverich et al., 2021). Ad esempio, lo studio di Provencher et al. (2002) si è occupato di esplorare il ruolo del lavoro nelle vite di persone con una disabilità psichiatrica. Sono state identificate diverse modalità in cui la partecipazione ad attività lavorative viene significata utile al percorso di recovery: per esempio, il

lavoro è considerato fondamentale in vista dell'acquisizione di una routine regolare e scandita da orari prestabiliti, o risulta utile al senso di *empowerment* personale, a supporto dell'autostima e del senso di appartenenza alla società. Questi risultati appaiono coerenti con un successivo studio di Dunn et al. (2008), che sottolinea la varietà di benefici associati allo svolgimento di un'attività lavorativa. I partecipanti dello studio hanno parlato del modo in cui lavorare ha supportato la ricostruzione della propria autostima, ha procurato benefici economici, e ha promosso lo sviluppo di nuove strategie di gestione della malattia. Inoltre, sono stati esplorati i benefici associati all'occupazione in professioni di mutuo-aiuto: i benefici rilevati dai partecipanti impiegati in posizioni di supporto ad altri utenti si collegano a quanto discusso nel paragrafo 5.3 rispetto al ruolo degli utenti esperti, e sono coerenti con il tradizionale principio di *helper-therapy*, secondo il quale coloro che lavorano nell'ambito del supporto tra pari sperimentano una crescita personale o trovano elementi di benessere attraverso la loro attività (Riessman, 1965).

Può rappresentare un interessante spunto di riflessione il fatto che una percentuale minore di intervistati, corrispondente al 10% rispetto al totale, abbia riportato esperienze negative relative all'attività lavorativa: per alcuni il lavoro ha implicato un aggravamento delle proprie condizioni, a causa delle richieste eccessive provenienti dall'ambiente, e del sentirsi giudicati inferiori rispetto ai colleghi. Queste dinamiche possono essere innescate da una combinazione di fattori: il luogo di lavoro potrebbe non essere adeguato alle necessità del singolo, così come il singolo potrebbe non essere pronto a un inserimento simile. Per questo motivo, è opportuno che i Servizi di salute mentale siano coinvolti, come avviene nella maggior parte delle narrazioni raccolte, nel provvedere a organizzare i posizionamenti lavorativi e nel monitorarne gli esiti. La funzione di accompagnamento nell'inserimento lavorativo ha proprio l'obiettivo di valutare le necessità individuali e ricercare una soluzione, sia a livello di mansioni richieste che a livello di contesto relazionale, che sia adeguata al punto del percorso in cui ognuno si trova.

CONCLUSIONI

Punti di forza e utilità della ricerca

La presente ricerca si colloca all'interno di un filone di studi oggetto di un crescente interesse negli ultimi anni, relativo all'esplorazione del costrutto di recovery e delle possibili sue applicazioni nella pratica psichiatrica. Ciò è possibile grazie alla ricerca di un'alternativa rispetto al modello psichiatrico dominante fino al secolo scorso, prevalentemente "organicista" (Galimberti, 2011) e impostato su una serie di pratiche spesso coercitive o prevalentemente basate sul contenimento, fosse esso chimico, fisico, psicologico o ambientale e sul conseguente annullamento del potere decisionale della persona "malata" (Menegatto e Zamperini, 2018). Come è stato esposto nel capitolo dedicato alla definizione del costrutto (v. *supra* cap. 1.3), l'esperienza della recovery si configura come orientata al protagonismo dell'utente e favorita dall'ascolto delle due esigenze, dagli interventi fondati sulla co-progettazione partecipata, ed è coadiuvata da una redistribuzione del potere decisionale tra professionisti della salute mentale, utenti e figure significative. Vista la multidimensionalità del costrutto (v. *supra*, cap. 1.2), è necessario specificare che il presente elaborato si riferisce prevalentemente alla *relational recovery*, così come descritta da Price-Robertson e colleghi (2017), in quanto particolarmente in linea con la domanda di ricerca originaria e con le premesse teoriche costruttiviste adottate: esse teorizzano infatti l'identità personale come prodotto dell'interazione e dei processi sociali; è dunque su questi processi, intrinsecamente relazionali, che si basa anche il costrutto di recovery in questione.

Dal punto di vista metodologico, è stata individuata l'intervista semi-strutturata come strumento privilegiato ai fini dell'esplorazione del costrutto di recovery: essa ha infatti permesso di approfondire i processi di recovery nella tutela delle narrazioni e delle modalità di significazione soggettive, e ha contribuito a creare un ambiente di ascolto e dialogo che ha restituito agli utenti una voce come protagonisti nell'ambito dei propri percorsi di malattia e di cambiamento. I momenti delle interviste si sono realizzati nella co-costruzione di quella che La Mendola (2009) definisce una "danza dialogica", che si muove, secondo l'autore, in un delicato e leggero equilibrio tra le caratteristiche di "centratura e apertura": risulta fondamentale non perdere di vista gli obiettivi da perseguire, ed essere dunque "centrati", mantenendo allo stesso tempo un'"apertura"

tale da garantire un ascolto profondo della narrazione altrui, cercando di evitare di incorrere in tipizzazioni e in riduzioni dell'altro a "oggetto" (La Mendola, 2009).

La domanda di ricerca che ha guidato il presente lavoro si è posta l'obiettivo di identificare i fattori che sono risultati utili, secondo il punto di vista degli utenti dei Servizi, ai processi di recovery. In sede di discussione dei dati (v. *supra*, cap. 5) sono stati elencati i principali elementi evidenziati dal processo di analisi del contenuto delle interviste individuali. Sebbene i risultati presentati si trovino piuttosto in linea con i dati presenti in letteratura a livello internazionale, un merito della presente ricerca è stato quello di offrire una prospettiva circa l'avanzamento dell'applicazione del paradigma di recovery nelle realtà di cura italiane, ancora poco esplorate. In particolare, ha posto l'attenzione sui benefici della progettazione di Servizi di salute mentale *recovery-oriented* del territorio trentino, offrendo un esempio di diverse modalità di intervento applicabili: ne sono testimonianze la prassi del "fareassieme", i Percorsi di Cura Condivisi, il coinvolgimento degli ESP, gli interventi di psicoeducazione, o i progetti di sensibilizzazione diffusi sul territorio (v. *supra*, cap. 5). Inoltre, è stata valorizzata, grazie alle narrazioni degli utenti, la partecipazione, con atteggiamenti non giudicanti e disponibili al dialogo, della rete sociale del soggetto; essa coinvolge i professionisti della salute mentale, i familiari, il gruppo dei pari, piuttosto che la comunità di riferimento. È possibile affermare dunque che il presente progetto di ricerca abbia contribuito ad approfondire lo stato dell'arte circa l'applicazione del paradigma di recovery, nella sua accezione più relazionale, nei Servizi di salute mentale italiani, e a dimostrare, attraverso l'ascolto delle narrazioni dei protagonisti, l'efficacia dell'adozione di tale paradigma.

Limiti della ricerca

La ricerca presenta alcuni inevitabili limiti metodologici, a partire da quelli intrinseci alle metodologie qualitative: come esposto nel capitolo 3, infatti, la ricerca qualitativa comporta l'ineliminabile investimento di una quota di discrezionalità e di interpretazione da parte del ricercatore. A partire dalla modalità di raccolta dati, le interviste semi-strutturate sono state valutate come lo strumento più adeguato all'esplorazione del costrutto in questione, poiché, in linea con i valori del paradigma di recovery, hanno permesso la condivisione delle esperienze di recovery del tutto

soggettive; tuttavia, dato lo spazio lasciato al libero fluire della narrazione previsto dall'intervista semi-strutturata, i racconti dei partecipanti hanno composto un quadro di dati eterogeneo per modalità narrative e tematiche affrontate. Complice della creazione di tale quadro di risultati è stata anche l'alternanza, nel corso dello studio, di ricercatori e intervistatori diversi, che hanno guidato le interviste ognuno con il proprio stile e con il proprio approccio all'interazione. Un altro limite è rappresentato dalla selezione del gruppo dei partecipanti: i criteri di inclusione riguardavano infatti l'esperienza di un percorso di recovery, ma non hanno considerato la tipologia di diagnosi o altri fattori anagrafici. Ciò ha contribuito a creare un gruppo di partecipanti eterogeneo, che ha consegnato narrazioni talvolta molto differenti tra loro. Lo strumento di raccolta dati semi-strutturato e l'eterogeneità del campione di riferimento rende dunque complessa una generalizzazione dei risultati ottenuti, mentre offre invece un quadro piuttosto approfondito delle esperienze e delle significazioni soggettive. Anche la metodologia di analisi dei dati presenta i limiti comuni alle metodologie qualitative: per quanto sia stata guidata prevalentemente da un metodo induttivo, la formulazione delle categorie tematiche si è basata su processi altamente interpretativi in cui lo sguardo del ricercatore è stato inevitabilmente coinvolto, così come le premesse teoriche entro le quali ragiona.

Infine, è opportuno menzionare il fatto che, ai fini del presente elaborato, sono state considerate unicamente le interviste individuali rivolte agli utenti dei Servizi, cioè ai protagonisti delle narrazioni di sofferenza psichica. La più ampia ricerca entro la quale si colloca la presente dissertazione, invece, prevede un *corpus* di dati che include anche le interviste rivolte alle figure significative nominate dagli utenti e le interviste duali, che hanno coinvolto simultaneamente utente e relativa figura significativa. Non è stato pertanto possibile confrontare le narrazioni degli utenti con quelle delle proprie figure significative, e sono quindi stati analizzati solo i dati riportati da una categoria di partecipanti.

Prospettive future

La presente indagine può rappresentare un valido punto di partenza per futuri sviluppi nell'ambito della ricerca circa l'applicazione del paradigma di recovery all'interno dei Servizi di salute mentale territoriali italiani. Poste le considerazioni sui punti di forza e sui limiti dello studio svolto, è auspicabile che ricerche future possano prendere in

esame la totalità dei dati disponibili raccolti tramite le interviste individuali e duali, per poter effettuare un confronto tra le categorie di partecipanti e giungere a una più completa analisi del funzionamento dei processi di recovery che tenga conto di diverse prospettive. La ricerca in questo campo risulta preziosa in quanto si configura come una sorta di “ricerca-azione”, orientata al cambiamento e all’emancipazione sociale oltre che all’ampliamento dello stato dell’arte (Brydon-Miller, 1997): essa, infatti, si rende disponibile per il rinnovamento o il miglioramento dei Servizi di cura, sulla base delle narrazioni delle esigenze degli utenti che emergono nel dialogo con i ricercatori. Ci si aspetta che lo sviluppo della ricerca, nello specifico di una ricerca che sia “inclusiva” rispetto a tutte le persone coinvolte nei percorsi di malattia e di guarigione, contribuisca a rendere il costrutto di recovery sempre più orientato alla relazionalità e alla considerazione della sua indivisibile componente sociale. Il graduale spostamento del costrutto dal suo originario polo “personale” e “individuale”, al più recente polo “sociale” o “relazionale” suggerisce la necessità di considerare nei percorsi di cura non più solo l’individuo “malato” come “mente isolata”, ma l’intero contesto familiare, relazionale, sociale, sistemico, e di agire conseguentemente con interventi progettati per coinvolgere tale contesto. Ciò significa, concretamente, lavorare alla progettazione di nuovi Servizi di salute mentale percorrendo il sentiero dell’ideale di Basaglia, ovvero quello di “non lasciare la persona che sta male nelle mani del solo medico, ma cercare di costruire un nuovo schema di vita insieme con altre persone che non sono malati. Quando cerchiamo di coinvolgere la comunità nella cura del paziente, stiamo tentando di eliminare il corpo morto, il manicomio, e sostituirlo con la parte attiva della società.” (Basaglia, 1979, p. 74) Il “corpo morto” a cui fa riferimento l’autore altro non rappresenta che il paziente psichiatrico nella sua tradizionale accezione di passività: la psichiatria che opera secondo i valori del paradigma di recovery aspira invece a “curare” un paziente attivo e consapevole nel proprio percorso, a co-progettare gli interventi e ad agire sulla sensibilizzazione dell’intera comunità. Si auspica dunque che la presente ricerca possa fungere da ispirazione affinché proceda l’esplorazione del costrutto di recovery relazionale, con l’obiettivo ultimo di guidare un rinnovamento delle pratiche dei Servizi di salute mentale, sempre più *recovery-oriented*.

BIBLIOGRAFIA

Aldersey, H. M., & Whitley, R. (2015). Family influence in recovery from severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, *51*, 467-476. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9783-y>

Altheide, D. L., & Johnson, J. M. (1994). Criteria for assessing interpretive validity in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 485–499). Sage Publications, Inc.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Barham, P., & Hayward, R. (1998). In sickness and in health: Dilemmas of the person with severe mental illness. *Psychiatry*, *61*(2), 163-170. <https://doi.org/10.1080/00332747.1998.11024826>

Barker C, Pistrang N, Elliott R. (2002). *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners*. Chichester: Wiley.

Barnes, C. (1996). Disability and the myth of the independent researcher. *Disability & Society*, *11*(1), 107-112. <https://doi.org/10.1080/09687599650023362>

Basaglia, F. (1979). *Conferenze brasiliane*. Raffaello Cortina, Milano 2000

Basso, L., Boggian, I., Carozza, P., Lamonaca, D., Sveltini, A. (2016) Recovery in Italy: An Update, *International Journal of Mental Health*, *45*:1, 71-88, <https://doi.org/10.1080/00207411.2016.1159891>

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *La realtà come costruzione sociale*. Il mulino.

Binswanger, L. (1935). La concezione eraclitea dell'uomo, in *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli 1970.

Bird, V., Leamy, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). *Refocus. Promoting recovery in community mental health services*. Rethink, London.

Bland, R., & Foster, M. (2012). Families and mental illness: Contested perspectives and implications for practice and policy. *Australian Social Work*, 65(4), 517-534. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2011.646281>

Blumer, H. (1969) *Interazionismo simbolico*. Il Mulino.

Blumer, H. (2006). *La metodologia dell'interazionismo simbolico*. Armando Editore.

Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of mental health*, 13(5), 493-505. <https://doi.org/10.1080/09638230400006809>

Braslow, J. T. (2013). The manufacture of recovery. *Annual review of clinical psychology*, 9, 781-809. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185642>

Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)

Braun, V., Clarke, V., (2013). Successful qualitative research: A practical guide for beginners. *Successful qualitative research*, 1-400.

Browne, G., Hemsley, M., & St. John, W. (2008). Consumer perspectives on recovery: A focus on housing following discharge from hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(6), 402-409. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00575.x>

Brydon-Miller, M. (1997). Participatory action research: Psychology and social change. *Journal of Social Issues*, 53(4), 657-666. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1997.tb02454.x>

Campbell, L. A., & Kisely, S. R. (2009). Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane database of systematic reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005963.pub2>

Cardano, M. (2003). *Tecniche di ricerca qualitativa*. Carocci Editore.

Carrera-Fernandez, M. J., Guardia-Olmos, J., & Peró-Cebollero, M. (2014). Qualitative methods of data analysis in psychology: An analysis of the literature. *Qualitative Research, 14*(1), 20-36. <https://doi.org/10.1177/1468794112465633>

Castiglioni, M., Faccio, E. (2010). *Costruttivismi in psicologia clinica*. UTET Università.

Charmaz, K. (2004) Premises, principles, and practices in qualitative research: revisiting the foundations. *Qualitative Health Research 14*(7): 976–993. <https://doi.org/10.1177/1049732304266795>

Christou, P. A. (2023). How to Use Artificial Intelligence (AI) as a Resource, ow Methodological and Analysis Tool in Qualitative Research? *Qualitative Report, 28*(7), 1968-1980. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2023.6406>

Cobetto Ghiggia, S., & Roveda, T. (2019). Traduzione di: Hancock, N., Scanlan, J.N., Bundy, A.C., & Honey, A. (2016). *Recovery Assessment Scale – Domains & Stages (RAS-DS) Manual- Version 3*. Sydney; University of Sydney.

Cohen, O. (2005). How do we recover? An analysis of psychiatric survivor oral histories. *Journal of Humanistic Psychology, 45*(3), 333-354. <https://doi.org/10.1177/0022167805277107>

Cooley, C. H. (1902). Looking-glass self. *The production of reality: Essays and readings on social interaction, 6*, 126-128.

Cooper, D. (1967). *Psichiatria e antipsichiatria*. Editore Armando Armando.

Corbiere, M., Zaniboni, S., Lecomte, T., Bond, G., Gilles, P. Y., Lesage, A., & Goldner, E. (2011). Job acquisition for people with severe mental illness enrolled in supported employment programs: A theoretically grounded empirical study. *Journal of occupational rehabilitation, 21*, 342-354. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9315-3>

Corin, E., & Lauzon, G. (1992). Positive withdrawal and the quest for meaning: The reconstruction of experience among schizophrenics. *Psychiatry, 55*(3), 266-278. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9315-3>

- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsçh, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services*, 63(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875-884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Corrigan, P., & Bink, A. B. (2005). *On the stigma of mental illness* (pp. 11-44). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00170-1>
- Corring, D. J. (2002). Quality of life: perspectives of people with mental illnesses and family members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 350. <https://doi.org/10.1037/h0095002>
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia* (Vol. 7). NYU Press.
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of mental health*, 16(4), 459-470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World psychiatry*, 11(2), 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional psychology: research and practice*, 36(5), 480. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
- De Stefani R., Torri, E., Bertotti, K. (2011) Il coinvolgimento attivo di utenti e familiari nel Servizio di salute mentale di Trento. L'approccio del "fareassieme" e gli Utenti Familiari Esperti (UFE) in "SALUTE E SOCIETÀ" 2/2011, pp 170-180, DOI: 10.3280/SES2011-002014

De Stefani R., Vanzetta E. (2009). Il progetto 'fareassieme'. *Psicologia contemporanea*, 213

Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric rehabilitation journal*, 19(3), 91. <https://doi.org/10.1037/h0101301>

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11. <https://doi.org/10.1037/h0099565>

Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66_suppl), 29-35. <https://doi.org/10.1080/14034950510033345>

Demazière, D., Dubar, C. (2000). Dentro le storie. Analizzare le interviste biografiche, Raffaello Cortina, Milano (ed. or. 1997)

Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatric rehabilitation journal*, 32(1), 59. <https://doi.org/10.2975/32.1.2008.59.62>

Easton, C., Hamilton, B., Bichara, E., & Roper, C. (2012). *Gaining strength: consumers' experiences of case management with the strengths model*. St Vincent's Mental Health Service.

Faccio, E., Centomo, C. (2010). La semiotica in psicoterapia. *Scienze dell'Interazione*, 2(3), 43-54.

Fallot, R. D. (2007). Spirituality and religion in recovery: some current issues. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4), 261. <https://doi.org/10.2975/30.4.2007.261.270>

Färdig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., & Fredriksson, A. (2011). A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 62(6), 606-612. https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0606

Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative health research*, 12(4), 531-545. <https://doi.org/10.1177/104973202129120052>

Flood, C., Byford, S., Henderson, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szmukler, G. (2006). Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *bmj*, 333(7571), 729. <https://doi.org/10.1136/bmj.38929.653704.55>

Foucault, M. (2005). *Antologia. L'impazienza della libertà.* Feltrinelli Editore.

Foucault, M., & Chomsky, N. (2011). *Human Nature: Justice Versus Power: The Chomsky-Foucault Debate.* Souvenir Press.

Friedman, M. A., Detweiler-Bedell, J. B., Leventhal, H. E., Horne, R., Keitner, G. I., & Miller, I. W. (2004). Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy for the Treatment of Major Depressive Disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(1), 47. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph052>

Gadamer, H.G. (1960). *Verità e metodo.* Bompiani, Milano 1983

Galimberti, U. (2011). *Psichiatria e fenomenologia* (Vol. 4). Feltrinelli Editore.

Garverich, S., Prener, C. G., Guyer, M. E., & Lincoln, A. K. (2021). What matters: Factors impacting the recovery process among outpatient mental health service users. *Psychiatric rehabilitation journal*, 44(1), 77–86. <https://doi.org/10.1037/prj0000407>

Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266–275. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.3.266>

Giovanazzi, P., Puecher, A. (2022). *Psichiatria da protagonisti. Dall'esperienza di utenti e familiari un Servizio di salute mentale ideale.* Erickson.

Glaser B., Strauss A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* Aldine, Chicago

Glynn, S. M., Cohen, A. N., Dixon, L. B., & Niv, N. (2006). The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: opportunities and obstacles. *Schizophrenia bulletin*, 32(3), 451-463. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj066>

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. AldineTransaction.

Goffman, E. (1963). *Stigma. L'identità negata*, Laterza, Roma-Bari 1970

Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., Fang, M., Wang, B., Wang, C., ... & Zhao, J. (2010). Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: a randomized, 1-year study. *Archives of general psychiatry*, 67(9), 895-904. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.105

Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and health*, 18(2), 141-184. <https://doi.org/10.1080/088704403100081321>

Hancock, N., Scanlan, J. N., Kightley, M., & Harris, A. (2020). Recovery Assessment Scale-Domains and Stages: Measurement capacity, relevance, acceptability and feasibility of use with young people. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(2), 179-187. <https://doi.org/10.1111/eip.12842>

Happell, B. (2008a). Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 1: Enhancing recovery. *International journal of mental health nursing*, 17(2), 116-122. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00519.x>

Happell, B. (2008b). Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 2: Barriers to recovery and principles for evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(2), 123-130. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00520.x>

Harré, R., & Gillett, G. (1994). *La mente discorsiva* [trad. it. 1996]. Milano: Cortina.

Harrison, V. (1984). A biologist's view of pain, suffering and marginal life. *The depraved, the disabled and the fullness of life*. Delaware: Michael Glazier.

Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric services*, 58(11), 1461-1466.

Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szmukler, G. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMj*, 329(7458), 136. <https://doi.org/10.1136/bmj.38155.585046.63>

Høyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjónsdóttir, M., & Syse, A. (2002). Paternalism and autonomy: a presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International journal of Law and Psychiatry*, 25(2), 93-108. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00108-X](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00108-X)

Iudici, A., de Aloe, S., Trabattoni, L., Degiorgis, C., Strada, A., & Priori, M. (2014). Outlines of an architecture of a service oriented to the development of skills of persons with and without disabilities. *International Journal of Humanities and Social Science*, 4.

Jacob, S., Munro, I., Taylor, B. J., & Griffiths, D. (2017). Mental health recovery: A review of the peer-reviewed published literature. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 24(1), 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.08.001>

Jacobson, N., & Farah, D. (2012). Recovery through the lens of cultural diversity. *Psychiatric rehabilitation journal*, 35(4), 333. <https://doi.org/10.2975/35.4.2012.333.335>

Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric services*, 52(4), 482-485. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.482>

Jamshed, S. (2014). Qualitative research method-interviewing and observation. *Journal of basic and clinical pharmacy*, 5(4), 87. <https://doi.org/10.4103/0976-0105.141942>

Jensen, L. W., & Wadkins, T. A. (2007). Mental health success stories: Finding paths to recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(4), 325-340. <https://doi.org/10.1080/01612840701244086>

Johnson, K., & Walmsley, J. (2003). *Inclusive research with people with learning disabilities: Past, present and futures*. Jessica Kingsley Publishers.

Kerr, D. J., Crowe, T. P., & Oades, L. G. (2013). The reconstruction of narrative identity during mental health recovery: A complex adaptive systems perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 108. <https://doi.org/10.1037/h0094978>

Klevan, T., Jonassen, R., Sælør, K. T., & Borg, M. (2020). Using dyadic interviews to explore recovery as collaborative practices: Challenging the epistemic norm of the single person perspective. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1609406920967868. <https://doi.org/10.1177/1609406920967868>

Knapp, M., Patel, A., Curran, C., Latimer, E., Catty, J., Becker, T., ... & Burns, T. (2013). Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry*, 12(1), 60-68. <https://doi.org/10.1002/wps.20017>

Kravetz, S., Faust, M., & David, M. (2000). Accepting the mental illness label, perceived control over the illness, and quality of life. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 323. <https://doi.org/10.1037/h0095147>

Kuhn, T. (1962). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Einaudi.

La Mendola, S. (2009). *Centrato e Aperto. Dare vita a interviste dialogiche*. UTET Università.

Lakeman, R. (2010). Mental health recovery competencies for mental health workers: A Delphi study. *Journal of Mental Health*, 19(1), 62-74. <https://doi.org/10.3109/09638230903469194>

Lawn, S. J., Pols, R. G., & Barber, J. G. (2002). Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients. *Social science & medicine*, 54(1), 93-104. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00008-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00008-9)

Le Gallais, T. (2008). Wherever I go there I am: reflections on reflexivity and the research stance. *Reflective practice*, 9(2), 145-155. <https://doi.org/10.1080/14623940802005475>

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry*, 199(6), 445-452. Doi:10.1192/bjp.bp.110.083733

Leete, E. (1989). How I manage and perceive my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 197-200. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.197>

Levitt, A. J., Mueser, K. T., DeGenova, J., Lorenzo, J., Bradford-Watt, D., Barbosa, A., ... & Chernick, M. (2009). Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatric Services*, 60(12), 1629-1636. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.12.1629>

Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric services*, 56(6), 735-742. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.735>

Lindgren, B. M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International journal of nursing studies*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric services*, 52(12), 1621-1626 <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1621>

Liu, K. D., Hollis, V., Warren, S., & Williamson, D. L. (2007). Supported-employment program processes and outcomes: Experiences of people with schizophrenia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(5), 543. DOI:10.5014/ajot.61.5.543

Lovejoy, M. (1982). Expectations and the recovery process. *Schizophrenia Bulletin*, 8(4), 605. <https://doi.org/10.1093/schbul/8.4.605>

Lyotard, J. (1979) *La condizione postmoderna. Rapporto sul sapere*. Feltrinelli, 2014

Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 192-199. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016>

Mallet, J., Le Strat, Y., Dubertret, C., & Gorwood, P. (2022). Recovery-oriented psychopharmacological interventions in schizophrenia. *Recovery and Major Mental Disorders*, 131-151. https://doi.org/10.1007/978-3-030-98301-7_9

Mancini, M. A. (2007). A qualitative analysis of turning points in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(3), 223-244. <https://doi.org/10.1080/15487760701508359>

Mancini, M. A., Hardiman, E. R., & Lawson, H. A. (2005). Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal*, 29(1), 48. <https://doi.org/10.2975/29.2005.48.55>

Manzoli, S. (2021). Il potere della parola: la carenza dialogica nelle relazioni tra utenti e operatori nell'istituzione psichiatrica. *Sensibili alle foglie*.

Marino, C. K. (2015). To belong, contribute, and hope: First stage development of a measure of social recovery. *Journal of Mental Health*, 24(2), 68-72. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.954696>

Mayring, P. (2004). Qualitative content analysis. *A companion to qualitative research*, 1(2), 159-176.

McChargue, D. E., Gulliver, S. B., & Hitsman, B. (2002). Would smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking treatment? *Addiction*, 97(7), 785-793. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00064.x>

Mead, G. H. (1934). *Mind, self, and society* (Vol. 111). Chicago: University of Chicago press.

Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community mental health journal*, 36, 315-328. <https://doi.org/10.1023/A:1001917516869>

Mead, S., & MacNeil, C. (2006). Peer support: What makes it unique. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29-37.

Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(2), 134. <https://doi.org/10.1037/h0095032>

Melucci, A. (1998). *Verso una sociologia riflessiva*, Il Mulino

Menegatto, M., Zamperini, A. (2018). *Coercizione e disagio psichico. La contenzione tra dignità e sicurezza*. Il Pensiero Scientifico Editore.

Mental Health Advocacy Coalition (2008). *Destination: Recovery: Te Unga ki Uta, Te Oranga*. Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand.

Mezzina, R. (2017). Per una discussione critica sul tema della «Recovery» in Italia e in Europa | *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21), 158–178. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v9i21.69543>

Mezzina, R., Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., & Sells, D. (2006). The social nature of recovery: Discussion and implications for practice. *Archives of Andrology*, 9(1), 63-80. <https://doi.org/10.1080/15487760500339436>

Mizock, L., Russinova, Z., & Millner, U. C. (2014). Acceptance of mental illness: Core components of a multifaceted construct. *Psychological Services*, 11(1), 97. <https://doi.org/10.1037/a0032954>

- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., ... & Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric services*, 53(10), 1272-1284. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.10.1272>
- Nicholson, J. (2014). Supporting mothers living with mental illnesses in recovery. In *Motherhood, mental illness and recovery: Stories of hope* (pp. 3-17). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-01318-3_1
- Noiseux, S., & Ricard, N. (2008). Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 45(8), 1148-1162. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.07.008>
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 113–141). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-004>
- Padgett, D. K., Gulcur, L., & Tsemberis, S. (2006). Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Research on social work practice*, 16(1), 74-83. <https://doi.org/10.1177/1049731505282593>
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review-a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of health services research & policy*, 10(1_suppl), 21-34. <https://doi.org/10.1258/1355819054308530>
- Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M., & Brown, H. (2012). 1. Recovery colleges. *Centre for Mental Health London*.
- Pernice-Duca, F. (2010). Family network support and mental health recovery. *Journal of marital and family therapy*, 36(1), 13-27. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00182.x>

President's New Freedom Commission on Mental Health (2003) Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. Final Report. DHSS Pub. No. SM. 03–3832. Rockville, MD: Department of Health and Human Services

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>

Provencher, H. L., Gregg, R., Mead, S., & Mueser, K. T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal, 26*(2), 132. <https://doi.org/10.2975/26.2002.132.144>

Ramon, S., Healy, B., & Renouf, N. (2007). Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry, 53*(2), 108-122. <https://doi.org/10.1177/0020764006075018>

Reavey, P. (2011) The return to experience: psychology and the visual. In: Reavey P (ed.) *Visual Methods in Psychology*. Hove: Psychology Press, 1–13.

Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of mental health, 20*(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>

Rhodes, P., De Jager, A. (2014). Narrative studies of recovery: A critical resource for clinicians. *Clinical Psychologist, 18*(3), 99-107. <https://doi.org/10.1111/cp.12021>

Ridgway, P. (2001). ReStorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 2*, 335–343. <https://doi.org/10.1037/h0095071>

Riessman, F. (1965). The " helper" therapy principle. *Social work, 27*-32.

Ritchie, J. & Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. In: A. Bryman & R. G. Burgess (Eds). *Analyzing Qualitative Data* (pp. 173–194). London: Routledge.

- Roe, D., & Chopra, M. (2003). Beyond coping with mental illness: Toward personal growth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 334-344. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.3.334>
- Rositi, F. (1993). Strutture di senso e strutture di dati, in “Rassegna Italiana di Sociologia”, anno XXXIV, n. 2, pp. 177-200
- Russinova, Z., Rogers, E. S., Ellison, M. L., & Lyass, A. (2011). Recovery-promoting professional competencies: perspectives of mental health consumers, consumer-providers and providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(3), 177. <https://doi.org/10.2975/34.3.2011.177.185>
- Saleebey, D. (1994). Culture, theory, and narrative: The intersection of meanings in practice. *Social work*, 39(4), 351-359. <https://doi.org/10.1093/sw/39.4.351>
- Salvini, A., Dondoni, M. (2011). *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*. Giunti Editore
- 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>
- Schutz A. (1962), *Collected Papers*. Martinus Nijhoff, The Hague, vol.I.
- Schwandt, T. A. (2001). Dictionary of qualitative inquiry. In *Dictionary of qualitative inquiry* (pp. xxxiv-281).
- Serrano, M. (2017). Recovery. Una nuova frontiera per il concetto di salute mentale. La salute umana. *Rivista trimestrale di promozione ed educazione alla salute*, n.265
- Siu, B. W. M., Ng, B. F. L., Li, V. C. K., Yeung, Y. M., Li, M. K. L., & Leung, A. Y. H. (2012). Mental health recovery for psychiatric inpatient services: perceived importance of the elements of recovery. *East Asian Archives of Psychiatry*, 22(2), 39-48.

Sjöblom, L. M., Pejler, A., & Asplund, K. (2005). Nurses' view of the family in psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5), 562-569. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01087.x>

Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World psychiatry*, 13(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>

Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M., & Le Boutillier, C. (2012). Recovery grows up. *Journal of Mental Health*, 21(2), 99-103. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670888>

Smith, J. A., Jarman, M., & Osborn, M. (1999). Doing interpretative phenomenological analysis. *Qualitative health psychology: Theories and methods*, 1, 218-240.

Smith-Merry, J., Freeman, R., & Sturdy, S. (2011). Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland. *International journal of mental health systems*, 5, 1-12. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-11>

Sokratis, D., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 176-181. DOI:10.1192/bjp.184.2.176

Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 392. <https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401>

Song, L. Y., & Shih, C. Y. (2009). Factors, process and outcomes of recovery from psychiatric disability: The unity model. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 348-360. <https://doi.org/10.1177/0020764008093805>

Spaniol, L. (2010). The pain and the possibility: The family recovery process. *Community mental health journal*, 46, 482-485. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9315-3>

Svensson, B., Hansson, L. (2014). Effectiveness of mental health first aid training in Sweden. A randomized controlled trial with a six-month and two-year follow-up. *PloS one*, 9(6), e100911. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100911>

Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American psychologist*, 15(2), 113.

Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *British journal of social work*, 42(3), 443-460. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr076>

Tse, S., & Ng, R. M. (2014). Applying a mental health recovery approach for people from diverse backgrounds: the case of collectivism and individualism paradigms. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 1, 7-13. <https://doi.org/10.1007/s40737-014-0010-5>

Tuzzi, A. (2003). *L'analisi del contenuto. Introduzione ai metodi e alle tecniche di ricerca*. Carocci.

Unzicker, R. (1989). On my own: A personal journey through madness and re-emergence. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(1), 71. <https://doi.org/10.1037/h0099512>

Wahl, O. E., & Calabrese, J. D. (2001). Telling is risky business: Mental health consumers confront stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 5:2, 374-377, DOI: [10.1080/15487760108415440](https://doi.org/10.1080/15487760108415440)

Waller, S., Reupert, A., Ward, B., McCormick, F., & Kidd, S. (2019). Family-focused recovery: Perspectives from individuals with a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 247-255. <https://doi.org/10.1111/inm.12528>

Walsh, D., & Downe, S. (2006). Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery*, 22(2), 108-119. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.05.004>

Walters, C., & Petrakis, M. (2022). A systematic mapping review of family perspectives about received mental health interventions. *Research on Social Work Practice*, 32(1), 61-72. <https://doi.org/10.1177/10497315211010950>

Warner, R. (2004) *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy* (3rd edn). New York: Brunner-Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203420874>

Williams, C. C., & Tufford, L. (2012). Professional competencies for promoting recovery in mental illness. *Psychiatry*, 75(2), 190-201. DOI: [10.1521/psyc.2012.75.2.190](https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.2.190)

Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S. J., & Singh, S. P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical psychology review*, 76, 101815. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815>

Wittgenstein, L. (1954) *Tractatus Logico-philosophicus* (Colombo, G. C. M. Trad.); (Originariamente pubblicato nel 1921).

Wittgenstein, L. (2009) *Ricerche filosofiche* (Piovesan, R.; Trincherò, M. Trad.); Trincherò M. (cur.). (Originariamente pubblicato nel 1953).

World Health Organization. (1973). *The international pilot study of schizophrenia*. Geneva: World Health Organization.

Wright, B. (1983). *Physical disability—A psychosocial approach*. New York: Harper & Row.

Wyatt, R. C. (2004). Thomas Szasz: Liberty and the practice of psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 44(1), 71-85. <https://doi.org/10.1177/0022167803261611>

Wyder, M., & Bland, R. (2014). The recovery framework as a way of understanding families' responses to mental illness: Balancing different needs and recovery journeys. *Australian Social Work*, 67(2), 179-196. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2013.875580>

Yanos, P. T., DeLuca, J. S., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2020). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. *Psychiatry research*, 288, 112950. <https://doi.org/10.1080/15487761003756860>

Yanos, P. T., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2010). Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 178(1), 211-213. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.01.003>

Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric services*, 59(12), 1437-1442. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1437>

SITOGRAFIA

<http://www.leparoleritrovate.com>

http://www.leparoleritrovate.com/?page_id=29

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_ita.pdf?sequence=8

<https://portal.ct.gov/-/media/DMHAS/Recovery/practiceguidelines2pdf.pdf>

<https://www.accessliving.org/newsroom/blog/independent-living-history/>

<https://www.associazionevalleaperta.it/>

<https://www.raiplay.it/programmi/zavoliincontrabasaglia>

<https://www.recoverycollege.it/come-funziona-il-recovery-college/>

<https://www.researchintorecovery.com/files/Italian%20REFOCUS%20manual.pdf>

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

<https://www.sogniebisogni.it/documenti/articoli/955-una-rete-regionale-di-utenti-esperti-della-salute-mentale>

www.mhc.govt.nz/publications/2001/Recovery_Compencies.pdf

