



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E PSICOLOGIA  
APPLICATA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PEDAGOGIA

RELAZIONE FINALE

LA RECOVERY RELAZIONALE. UN'ANALISI TEMATICA DI STORIE DI  
DISAGIO PSICHIATRICO.

RELATORE

Prof. Diego Romaioli

LAUREANDA

Marta Novello

Matricola 2058230

Anno Accademico 2023/2024

## INDICE

<b>CAPITOLO 1:</b> .....	5
<b>RECOVERY E I NUOVI PARADIGMI PER LA SALUTE MENTALE</b> .....	5
RECOVERY .....	5
SOCIAL CONSTRUCTION.....	9
DALL'EMPIRISMO AL COSTRUZIONISMO.....	10
DIALOGO COME RISORSA .....	12
NECESSITA' DI RIPENSARE ALLA MALATTIA MENTALE.....	15
TERAPIA NARRATIVA.....	20
PROFESSIONI DI AIUTO .....	20
<b>CAPITOLO 2:</b> .....	23
<b>NUOVE PRATICHE COLLABORATIVE PER IL RECOVERY</b> .....	23
OPEN DIALOGUE.....	23
OPEN DIALOGUE E TERAPIA FAMILIARE, DUE PRATICHE A CONFRONTO .....	29
ASPETTI DECISIVI CHE PROMUOVONO L'OD .....	30
USO DEL LINGUAGGIO .....	31
PROCESSI DI FORMAZIONE DEI SIGNIFICATI .....	32
NOZIONE DI PROFESSIONALITÀ .....	34
PROMOZIONE DEL DIALOGO .....	36
ASPETTI STRUTTURALI DELL'OPEN DIALOGUE.....	36
MARLBOROUGH FAMILY SERVICE- LONDRA .....	39
ORDINARY LIFE THERAPY .....	45
ISTITUZIONI COME CONVERSAZIONI.....	46
DIBATTITO RISPETTO ALL'APPROCCIO COSTRUZIONISTA .....	48
<b>CAPITOLO 3:</b> .....	53
<b>RECOVERY RELAZIONALE: UNA RICERCA QUALITATIVA</b> .....	53
DIMENSIONE SOCIALE NEL RECOVERY: EXIT MADNESS.....	53
DOMANDE DI RICERCA .....	55
METODOLOGIA .....	56
METODO DI ANALISI DEI DATI.....	58
PRIMA DOMANDA DI RICERCA .....	60
ALTRO COME FIGURA "OSTACOLANTE" NEL PROCESSO DI RECOVERY .....	60
DEFINIZIONE DI RUOLI NEL RECOVERY .....	62
FORZA DEL DIALOGO E DELLA NARRAZIONE NEL PERCORSO DI RECOVERY ..	64
L'UMANITA' NEL PROCESSO DI RECOVERY .....	66

SECONDO OBIETTIVO: INDAGARE IL RUOLO DELL'ALTRO SIGNIFICATIVO:	
FAMIGLIA .....	68
FAMIGLIA COME SOCIETA' .....	68
SOCIETÀ/FAMIGLIA COME MAESTRO DI VITA .....	69
“SEI PIÙ DI COME TI COME TI DESCRIVONO” .....	71
CAMBIAMENTO COME RISCATTO SOCIALE.....	73
OPERATORE INTESO COME MEMBRO DELLA FAMIGLIA .....	75
EDUCARE LA FAMIGLIA AL DISTURBO PSICHICO PER GARANTIRE IL RECOVERY .....	77
SITUAZIONI INFORMALI .....	80
ARTE COME PROCESSO DI RECOVERY.....	80
NATURA COME DOTTORE MERAVIGLIOSO .....	81
ESSERE SODDISFATTI DI SÉ .....	82
DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....	82
<b>CONCLUSIONE.....</b>	<b>95</b>
LIMITI.....	98
PROSPETTIVE FUTURE .....	98
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>100</b>
<b>SITOGRAFIA .....</b>	<b>108</b>

## INTRODUZIONE

Il presente lavoro di tesi vuole riconsiderare il grande tema della malattia mentale, per anni considerata uno scomodo abito cucito addosso alla persona che ne è affetta ed in grado di trascinarla in una voragine senza ritorno.

Il concetto di *recovery*, assieme ai nuovi modi di approccio alla malattia, non più come “assenza di sintomi”, permette un nuovo spiraglio, una nuova opportunità al cambiamento. Tale processo mira infatti a garantire alle persone, attraverso interventi mirati, di svolgere un ruolo attivo e soddisfacente nella società grazie a processi di sostegno continuativo. Non a caso si è scelto il termine “sostegno” che in qualche modo rende efficientemente il focus: l’importanza della dimensione sociale.

Per introdurre la dimensione del *recovery* vengono riprese quelle che sono le sue origini, gli approcci che più si sono espressi in merito facendo particolare attenzione a quello “costruzionista”. Concetto cardine di quest’ultimo è che tutto sia frutto di una costruzione sociale, di solide tradizioni legate al contesto sociale e storico.

Teorico di riferimento per i costruzionisti è Kenneth Gergen, autore guida per la stesura di tale progetto di tesi sia da un punto di vista teorico che metodologico. Gergen cerca di farci riflettere anche sul concetto stesso di salute mentale in quanto frutto di dialoghi sociali che necessitano di essere rivisitati. Per far sì che ciò accada ed avvenga il *recovery*, le stesse professioni e relative pratiche dovranno essere ripensate.

Obiettivo di questa tesi è sottolineare la forza della dimensione sociale anche dal punto di vista della guarigione, con la possibilità di creare dei nuovi percorsi considerati del *multi-being* ove i diversi esseri potranno collaborare.

Vengono forniti alcuni esempi di pratiche cosiddette “collaborative” prestando particolare attenzione a quella recentemente sviluppatasi in Finlandia: *L’open dialogue*, ideata da Jaakko Seikkula, che garantisce un forte tasso di guarigione dalla psicosi. Sette sono i principi cardine di questo approccio il cui obiettivo è la promozione del dialogo e del coinvolgimento sociale in vista del cambiamento. Approccio che nuovamente tende a sottolineare, ad enfatizzare quanto la parola sia un mezzo molto spesso più potente rispetto al mero utilizzo di farmaci che tendono ad inibire, calmare i sintomi.

Ho deciso di approfondire il tema del *recovery* poiché, oltre ad essere di mio interesse, risulta a mio avviso ancora poco discusso e approfondito rispetto a quelle che possono essere le sue potenzialità. Pochi studi lo hanno indagato come processo

interpersonale o sociale (Marino, 2015, p.68-72), arrivando a considerare che “la guarigione può svilupparsi attraverso un processo sociale (..) poiché le relazioni sembrano essere decisive” (Schön et al., 2009, p.339).

Con il presente elaborato vorrei riuscire a coinvolgere tutti in una riflessione circa l'importanza di ripensare a nuovi scenari oltre alla mera ospedalizzazione.

Partecipando al progetto “EXIT MADNESS” ho potuto indagare l'aspetto della dimensione sociale nel percorso di recupero partendo proprio dalla prospettiva di persone che hanno sofferto di disagio psichico.

L'ultimo capitolo è infine dedicato all'approfondimento dei risultati ottenuti dall'analisi tematica in riferimento alle domande di ricerca evidenziate: indagare il significato assunto “dall'altro” nel processo di *recovery*, quindi le percezioni degli altri significativi, con particolare riguardo alla famiglia ed infine le possibili forme di *recovery* al di fuori dei contesti formali.

## CAPITOLO 1:

### RECOVERY E I NUOVI PARADIGMI PER LA SALUTE MENTALE

#### RECOVERY

Quando si parla del tema del “*recovery*” non si introduce un termine nuovo: ha sempre fatto parte delle discussioni mediche anche se con differenti sfumature. Ultimamente ha suscitato un vivo e piuttosto urgente interesse cui ha fatto seguito un ulteriore ampliamento semantico.

Cosa si intende per *recovery*? Il termine sembra etimologicamente derivare dall’anglo-francese “*recover*”, la cui traduzione sarebbe “riprendere conoscenza” (III° secolo). Dal XVI° secolo ha assunto nella lingua inglese il significato di “riacquistare salute o forza”. Nel secolo attuale può estendersi ad almeno altre tre aree semantiche quali:

1. ristabilimento di uno stato di salute o forza
2. ritrovamento di qualcosa che era andato perduto o rubato
3. recupero o riutilizzo di materiali o fonti di energia (Hoad, 1996).

Sfortunatamente la traduzione italiana del termine *recovery* non rende appieno il significato di tale concetto, molto più ampio; si preferisce di conseguenza mantenerne la dizione inglese. Negli ultimi anni comunque si è iniziato a parlarne anche al di fuori dell’ambito strettamente medico. Se in un primo momento con *recovery* si alludeva a criteri che definivano il recupero della salute sia da un punto di vista fisico, che personale e sociale, l’accezione più recente mette al primo posto la soggettività del paziente e il suo vissuto rispetto alla malattia. Si inizia pertanto a porre enfasi sul processo piuttosto che sull’esito, sul ruolo attivo del paziente nel recuperare il controllo di sé e della propria vita, così tanto compromesse dalla malattia e dallo stigma sociale.

Il paziente cerca dunque una nuova possibilità, un nuovo significato da dare alla propria vita, una luce nel buio e questa richiesta, tema che approfondiremo in seguito, necessita della collaborazione tra persone che abbiano o meno vissuto esperienze di malattia mentale e del sistema di servizio psichiatrico. Il *recovery* è infatti un processo che coinvolge l’intera comunità nella medesima lotta verso la speranza ed il cambiamento. Questo “risveglio” (Maone, 2015), questa esigenza di guarigione e recupero di un’identità positiva con cui ricostruirsi una vita verrà di solito attivata “volontariamente” dal singolo individuo grazie ad un clima ed a un contesto

interpersonale in cui tale volontà potrà essere rispettata, riconosciuta, accettata e valorizzata.

La comunità non si limita solo a stabilire la, seppur necessaria, relazione terapeutica tra paziente e servizio nella quale vengono studiate le migliori strategie ed alleanze per garantire il suo benessere. Deve considerarne anche l'ambito strettamente socio-politico e dunque tutto ciò che riguarda il diritto della persona stessa a vivere una vita dignitosa. Sarà necessario pertanto riconsiderare anche il livello di organizzazione dei servizi stessi, le risorse necessarie e la legislazione. Su questi piani si dovrà attivare un'azione di *empowerment* (Maone, D'avanzo, 2015), di consapevolezza, di controllo, di responsabilità verso la relazione e l'individuo. Solo attraverso l'effettiva cooperazione tra le diverse parti interessate al processo si potrà fornire ai servizi di salute mentale prospettive multiple sia per il proprio sviluppo che per le scelte politiche derivanti: fra queste di primaria importanza il rispetto dei diritti civili onde evitare che le persone con malattie mentali vengano emarginate, escluse e discriminate.

Bisogna sottolineare come contestualmente al processo di *recovery* termini come salute, malattia e disabilità vengano rivisti influenzando di conseguenza molto il campo dell'assistenza psichiatrica. Avviene un cambio di prospettiva verso un nuovo concetto positivo di salute, non intesa come mera assenza di malattia quanto piuttosto come “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale” (OMS) che dovrà essere garantito a tutti. Nel “*Mental Action Plan*” del 2005 per l'Europa l'Organizzazione Mondiale della Salute, oltre a questo passaggio fondamentale, vengono esplicitate cinque priorità per i successivi dieci anni tra cui “la necessità di progettare e attuare sistemi di salute mentale completi, integrati ed efficienti che coprano la promozione, la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione, la cura ed il *recovery*”. Inoltre, “riconoscere l'esperienza e la conoscenza degli utenti dei servizi e degli assistenti come una base importante per la pianificazione e lo sviluppo dei servizi” e unitariamente “affrontare la stigmatizzazione, la discriminazione e l'ereditarietà per dare potere e sostenere le persone con problemi di salute mentale e le loro famiglie ad essere attivamente impegnate in questo processo.” Da questi importanti enunciati si evince, oltre al ruolo fondamentale dei singoli servizi, anche la necessità di questi di costruirsi a partire dalla voce e dalle esigenze di tutti gli attori coinvolti nel processo di *recovery*. Solo così si potrà rendere il *recovery* “un processo profondamente personale e unico nel cambiare i propri atteggiamenti, valori, sentimenti,

capacità e ruoli, un modo di vivere una vita soddisfacente, piena di speranza e contributiva seppur con i limiti causati dalla malattia.” (Anthony WA 1993, p.13). Grazie a questi contributi non viene più considerato come un semplice modo di curare le persone stabilizzandole per mantenerle nella società. Nulla ha a che vedere con questo semplice risultato finale, questo processo comporta una trasformazione degli individui che accetteranno le loro “limitazioni” scoprendo un nuovo mondo di possibilità a cui poter partecipare attivamente e in cui ritrovare un proprio ruolo (Deegan, 1996, p 13). Questo è quanto emerge dalle riflessioni di Pat Deegan, psicologa clinica e ricercatrice statunitense a cui da teenager venne diagnosticata la schizofrenia. Nelle sue interviste, quando le viene chiesto come considera il suo percorso di *recovery*, non lo traduce nei termini di uno stato di ritorno ad una situazione precedente, lo definisce piuttosto uno sviluppo personale necessario a superare le spesso negative implicazioni derivanti da una diagnosi che potrebbe ostacolare il proprio percorso di resilienza. Si intuisce come non sia affatto un percorso semplice, lineare o regolare ma comunque reso possibile dalla forte aspirazione che ciascun individuo ha di vivere e di lavorare sentendosi parte di una comunità in cui ognuno ha la possibilità di apportare un significativo contributo (Deegan 1988, p.15).

Ciò che fino ad esso non era stato ancora messo in rilievo è che comunque un cambiamento nella direzione della salute sia sempre possibile. I fattori che ne garantiscono la riuscita sono distinguibili in interni ed esterni:

- ✓ interni quali speranza e salute intesi come identità e autostima essenziali al di là di qualsiasi sofferenza e malattia; anche le relazioni con gli altri risultano fondamentali a tale processo;
- ✓ esterni fra cui emerge, come prima accennato, il rispetto dei diritti di ciascun individuo in quanto persona e la presenza di una cultura positiva che ne promuova la partecipazione a livello sia sociale che professionale garantendo pertanto l’emancipazione di ciascuno.

Un gruppo completo di esperti del SAMHSA (The Substance Abuse and Mental Health Services Administration), a proposito di fattori, ha definito le 10 componenti fondamentali alla recovery ([www.mentalhealth.samhsa.gov](http://www.mentalhealth.samhsa.gov)):

1. autodeterminazione
2. individualizzato e centrato sulla persona

3. emancipazione
4. olistico
5. non lineare
6. basato sui punti di forza
7. sostegno tra pari
8. rispetto
9. responsabilità
10. speranza.

Si può quindi notare come inizialmente questo processo sia centrato sulla persona (Onken et al. 2007), sull'importanza di ricostruire la propria identità positiva, il proprio sé, emancipandosi e facendosi carico di tutte quelle responsabilità che competono alla comunità, alla rete di supporto cui il singolo fa parte. Successivamente tale processo è reso possibile dal sostegno tra pari, dal rispetto reciproco ed infine grazie ad una comunità in grado di garantire relazioni stabili, positive e pari opportunità per tutti ma soprattutto integrazione. Infatti gli obiettivi cui la *recovery* tende sono (Hopper, 2007):

- ✓ garantire un senso di possibilità;
- ✓ recuperare le proprie competenze;
- ✓ ritrovare il proprio posto nella società;
- ✓ riconciliarsi con il proprio posto di lavoro.

I diritti alla partecipazione ed alla protezione contro le discriminazioni sono quindi precondizioni necessarie per il processo di *recovery*. Assicurare il superamento di quelle barriere che hanno ostacolato il paziente nel percorso della propria vita per raggiungere infine una posizione di autodeterminazione, responsabilità ed appartenenza ad una comunità (Amering and Schmolke, 2009).

Durante questo percorso di guarigione che, come abbiamo visto, potrebbe dimostrarsi lungo e non lineare, i supporti terapeutici dovranno risultare molteplici ed allontanarsi dal metodo tradizionale cui pensiero rispetto alla malattia rimane legato al deficit, a qualcosa di alienante e non recuperabile. Bisogna superare un approccio strettamente focalizzato ai risultati per ripensare a servizi per la salute mentale centrati piuttosto sulla persona. Servizi flessibili, guidati dalle richieste individuali, dai bisogni ma anche dalle risorse delle singole persone. Non sarà quindi sufficiente sistemare servizi già esistenti quanto piuttosto riformularli a partire dagli utenti.

## SOCIAL CONSTRUCTION

“Madness exists only with a society” (Michel Foucault, *Madness and Civilization*)

Partendo da questa significativa frase di Foucault, filosofo e sociologo storico, viene posta l'attenzione sulla dimensione sociale essenziale sia per il processo di *recovery* che per la costruzione del concetto di malattia stessa.

Le istituzioni, tra cui gli ospedali ed i servizi per la salute mentale, sono abbastanza rilevanti nel determinare la realtà, intesa come costruzione sociale, arrivando spesso ad essere considerate da molti come veri e propri centri di potere. Da qui nasce la preoccupazione di Foucault circa il modo in cui le persone si sottomettono volontariamente a tali forme di potere. Istituzioni, che nel tempo si sono trasformate in forme simili ai cosiddetti regimi disciplinari, rivendicando la conoscenza, classificando concetti quali salute, malattia, ciò che è normale e ciò che è invece anormale. In quanto persone veniamo classificati con termini da loro ideati riproposti poi nella vita di tutti i giorni, dimostrando così la nostra obbedienza nei loro confronti.

Per parlare di *recovery* è necessario combattere queste forze, resistere ed il miglior modo per farlo è attraverso la partecipazione; solo così si rende possibile la nascita di nuovi costrutti sociali. La creazione di senso avviene quando le persone comunicano e sono in relazione tra loro; è proprio dall'incontro tra diverse tradizioni che nascono nuove forme di espressione che aprono differenti possibili scenari. La vita sociale oscilla quindi tra le forze che ci permettono di costruire, dare senso al nostro mondo e quelle che invece lo sconvolgono (Gergen, K. J., 2015).

Così risuona l'importanza della dimensione sociale: tutto è una costruzione sociale frutto della relazione tra diversi attori. L'identità della nostra persona, il modo che abbiamo per definirci non deriva dunque esclusivamente da una nostra scelta ma bensì da come gli altri ci rappresentano o ci associano ad un gruppo piuttosto che ad un altro e dalla pressione provata nel momento in cui non dovessimo sentircene parte. Bisogna iniziare a pensare come tutti questi modi che abbiamo per definirci, catalogarci siano derivanti da costruzioni sociali (Gergen, K. J., 2015) performance sociali le quali, se viste da una differente prospettiva, possono indurre il cambiamento necessario per affacciarci ad un futuro migliore. Per farlo risulta necessario espandere il nostro essere, non limitandoci a delle categorie e creando valide alternative alle tradizioni esistenti.

Quando affrontiamo tali temi ci riferiamo inevitabilmente all'influenza dell'idee proprie del costruzionismo sociale, uno degli orientamenti che più ha influenzato il concetto di *recovery* e che pertanto merita di nota a partire da alcuni brevi cenni storici.

## **DALL'EMPIRISMO AL COSTRUZIONISMO**

Con l'avvento del XX° secolo le scienze umane iniziano a conformare i metodi propri delle scienze naturali. Questo viene indicato come il periodo storico dell'empirismo, conosciuto anche come positivismo o post-positivismo, secondo cui la conoscenza umana deriva esclusivamente dall'esperienza o dai sensi. Empirismo significa letteralmente "guidato dall'esperienza".

Possiamo notare alcune differenze tra empirismo e costruzionismo: la ricerca empirica prevede innanzitutto la misura del fenomeno nel modo più accurato possibile. Per i costruzionisti invece ogni modalità di misura del fenomeno altro non è che un modo per costruire il mondo in maniera differente. I fenomeni non esistono in natura ma sono bensì frutto di costruzioni sociali mentre le misure sono "accordi di comunità" validate dal consenso sociale.

Lo scopo della ricerca empirica è quello di riflettere il mondo così com'è e non per quello che dovrebbe essere, di conseguenza gli scienziati dovrebbero mantenere una certa distanza tra loro e ciò che stanno studiando eliminando ogni forma di giudizio personale. Per i costruzionisti invece gli scienziati, partecipando alle tradizioni sociali, inevitabilmente apporterebbero alla ricerca i valori stessi della società di cui fanno parte. Tradizioni e valori ritenuti funzionali ed incrementanti all'interno del progetto di ricerca stesso.

Considerano la natura come qualcosa che resiste, permane è possibile per gli empiristi rendere la conoscenza sempre più raffinata per predire ciò che accadrà. Si potrà così controllare, grazie esclusivamente alla ricerca sperimentale, gli eventi a beneficio degli esseri umani. Per i costruzionisti risulta invece molto difficile predire poiché l'azione umana è in continuo movimento, frutto dello stare insieme delle persone che ne definiscono i vari significati.

Per gli empiristi il mondo è oggettivo ed esiste un'unica verità che va svelata rispondendo all'unica domanda possibile. Per i costruzionisti ogni forma di misura ridotta in grafici, analisi o domande non è adatta a spiegare il mondo poiché lo limiterebbe rispetto alle sue multiple rappresentazioni e potenzialità.

Pertanto, visto che per i costruzionisti i nostri modelli di vita, le nostre realtà nascono e sono sostenute dalle relazioni costruite a partire dai modi comuni che abbiamo di comunicare, è proprio a queste pratiche che dobbiamo prestare attenzione. Bisogna discostarci da mere ipotesi in cui la voce del ricercatore sarà inevitabilmente dominante. La conoscenza dovrà quindi essere raggiunta in modo collaborativo, non utilizzando regole ma ascoltando piuttosto le esigenze, le speranze nonché gli scopi collettivi di ciascun partecipante negoziati in rapporto ad un mondo in continuo cambiamento.

I costruzionisti sociali affermano dunque l'importanza e la centralità della dimensione sociale e relazionale. Solo superando la mentalità individualistica che porta inevitabilmente a forme di isolamento, sfiducia, diffidenza nonché competizione e narcisismo, si potrà arrivare ad una concezione relazionale del sé.

I primi esperimenti di psicologia sociale, risalenti al 1930, seguivano una mentalità meramente individualistica: alla manipolazione di determinati stimoli si associava sempre una risposta del paziente in termini di cognizione, emozione, motivazione e piacere.

Con Mead (1934) e l'Interazionismo simbolico si inizierà a pensare al comportamento dell'individuo a partire dal comportamento dell'intero gruppo sociale cui esso fa parte. Da questa considerazione iniziamo infatti a comprendere come non esista un Sé indipendente dal processo sociale ma come questo sia invece il risultato di un processo comune. Processo che si realizza tramite il linguaggio, inteso come referente simbolico, reso possibile dalla condivisione di un insieme comune di simboli (Mead, G.H. 1934). È dunque dalla risposta dell'altro che cominciamo a costruire la nostra stessa capacità di pensiero. Per farlo sarà necessario però un colloquio interiore finalizzato all'assunzione del ruolo dell'altro ed a quelle che sono le sue risposte per dare un senso a ciò che implicano per lui/lei; solo tramite questo processo si potrà arrivare a conoscere il proprio Sé.

Nel tempo si è venuta poi a costituire la nozione di "altro generalizzato", un insieme di tutte quelle che sono le reazioni dell'Altro rivolte al Sé in una determinata situazione. Con la comprensione dell'"altro generalizzato" (Mead, G.H. 1934) l'individuo capisce che tipo di comportamento sia previsto ed appropriato a seconda dei differenti contesti sociali ricreando conseguentemente un'idea coerente di Sé.

Rispetto a quanto detto permane però nell'Interazionismo simbolico un forte elemento di individualismo e determinismo: si nasce come soggetti individuali per poi

sperimentare il ruolo dell'Altro necessario al fine di sviluppare una propria concezione del Sé e del mondo.

Anche Vygotskij sottolinea quanto i processi mentali riflettano i processi sociali spingendosi anche oltre: “non esiste nulla nella mente che non sia stato prima nella società”. (Vygotsky, L.,1981).

Le concezioni degli autori finora citati paiono convergere nel definire come il mondo della mente, del Sé emerga e derivi strettamente dalla partecipazione alla sfera sociale. Il modo di agire, di parlare è frutto di ciò che si è acquisito nella cosiddetta storia relazionale a partire dalla quale potremo attingere a molteplici potenzialità dell'essere.

Kennet J. Gergen, esponente principale del costruzionismo sociale, nel suo libro, “*An invitation to Social construction*”, descrive una condizione che definisce, nella terminologia inglese, del “*multi-being*”. Ciascun individuo acquisisce molteplici potenzialità dalle singole relazioni che instaura con l'Altro. Non bisogna più ricercare un unico sé, come la cultura occidentale ci ha sempre insegnato, “conosci te stesso”; ognuno di noi è piuttosto il frutto di diverse relazioni da cui ha potuto assorbire differenti idee di bene e di male, di giusto e sbagliato le quali potranno inevitabilmente causare anche dei conflitti.

Secondo Hermans e Kempen siamo diversi “sé dialogici” (Hermans, H.J.M, Kempen, H.J.G.,1993) e potremo entrare in conflitto assumendo posizioni differenti; ciò non deve essere considerato un problema, anzi, accettare le diverse ambivalenze permette di esprimerci attraverso più voci e potenziali. Dovremo pertanto investire nel benessere delle relazioni per poter pensare a un mondo migliore; tali rapporti non riguarderanno esclusivamente le persone ma dovranno essere estese anche ai servizi, alle istituzioni ed anche alla natura stessa onde evitare catastrofi.

## **DIALOGO COME RISORSA**

Fra i più grandi problemi del mondo contemporaneo troviamo sicuramente la difficoltà di vivere in un contesto in cui pervadono differenze di pensiero, credenze e tradizioni. Differenze che se considerate nell'accezione negativa, sfociano in distanze fisiche, relazionali creando così idealmente un me e l'altro, un noi ed un loro. Per evitare un futuro fatto di “tutti contro tutti”, riprendendo le idee proprie dei costruzionisti, il dialogo diventa un'importante risorsa per ridurre i conflitti tra gruppi. Il dialogo sta alla base di ogni dinamica sociale essendo questo creatore dello stesso significato.

Giova innanzitutto definire cosa s'intende per sociale. La risposta più comune è la seguente: due individui indipendenti che si incontrano, si uniscono parlando (Gergen, K. J, 2015). Nella conversazione ogni cosa che avviene tra un individuo ed un altro è interdipendente: il significato che si cela dietro le mie parole è dipendente dalla risposta dell'altro interlocutore. È quindi dalla coordinazione delle nostre azioni che nasce il concetto oppure, in caso contrario, muore. È da un processo di co-azione che insieme giungiamo alla creazione del significato il quale peraltro non è mai finito, è sempre in movimento, pronto inevitabilmente a modificarsi nella conversazione successiva.

Il dialogo in sé può avere varie sfaccettature, tra cui:

- **DIALOGO GENERATIVO:** ognuno apporta il proprio contributo alla conversazione e conseguentemente ognuno impara da questa qualcosa;
- **“SUSTAINING”:** intendendo le cosiddette “chiacchiere” ovvero le conversazioni tenute durante la vita quotidiana;
- **DIALOGO DEGENERATIVO:** il più distruttivo per la relazione, porta alla chiusura stessa della conversazione. È costituito molto spesso da silenzi, attacchi o giudizi tra gli interlocutori.

È importante comprendere come riconoscere e capire l'Altro non sia un processo mentale quanto piuttosto un processo di realizzazione relazionale. Le risposte infatti non sono dentro la nostra testa. Bisogna trovare diversi modi attraverso cui poter comunicare con l'Altro poiché se è vero che dal dialogo possono spesso nascere dei conflitti sarà solo attraverso esso che si potranno trattare. Per superare il conflitto la negoziazione nonché la mediazione riducono notevolmente l'antagonismo tra le parti. È dalla generazione di opzioni multiple che si arriva in modo collaborativo e integrativo alla soddisfazione di ognuno. Molto spesso le persone diventano antagoniste per il diverso modo che hanno di vedere il mondo e queste differenti vedute, che possono essere chiamate narrative, emergono inevitabilmente dal dialogo. Ciò spiega perché la trasformazione debba avvenire dal dialogo stesso. È necessario proporre nuove alternative coinvolgendo ogni individuo e mostrandogli la possibilità di vedere il mondo anche da una prospettiva diversa dalla propria.

Se per i costruzionisti il vero ed il relazionale sono frutto di costruzioni sociali legate alle tradizioni stesse del discorso nato dall'incontro con l'Altro, è attraverso quest'ultimo che assieme si andrà a proporre nuove forme flessibili di dialogo.

È spostandoci verso un dialogo trasformativo che si potranno superare i cosiddetti preconcetti, luoghi comuni, permettendo così a ciascun soggetto di riformulare continuamente i propri quadri di significato senza eliminare però la cornice di tradizioni cui è coinvolto. Per consentire che tale dialogo abbia luogo tre sono le azioni rilevanti da mettere in atto:

1. Raccontare la propria storia che garantisce una certa forma di accettazione di sé, storia in cui non ci si può sentire sbagliati;
2. Affermare l'altro nelle sue diverse espressioni in modo da farlo sentire accettato, capito ma soprattutto apprezzato;
3. Rilevare le somiglianze. È dal dialogo che, oltre alle differenze, emergono anche forme di similarità con l'Altro le quali permetteranno di eliminare le barriere per potersi sentire più vicini e di conseguenza anche di maggior supporto.

L'altro fa inevitabilmente parte di noi, non dobbiamo più pensarci come individui singoli ma piuttosto come rappresentazioni di gruppi, tradizioni, famiglie, istituzioni. Il dialogo non è sicuramente l'unica risorsa per poter dare un nuovo senso al mondo, alla realtà, ai significati ma è sempre dalla cooperazione, dalla relazione che tutto ciò può avvenire.

È ripensando al ruolo dell'Altro che possiamo muoverci assieme verso uno scopo, una causa comune. Bisogna ripensare a quelle che riteniamo potrebbero essere forme di differenza che ci porterebbero ad allontanarci intendendole piuttosto come delle azioni sociali supportate da entrambi. Per far sì che si verifichi quanto detto, l'altra risorsa che entra in campo è sicuramente l'educazione. Quest'ultima, secondo l'accezione tradizionale, si occupa di colmare la testa dei singoli studenti di conoscenza. Per la concezione costruzionista si dovrà invece passare da questa concezione passiva di educazione dell'individuo verso una modalità di apprendimento attivo: ognuno partecipa attivamente alla propria istruzione attraverso la creazione di relazioni stabili e solide, basate sulla condivisione che contribuiranno infine ad arricchire il multi-being.

L'obiettivo è sicuramente quello di arrivare, partendo da queste relazioni, ad una collaborazione tale da riuscire insieme a condividere prospettive multiple che permettano di guardare oltre ad un particolare tradizione. Quando ci si riferisce all'educazione, questa non deve essere intesa solo all'interno

dell'istituzione principale quale la scuola, ma dovrà essere necessariamente estesa raggiungendo tutta la comunità, comprendendo ogni servizio e istituzione.

## **NECESSITA' DI RIPENSARE ALLA MALATTIA MENTALE**

Le idee dell'orientamento costruzionista sociale rivoluzionano dunque il modo che abbiamo di pensare proponendo nuove strategie da mettere in atto anche soprattutto nell'ambito della cura e dell'assistenza sanitaria. È importante rammentare come il tema della sofferenza ci pervada e sia presente ovunque: nelle piccole paure di tutti i giorni, nelle frustrazioni a livello lavorativo e nei dissensi che possono emergere a livello socio-relazionale. La sofferenza esiste e fa parte di noi stessi: molteplici potranno essere le strategie per ridurla.

È necessario innanzitutto ripensare alla storia che precede un concetto come quello di malattia mentale. In quanto soggetti noi tendiamo ad avere un'inclinazione a soffrire che è culturalmente prescritta; in risposta a ciò le professioni psichiatriche iniziano a dominare tutto ciò che sia compreso in quello che definiscono con il termine di disordine mentale.

Molte ricerche hanno indagato infatti su quanto la medicina e l'industria farmaceutica siano in grado di generare una tassonomia delle malattie mentali (DSM) in continua espansione la quale verrà utilizzata molto spesso, anzi quotidianamente, da molteplici individui allo scopo di generarsi, a partire da quanto hanno appreso, un'auto-diagnosi. Vista da un altro punto di vista, questa "raccolta" di malattie, rispetto sempre alle idee proprie dell'approccio costruzionista, altro non è che una costruzione culturale che raccoglie quelli che sono i valori, piuttosto che i sintomi comuni, in modo da categorizzare un determinato gruppo di persone facenti parte di un dato periodo storico.

Bruce Wiseman, presidente dell'ufficio nazionale del CCHR per gli Stati Uniti, ha dichiarato:

*"Il DSM è un documento inaffidabile e pseudoscientifico, capace tuttavia di recare enormi danni alla vita della gente e usato per generare un fatturato da 76 miliardi di dollari l'anno nel ramo degli psicofarmaci".*

Per rafforzare questa forte accusa il presidente ha allegato alcuni dati, di alcuni anni orsono, a sostegno della propria tesi: i farmaci per i "disturbi dell'umore", a cui

appartengono la depressione, disordini schizofrenici e psicotici, costituiscono la più grossa fetta del mercato mondiale. Solo nel 2004, gli antidepressivi hanno realizzato un fatturato da 20,3 miliardi di dollari e gli antipsicotici 14,4 miliardi. Questo avviene inevitabilmente perché la diagnosi di disturbo mentale segue molto il modello medico: per costruire una malattia si considerano delle basi fisiche a cui sarà possibile associare una sintomatologia. Anche qualora, come nel caso delle malattie mentali, tali cosiddette basi fisiche non fossero presenti, noi restiamo comunque fortemente legati all'uso di medicine per la guarigione. Proprio a questo punto entrano in campo le case farmaceutiche creando medicinali che sembrano ridurre, curare qualsiasi sintomo, anche se inosservabile o non quantificabile, come quelli propri ai casi di disturbo mentale.

Il CCHR (Citizen Commission on Human Rights) allerta circa la necessità di tutelare le persone dai rischi e dalle violazioni dei loro diritti in quanto esseri umani. Tali violazioni potrebbero scaturire dall'uso del DSM stesso, considerato il fatto che nel processo di definizione dei disturbi mentali prendono parte anche le case farmaceutiche con i propri interessi economici.

Se non si interverrà tempestivamente sul progredire di questa espansione di diagnosi di malattie mentali e la conseguente associazione a queste di farmaci per guarirle, si correrà il rischio di assistere, oltre che all'aumento di abuso e di dipendenza da quest'ultimi, anche allo sviluppo di nuove infermità.

“Non c'è problema personale, malattia mentale in sé ma solo all'interno di un complesso relazionale”. È da questa frase costruzionista che iniziano profonde riflessioni sul tema. Ogni cosa, dal processo, al progresso, alla relazione funzionale, in questo caso, tra cliente e le professioni di aiuto quali quella dello psicologo, dipendono fortemente dalla posizione in cui si collocano rispetto ad una cultura ed una storia. È la nostra concezione culturale che rende la terapia efficace.

Potrà essere debilitante:

- **STABILIRE L'AUTORITÀ**: è allo psichiatra che viene attribuita l'autorità di trattare le persone con disturbi mentali. Grande alleato della medicina, è dalle sue parole che il paziente scorge le possibilità per alleviare le proprie sofferenze.
- **DIVULGAZIONE CULTURALE**: se la malattia si considera reale inevitabilmente il pubblico dovrà imparare a riconoscerne i sintomi sia per

prevenirla che per curarla. Nel caso della malattia mentale non osservando disfunzioni a livello fisico potrà dunque risultare difficile parlare di sintomi legandoli a dei parametri.

- LA COSTRUZIONE CULTURALE DELLA MALATTIA: le terminologie utilizzate per le malattie mentali vengono divulgate all'interno della cultura generale, ciò comporta un loro assorbimento nel linguaggio quotidiano non rimanendo quindi più termini di stretto ed esclusivo utilizzo professionale. Divenendo sempre più disponibili e accessibili al pubblico le persone li fanno propri o ne costruiscono addirittura di nuovi;

- RICHIESTA DI SERVIZI DI SALUTE MENTALE in aumento come risultato dell'incremento dei vocaboli rispetto a quest'ultima;

- VOCABOLARIO DEL DEFICIT IN ESPANSIONE. Dal momento che sempre più persone ricercano i loro sintomi tra i vocaboli professionali della malattia mentale, le richieste di aiuto aumentano causando l'espansione dei ranghi professionali in risposta alle richieste del pubblico. Ne consegue quindi che un sempre maggior numero di professionisti risultino disponibili nel convertire la lingua comune in una lingua di deficit.

Queste 5 debilitazioni, come prima accennato, sono molto spesso anche frutto di pressioni rivolte alle professioni.

Riprendendo quanto affermato rispetto al DSM, quando questo fu pubblicato per la prima volta nel 1952 contava circa 100 categorie di malattie mentali, nella sua quinta pubblicazione, risalente al 2013, già erano aumentati a 300 i modi con cui una persona poteva essere definita malato mentale.

Quanto detto fino ad ora non è da considerarsi un'accusa contro le varie categorie diagnostiche o contro l'uso di farmaci come possibili trattamenti ma vuole piuttosto essere una tutela nei confronti delle persone e della loro stessa cultura. Ciò che accade a livello contemporaneo per cercare di "tamponare" in qualche modo le sofferenze è il trarre vantaggio dalla possibilità di avere accesso diretto al manuale diagnostico della salute mentale. Le persone possono ritrovarsi nell'elenco delle varie sintomatologie e questo inibisce in qualche modo il loro sentirsi "diversi" permettendogli di tranquillizzarsi dal momento che sono presenti farmaci finalizzati ad alleviare tali sintomi. Visto dunque che

per ogni sintomo c'è un farmaco, questa sembra rimanere la migliore opzione possibile per curare le sofferenze mentali.

Ritorna qui l'importanza del dialogo come risorsa in grado di mettere in relazione chi soffre, i cosiddetti pazienti, le varie professioni definite "di aiuto", le famiglie, le comunità e le varie istituzioni. Attraverso quest'ultimo le persone dovranno necessariamente rivedere i concetti di malattia mentale, di soggetto malato mentale e di farmaci come alternative non esclusive legate al benessere.

Da sottolinearsi come quanto detto fino ad ora sia frutto di un orientamento realista secondo il quale la malattia mentale viene inevitabilmente considerata come qualcosa di reale: ogni atteggiamento inusuale è inserito in un manuale diagnostico in cui sono catalogati i vari sintomi legati ad una malattia mentale e soprattutto a cui vengono inevitabilmente associati dei farmaci con potenziale curativo.

Per poterci aprire a nuove prospettive, per permettere la costruzione di un dialogo inclusivo, il primo passo sarà sicuramente pensare a tutti i concetti emersi fino ad ora come socialmente costruiti. Il movimento costruzionista in tal senso ci permette di guardare al mondo della psicoterapia sotto una luce diversa. Ciò che sta alla base della costruzione di relazioni sociali positive e di dialoghi multipli è l'importanza del linguaggio, risorsa fondamentale per cambiare le nostre concezioni rispetto al mondo.

Piccoli passi per lavorare sul linguaggio proprio della psicoterapia (Kenneth J Gergen, 2015):

➤ FOCUS SUL SIGNIFICATO anziché sulla relazione causa-effetto propria della terapia tradizionale. Per i costruzionisti non è tanto importante comprendere, ad esempio, la causa della depressione o i sentimenti del paziente, non essendo questi da considerarsi come fatti prefissati, bensì il modo in cui il paziente sceglie di descrivere le proprie sensazioni, i propri sentimenti e la maniera in cui tale descrizione influirà sulla sua vita;

➤ TERAPIA COME CO-COSTRUZIONE. A partire dalla concezione costruzionista, il terapeuta, come figura di aiuto e di riferimento, deve mettersi nella posizione cosiddetta di "non sapere" (Anderson, H. 1997). Deve allontanarsi da tutte quelle teorie già prefissate, non le deve assolutamente imporre ma piuttosto deve lui porsi in una posizione di ascolto aperto nel rispetto delle espressioni, delle descrizioni che emergono dal paziente stesso mentre racconta la

sua storia. Quando si parla di co-costruire emerge inevitabilmente il tema della collaborazione: l'obiettivo è quello di proporre delle conversazioni generative che diano frutto a nuovi significati, a nuovi modi di costruire il significato stesso;

➤ FOCUS NELLA RELAZIONE piuttosto che sullo stato mentale dell'individuo stesso, le sue emozioni, motivazioni, il suo inconscio. Come già riferito, è dalle relazioni che emerge il significato da cui si susseguono tutta una serie di modelli di azione, di comportamento. Bisogna focalizzarsi a fondo sulle reti sociali in cui l'individuo è attivamente coinvolto.

➤ DARE VALORE ALLA SENSITIVITA': ogni valore non è neutrale rispetto alla relazione terapeutica, ogni decisione può dare vita a qualcosa, come compromettere qualcos'altro.

I costruzionisti sociali si espongono molto nel parlare di quanto il "problema" non sia da considerarsi come una realtà indipendente da noi ma piuttosto, rimanendo in linea con il loro orientamento, qualcosa di socialmente costruito. Possiamo conseguentemente ritenere che i problemi diventino tali a partire dal modo in cui noi negoziamo la realtà; è già noto inoltre come parlare di un problema lo renda reale, grande e oggettivo piuttosto che personale, legato alla storia ed alla cultura di ciascuno.

Piuttosto che risolvere il problema delle persone, sarebbe importante che il terapeuta le incoraggiasse a parlare di tale problema dal loro punto di vista, seguendo una loro "scaletta", delineando emozioni, dettagli che possano emergere dal racconto. Arrivare subito ai risultati, trovare delle soluzioni senza aver considerato la storia del paziente potrebbe risultare fortemente dannoso. La conversazione dovrà spostarsi piuttosto verso le risorse presenti nel soggetto in quanto necessarie per raggiungere gli obiettivi.

Funzionale strategia per ottenere ciò è la cosiddetta "domanda miracolo" del modello orientato alle soluzioni proposto da Steve De Shazer, in cui ci si focalizza appunto più sulle soluzioni (DeShazer, S. 1994) che sul problema stesso.

*"Risolvere un problema del cliente non significa che il problema del cliente necessiti di un'attenta analisi, e non c'è bisogno che le soluzioni siano direttamente connesse al problema che vogliono risolvere (De Shazer)".*

La domanda miracolo sarebbe costruita in questa maniera: immagina di svegliarti un giorno in cui un miracolo è avvenuto nella notte portandosi con sé tutti i tuoi problemi risolvendoli; cosa faresti di diverso?

È sicuramente una domanda provocatoria che invita il paziente a pensare all'esistenza di una vita oltre ai problemi (Freedman, J. And Combs, G. 1993), per aiutarlo a comprendere cosa va cambiato, smettendo di fare quello che non funziona per concentrarsi piuttosto su ciò che funziona e cercando di fare di più in tal senso in vista di un futuro positivo. Si esorta dunque il paziente ad immaginare nuovi modi, magari anche contraddittori, di vivere la vita (Lipchik, E. 1993).

Questa tipologia di terapia viene definita del "breve incontro" proprio per le sue potenzialità nel ridurre le tempistiche necessarie alla terapia stessa; risulta più funzionale nei problemi meno severi, troppo individuale rispetto ai limiti ed infine rivolta alla definizione di scopi che non permetterebbero all'individuo di vivere spontaneamente.

## **TERAPIA NARRATIVA**

Secondo i terapeuti costruzionisti un'ottima risorsa terapeutica è la narrativa ossia raccontare storie in modo da renderci presenti, riconoscibili all'altro. È il raccontare che ci permette di comprendere dove siamo stati e verso che direzione stiamo andando.

È importante decifrare anche il modo stesso che abbiamo di raccontarci: se ad esempio ci descriviamo sempre come persone di successo, di fronte all'insuccesso potremo trovarci in difficoltà nell'affrontarlo. Risulta di conseguenza necessario che i terapeuti ci aiutino, ci indirizzino verso l'importanza di ricostruire la nostra storia proprio per aprirci a nuove possibilità, a nuove narrazioni più funzionali e prospere per la vita di ciascuno. Per farlo è importante l'esternalizzazione, separare quindi il problema da sé stessi: non sono io il problema, il problema è fuori di me (Gergen, K. J. 2015).

Sono narrazioni che non devono essere considerate come individuali, legate al singolo ma bensì come frutto della relazione che si viene a creare tra terapeuta e paziente, di una collaborazione multipla.

## **PROFESSIONI DI AIUTO**

Anche le stesse professioni di aiuto vengono quindi riviste dal punto di vista dei costruzionisti sociali. Nello specifico, le professioni mediche ed infermieristiche, secondo la visione tradizionale, venivano associate ad un modello biologico cui compito era quello di alleviare ogni sofferenza a livello esclusivamente corporeo. Tale processo "biologico" però non considerava il punto di vista del paziente né l'importanza del fattore sociale per la costruzione di significato e per un'efficace assistenza sanitaria.

Tutto ciò nasce sostanzialmente dalla considerazione del dolore come problema biologico; ricerche neurofisiologiche dimostrano chiaramente la presenza di recettori del dolore nel sistema nervoso che se stimolati fanno provare alle persone l'effettiva sensazione di dolore. Le opinioni costruzioniste pongono invece l'attenzione sui limiti di questa visione facendo riferimento anche a concreti esempi della storia. Per tutto il periodo del Medioevo si riteneva che il dolore alloggiasse nell'anima piuttosto che nel corpo; ciò lo si evince dagli scritti del tempo rinvenuti in cui le persone descrivevano la loro angoscia come emotiva piuttosto che fisica. Il dolore assumeva quindi una dimensione quasi spirituale.

Importante il lavoro di Arthur Frank (*The Wounded Storyteller*) in cui l'autore collega la nostra esperienza personale di malattia alle narrazioni che usiamo per riferirla. Differente sarà parlare della malattia come situazione di caos, di impotenza piuttosto che della malattia come viaggio, ricerca o restituzione poiché differenti risulteranno essere le forme di sofferenza. Nel caso di malattia come viaggio o ricerca, la sofferenza viene in qualche modo alleviata da un senso più profondo legato alla vita e alle relazioni umane.

*“Tutti i dolori possono essere sopportati se diventano una storia”*, Isak Dinesen; per Frank dipende appunto da che tipo di narrazione racconti.

Con il passare del tempo, grazie soprattutto allo sviluppo degli studi nel campo della medicina aventi per oggetto non la dimensione spirituale ma quella materiale-tangibile, ovvero il nostro corpo, si è verificata la tendenza a diventare esperti di un'area specifica e circoscritta di quest'ultimo e quindi chi del piede, chi della testa e così via. Spinti poi dalla collaborazione, gli specialisti delle diverse aree corporee si riuniscono per considerare il corpo nella sua totalità poiché questo funziona come un tutto. Per garantire questa forma di collaborazione risulta necessaria, oltre ad una migliore comunicazione, anche un continuo coordinamento tra medici e personale infermieristico nonché tra quest'ultimi ed i pazienti per “farli sentire parte della stessa squadra”. È più probabile così, attraverso la condivisione di valori e realtà, che vengano seguiti suggerimenti circa il trattamento e le prescrizioni arrivando insieme, con la cooperazione, ad ottenere gli obiettivi desiderati.

Bisogna dunque cercare di coordinare, nei servizi relativi alle professioni di aiuto, un team sempre più multidisciplinare cui potenziale, come dimostrato da numerose

ricerche, permetterà di diminuire la durata del ricovero, aumentando gli indicatori di salute del paziente e migliorando la soddisfazione anche dei medici stessi.

Riprendiamo però dall'importanza della narrazione, del raccontare la propria storia all'interno di un percorso di *recovery* nell'ambito della salute mentale. Per anni si è continuato a pensare che una terapia per rivelarsi efficace dovesse prevedere il cambiamento dell'individuo e della sua stessa mente che contribuisce alla creazione del linguaggio. Come più volte ribadito, tale cambiamento può, anzi deve, avvenire all'interno di una relazione e mai esclusivamente a livello individuale. Si spiega quindi perché ogni rapporto, anche se solo terapeutico, può portare alla costruzione di nuovi significati.

In una posizione di tipo cooperativo, collaborativo, costruzionista, il paziente viene ritenuto più un partner, un compagno di squadra che un paziente da curare. È a partire da queste considerazioni che si pone l'individuo di fronte a nuovi e molteplici punti di vista e questi, se riconsiderati, possono essere tradotti in nuove forme d'azione.

Bisogna quindi, nell'ambito delle professioni di aiuto, promuovere ma soprattutto ripensare a nuove tecniche di tipo collaborativo. In ciò ci viene sicuramente in soccorso Gergen mettendo in luce tre diverse tecniche di cui ne è già stata rilevata l'efficacia.

## CAPITOLO 2:

### NUOVE PRATICHE COLLABORATIVE PER IL RECOVERY

#### OPEN DIALOGUE

Negli anni '80, il Progetto Nazionale per la Schizofrenia si dedicò allo studio di nuove strategie di cura per le principali malattie mentali. Yrjö Alanen, illustre psichiatra e psicoanalista, insieme ai suoi colleghi, svilupparono l'approccio nominato "*Need-Adapted*" cui obiettivi erano:

- Attivare un intervento rapido e precoce per la cura di malattie mentali;
- Pensare ad un piano di trattamento che soddisfacesse le esigenze mutevoli e specifiche di ciascun paziente ma anche della sua stessa famiglia;
- Porre attenzione al trattamento terapeutico sia prima che durante il trattamento;
- Considerare il trattamento terapeutico come un processo continuo, integrando metodi terapeutici diversi;
- Monitorare sempre i progressi e i risultati del trattamento.

Lo stesso team dedito all'approccio *Need Adapted* ha poi sviluppato un'ulteriore elemento chiamato "*Open Dialogue*". *L'Open Dialogue* è un approccio innovativo che si rivolge alle persone che vivono un'esperienza di malattia mentale, nonché alle loro famiglie, reti sociali e sistemi di assistenza ad essi collegati. Venne sviluppato da Jaakko Seikkula, Marko Sutela ed il loro team multidisciplinare presso l'ospedale Keropudas di Tornio, Lapponia occidentale, Finlandia, negli ultimi trent'anni.

Questo tipo di approccio nasce a seguito di un'importante riflessione di Seikkula ripensando alla figura stessa dello psichiatra. Nella psicoterapia tradizionale infatti è lo stesso psichiatra che formula la diagnosi basandosi su quanto presente nel DSM; per tale motivo, secondo il parere di Seikkula, lo psichiatra può essere considerato il "produttore" di malattie mentali. L'idea dello psicologo Seikkula è quella di sostituire questa singola voce, unica nella formulazione della diagnosi, con un gruppo di esperti per ogni caso (Seikkula, J. And Arnkil, T., 2006).

Nasce in Finlandia proprio perché in tale contesto tutti i diversi servizi sanitari sostenevano l'importanza di unire l'assistenza sanitaria mentale con la psichiatria specializzata. Questo tipo di approccio ha beneficiato quindi di un contesto unico, dalla "mentalità" flessibile ed aperta. Questo ha concesso un radicale apporto nel rispondere

positivamente ai primi episodi di psicosi, sempre più frequenti in Lapponia occidentale, attraverso il lavoro tra reti, permettendone così il suo continuo sviluppo e consolidamento nell'arco di trent'anni. È infatti dal coinvolgimento di tutti i membri della rete sociale, servizi e professionisti compresi, ognuno con le proprie risorse, che si consente una comprensione reciproca e profonda della crisi in corso nonché una presa di decisione comune verso nuove linee di azione.

*L'Open Dialogue* si basa inoltre su una serie di modelli teorici tra cui sicuramente il costruttivismo sociale, la terapia familiare e la terapia dialogica. Ciò che accumuna tali modelli è la forte convergenza che si viene a creare tra il dialogo, in questo caso “dialogo aperto”, e le pratiche orientate al *recovery*. Tutte partono dalla considerazione del *recovery* come un autentico processo di rinascita e resilienza, fondato sulla speranza, il cosiddetto “*empowerment*” e l'importanza di una rete di supporto.

Verso la metà degli anni '90 tale intervento veniva organizzato per tutti i pazienti all'interno di particolari sistemi dediti al supporto sociale, ora tutte le cinque cliniche ambulatoriali di salute mentale e lo stesso ospedale di Keropudas, organizzano squadre di intervento mobile per rispondere ai diversi casi di crisi specifiche.

Questo approccio portava con sé la necessità di un cambiamento che doveva avvenire sia a livello organizzativo che clinico: l'équipe multidisciplinare deve rivedere infatti le sue modalità di azione. Non basta più esaminare il paziente singolarmente ma bisogna bensì organizzare degli incontri aperti in cui professionisti, paziente e l'intera rete di supporto familiare, ove presente, si riuniscono per affrontare e discutere insieme tanto il trattamento da mettere in atto quanto la sua pianificazione sin dal primo momento. Questo permette una condivisione più ampia di opinioni nonché un funzionale lavoro di squadra attraverso cui, assieme, arrivare al cambiamento. Questi incontri consentono quindi di superare anche la frustrazione derivante dal modello medico tradizionale costituito da un discorso monologico in cui c'è chi definisce il problema e chi cerca di risolverlo senza considerare l'importanza della dimensione del dialogo e dell'incontro come forme fondamentali di supporto e di *recovery*.

Nel caso invece *dell'Open Dialogue*, di fronte ad una crisi psichiatrica, indipendentemente dalla diagnosi specifica, la medesima prospettiva si va ad applicare in tutti i casi. Nel caso di un possibile intervento a livello ospedaliero l'équipe medica organizzerà una riunione di trattamento prima della decisione dell'ammissione volontaria

o durante il primo giorno dopo l'ammissione per i pazienti obbligatori. A questo incontro parteciperà un team pensato su misura per ogni caso di crisi, composto di solito da due o tre membri del personale ad esempio uno psichiatra della clinica di crisi, uno psicologo della clinica ambulatoriale di salute mentale locale del paziente e un'infermiera del reparto. Il team si occupa di tutte le fasi previste per il trattamento, indipendentemente dal fatto che il paziente sia a casa o in ospedale ed indipendentemente dalla durata prevista del trattamento. In crisi dove l'ospedalizzazione non è considerata, le cliniche ambulatoriali regionali di salute mentale si assumono la responsabilità formando un team specifico per ciascun caso composto inoltre dai membri delle diverse strutture che sono rilevanti per il paziente.

Sono stati condotti diversi studi di ricerca-azione per valutare l'efficacia del modello e svilupparlo ulteriormente nonché stabiliti sette principi fondamentali al trattamento (Aaltonen et al., 1997; Haarakangas, 1997; Keranen, 1992; Seikkula, 1991, 1994):

1. AIUTO IMMEDIATO. Le unità sono tenute ad organizzare il primo incontro entro le 24 ore dal primo contatto da parte del paziente, di un parente o di un'agenzia di riferimento. Oltre a questo, viene istituito un servizio di crisi disponibile 24 ore su 24. Uno tra gli scopi della risposta immediata è quello di prevenire l'ospedalizzazione nel maggior numero di casi possibile. Il paziente con turbe psichiche è tenuto a partecipare ai primissimi incontri durante il periodo psicotico più intenso.
2. UNA PROSPETTIVA DI RETE SOCIALE. I pazienti, le loro famiglie e altri membri chiave della rete sociale di riferimento sono sempre invitati ai primi incontri per mobilitare il sostegno per il paziente e la famiglia. A far parte dei membri chiave per il paziente possono essere le agenzie di lavoro e le agenzie di assicurazione sanitaria statali il cui compito è quello di sostenere la riabilitazione a livello professionale.
3. FLESSIBILITA' E MOBILITA' garantite adattando la risposta del trattamento alle esigenze specifiche e mutevoli di ciascun caso, utilizzando i metodi terapeutici più adatti. Gli incontri di cura sono, con l'approvazione della famiglia, organizzati a casa del paziente.

4. RESPONSABILITÀ. Chi contattata la famiglia diventa responsabile dell'organizzazione del primo incontro in cui viene presa la decisione del trattamento a cui l'intero team si dedicherà.
5. PSICOLOGICITÀ. L'équipe si assume la responsabilità del trattamento per tutto il tempo necessario sia in ambulatorio che in ospedale. I rappresentanti della rete sociale del paziente sono tenuti a partecipare alle riunioni per tutta la durata del trattamento, anche nel momento in cui vengono applicati altri metodi terapeutici. Il processo di crisi psicotica acuta dovrebbe durare da due a tre anni (Jackson & Birchwood, 1996).
6. TOLLERANZA DELL'INCERTEZZA. Ciò che deve essere rafforzato durante il trattamento è il senso di fiducia tra i vari membri presenti agli incontri. Nelle crisi psicotiche, stabilire un adeguato senso di sicurezza presuppone un incontro quotidiano almeno per i primi 10-12 giorni. Dopo questo, gli incontri vengono organizzati regolarmente secondo i desideri della famiglia. Infatti, ad ogni riunione, si discute se e quando si terrà il prossimo incontro evitando così conclusioni preliminari e decisioni di trattamento affrettate.
7. IL DIALOGO. Risulta fondamentale concentrarsi in primo luogo sulla promozione del dialogo e in secondo luogo sulla promozione del cambiamento nel paziente o nella famiglia. Il dialogo è visto come un forum attraverso il quale le famiglie e i pazienti sono in grado di acquisire più agency nella propria vita discutendo dei problemi sotto un'altra prospettiva che garantisca una nuova comprensione tra i partecipanti alla discussione presente.

Secondo Alanen, la riunione di trattamento ha tre funzioni:

1. raccogliere informazioni sul problema,
2. costruire un piano di trattamento e prendere tutte le decisioni necessarie sulla base della diagnosi fatta nella conversazione
3. generare un dialogo psicoterapeutico.

Nel complesso durante la riunione il focus sarà rivolto al rafforzamento del lato adulto del paziente e sulla normalizzazione della situazione invece di concentrarsi sul comportamento regressivo (Alanen et al., 1991).

Ciò da cui bisogna partire per iniziare il trattamento è considerare il linguaggio della famiglia, cioè come ogni famiglia ha, nella propria lingua, chiamato il problema del

paziente. Sempre secondo una prospettiva costruzionista, i problemi sono visti come un costruito sociale riformulato in ogni conversazione, ognuno con la propria voce. Nel caso di un paziente psicotico, sembra importante considerare le allucinazioni psicotiche o le illusioni del paziente come una voce tra le altre che possono in qualche modo dire di più sulle sue esperienze. La psicosi può risultare infatti come un modo di affrontare esperienze terrificanti nella propria vita che non hanno un linguaggio diverso da quello delle allucinazioni e deliri. Ad esempio, la maggior parte dei pazienti psicotici di sesso femminile ha subito abusi fisici o sessuali sia da bambino che da adulto. Tali esperienze traumatiche spesso sono presenti nelle allucinazioni di cui i pazienti soffrono.

Sicuramente nella conversazione terapeutica risulta importante evitare di soffermarsi troppo sul ricordo dell'esperienza traumatica come la ragione della psicosi. In alcuni casi infatti la psicosi può essere causata da fattori biologici o chimici o da danni cerebrali organici, ma, come esperienza psicologica, la psicosi non ha una ragione. Le reazioni psicotiche dovrebbero essere riviste come tentativi nel dare un senso alla propria esperienza ritenuta così pesante da rendere impossibile la costruzione di una narrazione razionale. Di fronte a ciò i membri del team possono commentare, in una discussione di tipo riflessivo, ciò che sentono a vicenda mentre la famiglia ascolta. Un dialogo aperto, che per significato letterale è privo di forme prestabilite, risulta importante nel contribuire alla costruzione di un nuovo linguaggio che permetta di esprimere e far fronte ad eventi difficili nella propria vita. Eventi di qualsiasi tipo, accaduti in qualsiasi momento che possono aprire ad una nuova narrazione cui segue un nuovo percorso.

È importante dunque prendere sul serio le allucinazioni e non sfidare la realtà del paziente durante la situazione di crisi. Il terapeuta potrebbe seguire il racconto del paziente proponendo domande quali: "non seguo, come è possibile che tu possa controllare i pensieri degli altri? Io non sarei in grado di farlo. Potresti dirmi di più?". Potrebbe inoltre coinvolgere anche i vari membri della rete presenti negli incontri ai quali chiedere: "Cosa ne pensate? Come comprendete ciò che dice M?". Lo scopo di tale interrogatorio è quello di permettere di ascoltare voci diverse sui temi in discussione, compresa l'esperienza psicotica in modo da generare una riflessione sui cui poi costruire nuove narrazioni che possono essere di restituzione o riparazione rispetto al problema in questione. È partendo da qui che il paziente e la sua rete sociale possono iniziare a costruire nuove parole per i loro problemi.

Nel momento dell'incontro in cui si trattano temi più delicati e sensibili rispetto alla psicosi, i pazienti spesso iniziano a esternare storie psicotiche non ancora raccontate ed è da qui che tali esperienze possono essere portate sotto esame sottoponendole magari ad alcune domande quali: "cosa ho detto di sbagliato, quando hai iniziato a parlare di questo?" oppure "aspetta un momento, di cosa stavamo parlando quando M ha iniziato a parlare di come le voci hanno il controllo su di lui?". Il discorso psicotico può essere visto come una voce tra le altre voci presenti nella conversazione reale. La "ragione" del comportamento psicotico può essere vista nella conversazione in quei punti cruciali.

Il ruolo del l'équipe nell'incontro è quello di garantire alla rete dei pazienti l'assunzione di un ruolo guida nella produzione di narrazioni e di rispondere ad ogni affermazione in modo dialogico per promuovere la costruzione di una nuova comprensione tra i diversi partecipanti (Bakhtin, 1984; Voloshinov, 1996).

L'obiettivo è sicuramente quello di avvicinarsi alla promozione di una conversazione ritenuta riflessiva tra i membri del team in cui gli stessi possono muoversi in modo flessibile dalle domande e dai commenti emersi. Di solito la famiglia e il resto della rete sociale ascoltano molto attentamente ciò che i professionisti esprimono circa i loro problemi. In una discussione riflessiva tutto è trasparente, dalle decisioni sull'ospedalizzazione alla pianificazione della psicoterapia individuale. In generale, l'obiettivo è aprire una serie di alternative tra cui scegliere una linea d'azione. Opinioni diverse e persino disaccordi risultano funzionali nel momento decisionale.

A seconda del caso possono essere promosse varie terapie, ad esempio: arte terapia, terapia di gruppo, terapia occupazionale o la terapia familiare. A differenza però delle terapie cosiddette familiari, *l'Open Dialogue* non si concentra sul sistema familiare e nemmeno sulla comunicazione all'interno del sistema familiare stesso quanto piuttosto sul creare uno spazio comune per un nuovo linguaggio, in cui le cose possano iniziare ad avere significati diversi. Per comprendere al meglio il problema è infatti necessario ascoltare ciò che la gente dice, non ciò che questo significa. Il terapeuta si concentra spesso sui modi di comportarsi e comunicare che si trovano dietro il comportamento di superficie.

## **OPEN DIALOGUE E TERAPIA FAMILIARE, DUE PRATICHE A CONFRONTO**

Per poter dunque costruire nuove parole e di conseguenza un nuovo linguaggio, l'attenzione deve rivolgersi sulle parole che vengono usate. Questo assomiglia alle idee di molti scrittori appartenenti al costruttivismo sociale tra cui Gergen, per citarne uno.

Tra i terapeuti familiari che lavorano con idee costruzioniste sociali, Michael White (1995) ha descritto la terapia narrativa con pazienti psicotici, e Holma e Aaltonen (1997) hanno condotto un progetto di ricerca sulla terapia narrativa con i pazienti del primo episodio. Tanto l'Open Dialogue quanto le terapie narrative condividono la visione sociale costruzionista della realtà, differendo però nel modo in cui vedono l'autore stesso della narrazione. Mentre il terapeuta narrativo mira a riappropriarsi della storia costituita da problemi propri del narratore, in approcci dialogici l'obiettivo è quello di passare da monologhi a dialoghi più deliberativi in cui una nuova narrazione è co-creata nel dominio condiviso dei partecipanti. La famiglia viene considerata come agente attivo nel processo, non viene affatto vista né come causa di psicosi né come oggetto di trattamento ma come "partner competenti o potenzialmente competenti nel processo di recupero" (Gleeson, Jackson, Stavely, & Burnett, 1999, p. 390).

La diagnosi invece risulta essere la base per educare la famiglia a migliorare la sua comunicazione al fine di prevenire le ricadute e migliorare la remissione.

*L'Open Dialogue*, appartenente alla grande varietà di approcci costruzionisti, sottolineando la natura sociale delle nostre costruzioni, riflette sull'esigenza di ragionare rispetto all'obiettivo delle varie psicoterapie. Quest'ultimo non deve essere quello di costruire un discorso patologico intorno al problema del paziente ma piuttosto quello di rispettare le varie narrazioni personali e le definizioni del problema ed il contesto dal quale esse stesse emergono come basi principali per poter pensare ad un trattamento successivo. Non si tratta di negare "il mondo reale", come alcuni sostengono, ma di enfatizzare l'importanza di come i terapeuti stessi, organizzando la risposta al trattamento, siano-co-costruttori del problema.

Per i costruzionisti, ad esempio, non esiste alcuna forma assoluta di psicosi o schizofrenia. Non bisogna quindi giudicare la realtà personale di un paziente servendosi di criteri basati sull'oggettività. L'oggettività, in un contesto clinico, significa definire problemi permanenti sotto forma di diagnosi servendosi del manuale diagnostico. Ciò

porta alla stigmatizzazione dei pazienti e ad un tipo di trattamento avente per obiettivo primario la cura di una malattia. Come drastico risultato si otterrà la perdita di centralità dell'individuo rispetto alla malattia; su quest' ultima e non sulla persona verrà focalizzato il trattamento. *L'OD* si concentra sulla generazione di dialogo visto come qualcosa che è costruito tra agenti sociali. La realtà psicologica che ne deriva viene costruita usando sempre il linguaggio secondo nuove forme. Se formuliamo una diagnosi, trattiamo i sintomi di una malattia, se invece puntiamo a generare dialoghi a più voci all'interno di reti sociali si pensa al linguaggio come processo di creazione del significato. Entriamo in un "dialogo trasformativo", comune a molte terapie costruzioniste che enfatizzano le narrazioni personali invece delle verità generali.

Il dialogo è un elemento nuovo nella psicoterapia ma ritroviamo le sue origini nella storia degli antichi greci. Platone, ad esempio, vedeva il sé come una costruzione sociale. Socrate è stato descritto come il filosofo che aiutava gli interlocutori a trovare la verità nel dialogo e non le risposte. Il potere del dialogo era già stato riconosciuto nelle assemblee antiche in cui i cittadini potevano esprimere le proprie idee e opinioni in maniera democratica.

Oggi *l'Open Dialogue* vede nel dialogo una possibilità curativa a partire dalla stessa trasparenza di tutte le decisioni di trattamento prese in presenza del paziente e della sua famiglia. Allo stesso modo, anche le risposte psicotiche del paziente sono considerate importanti poiché spesso si riferiscono metaforicamente o indirettamente a problemi "reali" nella sua vita.

Tale processo viene adottato in una vasta area della Finlandia contribuendo ad umanizzare il trattamento di centinaia di pazienti che affrontano problemi psicotici.

### **ASPETTI DECISIVI CHE PROMUOVONO L'OD**

Dal momento del suo sviluppo nella Lapponia occidentale tale approccio è stato studiato da cinque studi di coorte rispetto a pazienti con disturbi psicotici del primo episodio (Lehtinen et al., 2000; Seikkula et al., 2006). Dai risultati di tali studi emerge il potenziale dell'*Open Dialogue* anche rispetto al tema della de-psichiatria, tra cui una significativa riduzione dei soggiorni ospedalieri e tassi di ricaduta più bassi nel tempo, una reintegrazione nel lavoro e un'educazione fino all'84% dei partecipanti e un uso molto basso e poco frequente dei farmaci neurolettici sia inizialmente (28-50%) che durante il corso dell'intervento (11-29%) (Seikkula et al., 2006; Bergstrom et al., 2018)

nonché una diminuzione nell'uso di servizi psichiatrici. Nel complesso, in tutte le coorti dal 1992 al 2005, i risultati del trattamento raggiunti in ciascun caso sono rimasti abbastanza stabili nell'intero periodo o addirittura migliorati nel tempo (Bergstrom et al., 2018).

Sicuramente *l'Open Dialogue* si dimostra essere un quadro alternativo a quello del trattamento tradizionale per le crisi psicotiche basato fortemente sul trattamento farmacologico. Inoltre, tale supporto ha il potenziale per contrastare e potenzialmente prevenire:

- ✓ l'ulteriore espansione dei concetti psichiatrici e dei servizi di trattamento psichiatrico,
- ✓ L'uso eccessivo di neurolettici (Beeker et al., 2021),
- ✓ L'incidenza della malattia mentale (Aaltonen et al., 2011),
- ✓ L'uso smodato delle categorie diagnostiche (Seikkula et al., 2011),
- ✓ L'aumento nell'uso dei servizi di cura psichiatrica.

Tuttavia, tali risultati potrebbero essere raggiunti nel momento in cui avvenisse un cambiamento sia a livello strutturale che di pensiero.

Tra gli aspetti decisivi che promuovono tale approccio ne emergono cinque: l'uso del linguaggio, i processi di creazione di significato, la nozione di professionalità, la promozione del dialogo.

## **USO DEL LINGUAGGIO**

Tra gli obiettivi principali da raggiungere, come abbiamo già sottolineato, durante le riunioni in rete troviamo sicuramente l'importanza di promuovere un dialogo condiviso e polifonico tra i partecipanti utilizzando una forma specifica di linguaggio, dal quale conseguiranno poi molteplici prospettive (Seikkula et al., 2001).

Come descritto nei suoi principi, l'OD si basa sull'uso di termini della quotidianità piuttosto che psichiatrici. I facilitatori della riunione sono tenuti infatti a prestare molta attenzione alle parole ed alle storie dei partecipanti alla rete, ad annotarsi espressioni e temi che percepiscono come importanti da usarsi poi per espandere ulteriormente le idee senza necessità di reinterpretarli; anche gli stessi silenzi dovranno essere presi in considerazione.

In questo modo, le parole chiave potranno diventare concetti soggettivi centrali per la comunicazione tra i partecipanti alla rete nonché termini guida utili a pianificare ulteriori passi necessari al supporto.

La stessa ambiguità che emerge dal racconto durante episodi di crisi verrà esplicitamente incoraggiata e valorizzata per l'elaborazione di significati individuali attraverso l'utilizzo di un linguaggio strettamente ancorato alla vita quotidiana. I comportamenti e le varie interazioni non sono spiegati da diagnosi o concetti classificatori bensì vengono compresi come adattamenti a situazioni di vita che possono risultare stressanti. Così la comprensione fra i partecipanti risulta essere più profonda e le soluzioni possono emergere in modo collaborativo. Ogni partecipante alla rete è invitato a contribuire con la propria prospettiva utilizzando i propri termini e concetti.

Uscire dalla prospettiva propria del linguaggio psichiatrico è parte integrante dell'*Open Dialogue* e ciò può contribuire in parte a giustificare il suo potenziale di de-psichiatrizzazione. Invece di utilizzare il linguaggio e i concetti psichiatrici (Rose and Thornicroft, 2010) che spesso portano ad un processo di stigmatizzazione nonché all'utilizzo di trattamenti standardizzati su misura per presentazioni specifiche senza considerare la persona che si ha di fronte, le reti partecipanti acquisiscono una competenza unica in merito alla spiegazione e/o alla soluzione della propria situazione di vita.

Il linguaggio individuale rimane dunque uno strumento necessario per comprendere e affrontare le crisi; grazie all'utilizzo di idiomi radicati nella vita quotidiana della rete, garantirebbe un forte potenziale di de-psichiatrizzazione. In tal senso l'*Open Dialogue* promuove una diversità di linguaggio in relazione alle crisi adattandosi alle molteplici realtà delle persone coinvolte ed offrendo così spazi per l'auto emancipazione nel trattare con loro una soluzione.

## **PROCESSI DI FORMAZIONE DEI SIGNIFICATI**

L'OD si è evoluta, come visto precedentemente, dall'approccio *Need-Adapted*, un modello di trattamento integrativo basato sulla terapia familiare, di rete e sui concetti psicoanalitici, pratiche attraverso cui viene chiesto ai partecipanti di trovare insieme nuovi significati per la crisi presente durante gli incontri della rete.

Le crisi dovrebbero essere intese come risposte "naturali" a eventi di vita impegnativi piuttosto che spiegate attraverso termini propri della psichiatria o da correlazioni neurobiologiche (Seikkula, 2019). Queste risultano essere molto significative però solo se comprese nel contesto di vita individuale e se ascoltate da vicino in modo da poterle normalizzare come risposte apprese da una situazione stressante. Così, durante una riunione di rete, il team ascolta gli aspetti significativi e "logici" della risposta di ogni persona cercando di trovare spiegazioni significative invece che inquadrare un comportamento come "sbagliato" o "pazzo". Quindi, durante una fase di crisi acuta, partire a ragionare e discutere su una singola parola ritenuta però chiave nel discorso può risultare più importante che interrogarsi sulla storia completa. Tale parola permette di arrivare ad una comprensione condivisa della crisi in atto, rendendo la storia stessa più comprensibile nonché garantendo la possibilità di promuovere nuove modalità di azione e di pensiero per l'intero team.

Da una prospettiva metodologica, i professionisti dell'OD lavorano come una squadra per supportare il processo di generazione e condivisione di significato in due modi:

- Attraverso la polifonia esterna o orizzontale: avviene quando i professionisti assistono l'emergere dei diversi punti di vista dei membri nella rete fornendo un'opportunità per ogni partecipante di esprimersi, prestando attenzione sia a ciò che viene detto che alle espressioni non verbali.
- Attraverso la polifonia interna o verticale, la quale si riferisce invece alla consapevolezza ed all'uso delle diverse voci interiori sia da parte dei professionisti che dei partecipanti alla rete durante l'incontro.

Da quanto emerso sino ad ora gli incontri dell'OD possono essere concepiti come luoghi di condivisione e co-produzione di conoscenze, significati, esperienze e sentimenti in cui ogni prospettiva viene valorizzata. A volte però può succedere che alcuni pazienti o uno o più partecipanti vogliano comprendere la crisi come risultato di un problema biologico cui spetta una spiegazione di tipo medico e di conseguenza possono reagire con delusione quando l'impegno dialettico all'interno dell'incontro genera altre spiegazioni o tentativi di creare significati. Questi sono sicuramente momenti impegnativi in cui, oltre ad essere necessaria una profonda conoscenza psichiatrica, sarà indispensabile una profonda sensibilità nel comprendere più a fondo le domande, i pensieri e i sentimenti

che potrebbero essere dietro a questo desiderio di comprendere una crisi in termini medici. Molto spesso è il risultato di precedenti contatti con il sistema psicosociale in cui questi tipi di spiegazioni sono state date lungo la strada. In questo senso, l'OD può anche essere intesa come una possibilità di rivedere tali processi di psichiatrizzazione o almeno di metterli in discussione rendendoli argomento per ulteriori indagini.

## **NOZIONE DI PROFESSIONALITÀ**

L'uso di un linguaggio non psichiatrico, la promozione del dialogo e l'atteggiamento ad esso associato inevitabilmente comportano però delle implicazioni nel ruolo stesso di chi applica questo approccio nonché nelle loro stesse identità professionali. Gli psichiatri in particolar modo hanno bisogno di considerare quali tipo di competenze, di conoscenze risultano essere necessarie ai fini di mettere in pratica una riunione di rete che risulti funzionale e flessibile.

Ciò che risulta chiaro è che gli operatori non devono trasmettere conoscenze in quanto operanti nei servizi di salute mentale, quanto piuttosto la competenza centrale da sviluppare risiede nella loro capacità di promuovere il dialogo e lo scambio di prospettive multiple su base paritaria (Seikkula et al., 2001; Olson et al., 2014).

Qualsiasi decisione rispetto al trattamento da mettere in atto o definizione del problema non proviene unidirezionalmente dai professionisti della salute mentale ma piuttosto emerge principalmente dal dialogo tra i partecipanti alla riunione della rete. Ogni partecipante è infatti autorizzato a decidere il contenuto dello scambio, l'attenzione e la frequenza del sostegno e se il sostegno è necessario o meno. D'altra parte, i professionisti possono comunque offrire consigli provvisori su queste decisioni ma la loro responsabilità principale rimane quella di facilitare e moderare i processi dialogici rimanendo comunque flessibili e pronti nel rispondere alle esigenze dei vari membri in modo continuo durante tutto il processo di trattamento.

I professionisti dovrebbero partecipare allo scambio attingendo, se necessario, alle proprie esperienze private e di protezione quindi a partire da una prospettiva riflessiva e personale. Certamente possono anche contribuire con conoscenze professionali quando queste però vengono richieste dal gruppo e poi contrassegnate come solo una delle tante prospettive possibili. Pertanto essi contribuiscono con i propri pensieri, conoscenze

professionali e esperienze di vita o di lavoro in modo interrogativo piuttosto che dominare la discussione della rete con terminologie mediche. Tanto le conoscenze e le competenze dei professionisti quanto quelle dei partecipanti agli incontri sono messe sullo stesso piano consentendo dunque lo svolgimento di uno scambio dialettico.

I professionisti devono quindi assumere una posizione detta del "non sapere", assumendo che ogni persona coinvolta nella rete ha la propria visione della situazione che potrebbe anche risultare non comprensibile in un primo momento ma che poi, indagata apertamente nella rete, trova il suo senso evitando così decisioni affrettate.

Ritorna qui uno tra i principi centrali dell'OD: la tolleranza per l'incertezza. I facilitatori devono garantire una situazione che permetta uno scambio di idee magari non ancora emerse, o a volte difficili da interpretare, un luogo dove poter comunicare in modo aperto e trasparente in cui ciascuno si senta libero di esprimere i propri pensieri e sentimenti.

Siccome abbiamo visto il potenziale che possono avere le esperienze traumatiche o di impotenza per lo sviluppo di crisi, questa trasparenza da parte dei professionisti può favorire un senso di sicurezza nei partecipanti. Viene richiesto quindi a ciascun professionista di comportarsi in maniera genuina, condividendo apertamente, sempre però con professionalità, le proprie paure, speranze e preoccupazioni in modo tale da non vedere la crisi "dall'alto" ma piuttosto dalla stessa prospettiva.

Dato che gli incontri di rete si svolgono spesso in case private, i professionisti dell'OD diventano ospiti e devono riadattarsi a seconda del contesto e della crisi di riferimento: da qui emerge la necessità di ridefinire ciò che si intende per "professionalità" all'interno di un processo di *Open Dialogue*. Negli incontri, i professionisti partecipano principalmente come esseri umani che hanno quindi sentimenti ed emozioni, dipendenti dal contesto ed in reciprocità alle crisi.

Per quanto possano contribuire con la conoscenza che hanno accumulato attraverso l'istruzione, le esperienze di lavoro, le soluzioni concrete, alle risposte devono arrivare gli stessi partecipanti alla rete.

Sembra in qualche modo che l'OD riconsideri l'immagine stessa dei professionisti psichiatrici: invece di essere essenzialmente autorevoli esperti nella gestione di disturbi o malattie, ora sono visti come specialisti utili nel facilitare conversazioni dialogiche o interazioni ma anche nel prevenire o contrastare la psichiatrizzazione.

## **PROMOZIONE DEL DIALOGO**

Per promuovere gli scambi dialettici, oltre che a prestare attenzione rispetto all'uso di un linguaggio non psichiatrico, è altrettanto importante che i professionisti promuovano una riflessione rispetto al contenuto, alla struttura di una riunione di rete, in modo da garantire a tutti i partecipanti la stessa libertà di parola rendendo possibili riflessioni e scambi aperti tra di loro. I professionisti, come abbiamo visto, risultano parte del dialogo e si concentrano nella sua presente attualizzazione. Ciò che deve essere valorizzato infatti è il “qui e ora” di una riunione di rete, spesso più importante dei dettagli di una lunga storia di casi o di ampie descrizioni dei sintomi.

Di conseguenza, promuovere il dialogo ed il suo potenziale fa sì che emergano nuovi significati o spiegazioni come il risultato delle effettive interazioni e discussioni avvenute tra i membri della rete i quali hanno il potenziale di trovare relazioni e contesti piuttosto che soluzioni psichiatriche. Le crisi non sono pertanto più relegate in spazi esplicitamente designati e segregati ed i confini dell'azione psichiatrica risultano meno fissi e meno legati ad istituzioni specifiche.

Il sostegno dell'OD nelle crisi psicosociali riunisce mondi diversi in cui vengono scambiati punti di vista differenti rispetto al concetto stesso di realtà. In questo modo, l'OD sposta l'attenzione del sostegno dalla crisi vista da occhi di esperti esterni verso dialoghi congiunti con più attori interessati.

## **ASPETTI STRUTTURALI DELL'OPEN DIALOGUE**

Con “aspetti strutturali” ci si riferisce a come l'OD viene reso concretamente nella pratica quotidiana e all'interno del più ampio panorama dell'assistenza sanitaria mentale.

*L'Open Dialogue* non deve essere inteso come psicoterapia da manuale o un intervento medico, nonostante sia tenuto a seguire una serie di principi, identificati ai fini della formazione, della ricerca e l'implementazione, che vengono messi in atto o ripensati in vari modi a seconda delle esigenze della rete (Olson et al., 2014).

La trasparenza è un elemento centrale della sua attuazione nel rispetto di ciascun bisogno. Inoltre, per garantirne l'attuazione, in Finlandia è avvenuta una profonda ristrutturazione delle strutture sanitarie locali partendo dalla riduzione dei letti d'ospedale

e delle strutture ospedaliere dando la priorità ai trattamenti ambulatoriali e di sensibilizzazione (Seikkula et al., 2001). Di conseguenza, gli incontri sono stati implementati nel contesto di vita proprio della rete: casa, scuola o al lavoro, se lo si desidera.

Un altro importante obiettivo era lo sviluppo di una forma alternativa di supporto in caso di crisi psicotiche in grado di ridurre un approccio prevalentemente psicofarmacologico. Dai risultati emerge quanto l'OD ha contribuito ad eliminare la necessità di farmaci neurolettici o a ridurla. Questo dimostra quindi quanto seriamente *l'Open Dialogue* ha cercato di trovare risposte non mediche e modi alternativi per affrontare le crisi psicosociali. In questo senso, l'OD può essere visto come uno strumento per la de-medicalizzazione dei servizi psichiatrici, tali incontri garantiscono infatti uno spostamento da una comprensione per lo più individualizzante, propria degli approcci psichiatrici tradizionali, ad una comprensione estesa ad una rete sociale più ampia. Così viene restituita la responsabilità per la comprensione, la gestione o il superamento delle crisi a più di una persona e, intesa un po' più in generale, alla società stessa. Tutti i partecipanti devono poter comunicare e lavorare insieme per trovare soluzioni mentre negli approcci psichiatrici comuni tale responsabilità viene assegnata principalmente ad una persona, l'individuo interessato.

Tali aspetti strutturali sono fortemente influenzati dalla natura del contesto stesso di cura. In molti paesi alcuni dei principi menzionati possono essere attuati solo in misura limitata perché i sistemi di assistenza mentale sono altamente frammentati e orientati al sostegno dei singoli individui quindi difficilmente offrono opportunità per un lavoro continuo di supporto sistemico.

L'OD comunque non è da considerarsi come l'unica soluzione per de-psichiatrizzare le crisi psicosociali. Bisogna ricordare che tale approccio è fortemente ancorato a concetti e teorie differenti le cui origini risiedono nei discorsi e pratiche psichiatriche e da cui risulta difficile separarlo. Non sono messi in dubbi i suoi effetti positivi, soprattutto nei confronti della classica cura ospedaliera ma solo il trasferimento del sostegno psicosociale nell'ambiente di vita degli utenti il quale è, prima di tutto, un processo formalmente psichiatrico. Quando un concetto psichiatrico viene portato a casa di qualcuno può potenzialmente raggiungere più persone nel loro ambiente di vita privata facendo entrare, in un certo senso, la psichiatria nella vita di tutti i giorni.

In secondo luogo, l'OD si basa anche sul presupposto di base, comune ai paesi occidentali ed individualisti, che la cura delle crisi psicosociali richiede una risposta istituzionale. Invece di essere affrontate collettivamente all'interno della società, tale compito viene delegato ai membri del personale di un'istituzione pagati per questo, formati per questo che di conseguenza porteranno sempre una limitata gamma di opzioni di risposta.

In terzo luogo, l'OD sia nella sua applicazione originale in Finlandia che nella maggior parte dei casi, risulta implementato all'interno di quadri medico-psichiatrici inseriti in sistemi di assistenza sanitaria mentale i quali plasmano inevitabilmente il modo in cui tale approccio viene messo in pratica.

In quarto luogo, la maggior parte del personale delle istituzioni che attualmente offrono l'OD a livello internazionale appartengono principalmente a professioni psichiatriche o psicosociali; di conseguenza ricevono una formazione propria per l'OD spesso solo in una fase successiva della loro carriera.

Queste riflessioni chiariscono come l'approccio OD non possa essere completamente slegato da concetti psichiatrici. La psichiatria, come pratica stessa, è già fortemente evoluta in molte società occidentali e di conseguenza ritenuta efficace.

L'OD, seppur principalmente adottato all'interno dei servizi di salute mentale pubblica, che ne limitano in qualche modo il suo potenziale nel de-psichiatrizzare le crisi, in alcuni contesti è anche offerto da associazioni indipendenti su base volontaria e al di fuori della logica della cura psichiatrica, vedi l'"Offener Dialog eV." di Lipsia. Non vi è in queste pertanto la necessità di una diagnosi, l'obbligo di documentare o dimostrare l'adempimento di un mandato di trattamento medico e non viene fatto uso di farmaci psicotropi. Tali progetti tuttavia, senza una adeguata base di finanziamento, si riducono ad una mera eccezione senza possibilità di sviluppo futuro.

Anche se questo approccio ritrova le sue origini nei discorsi e nelle pratiche psichiatriche ed è implementato in questo contesto nella maggior parte dei casi, l'OD ha qualche potenziale per la de-psichiatrizzazione, potenziale dimostrato dai risultati degli studi di coorte menzionati. Sono però necessari dati empirici sia sulla salute pubblica che a livello locale per confermare che l'approccio OD porti a trattare la sofferenza mentale in modo meno psichiatrico rispetto ad altri approcci terapeutici.

Le richieste di sistemi di supporto psicosociale più democratici, basati sui diritti umani, orientati al potenziamento o al recupero sembrano sicuramente espandersi ma spesso senza la volontà o la sufficiente riflessività di cambiare la routine abituale.

Vi sono state e vi sono ancora ampie discussioni circa l'approccio dell'OD e la misura in cui dovrebbe essere formalizzato, per essere in grado anche di dimostrare e indagare la sua fedele implementazione. Mentre alcuni studi segnalano resistenza alla standardizzazione ed a criteri replicabili per la formazione e la valutazione, sono state sviluppate diverse scale di valutazione per la fedeltà organizzativa e l'aderenza clinica.

Il dialogo potrebbe infine non essere la soluzione primaria a tutte le forme di crisi di salute mentale. L'OD è infatti anche artificiale, incline agli errori e non si adatta a tutte le situazioni di crisi; una promozione eccessiva può portare a false speranze o aspettative sollevate tra utenti, parenti, personale e altre parti interessate. Sicuramente però *l'Open Dialogue* può partecipare come alternativa per determinare i cambiamenti urgentemente necessari per riformare il sistema sanitario mentale.

## **MARLBOROUGH FAMILY SERVICE- LONDRA**

Un'altra pratica di tipo collaborativo degna di nota è stata sviluppata da alcuni psichiatri in un servizio conosciuto come "Marlborough family service".

Il Marlborough Family Service è legato alla salute mentale infantile e adolescenziale nonché ad un di servizio di psicoterapia per adulti finanziato con fondi pubblici, con un orientamento sistemico e situato proprio nel centro di Londra. Si rivolge alle cosiddette "famiglie multiproblematiche" le quali presentano problemi di violenza ed abuso, disgregazione familiare, gravi malattie mentali, abuso di sostanze ed alcol, insuccesso scolastico ed emarginazione sociale.

Si tratta di un approccio sistemico: significa che vede il bambino, o l'adulto in questione e i suoi problemi di salute mentale in una varietà di contesti che non includono semplicemente la famiglia ma anche i contesti sociali e culturali di cui il soggetto fa parte.

Intendere la rete sociale o la famiglia stessa come "sistema" può risultare da una parte utile ma altrettanto problematico soprattutto nel momento in cui la nozione di famiglia come "sistema" non viene intesa come metafora ma piuttosto scambiata come qualcosa di "reale". Risulta comunque utile poiché tale concetto può avere implicazioni

cliniche quando si descrivono famiglie e i sistemi ad esse correlate. Ogni famiglia, come sistema, si comporta secondo un insieme di regole esplicite e implicite, comunque speculative, sviluppate nel tempo e spesso nel corso delle generazioni, che governano le loro relazioni e comunicazioni. Se tali regole possono essere “scoperte” durante la terapia, allora questo ha implicazioni pragmatiche per il cambiamento. Le regole possono essere messe in discussione, sfidate e nuove interazioni possono emergere.

Bisognerebbe partire dal sistema famiglia per indagare la “presunta malattia” piuttosto che dal “paziente identificato”. Ciò non significa però incolpare la famiglia per la malattia o i problemi della prole, motivo che non ha reso l'emergente “terapia familiare” un trattamento molto popolare. La famiglia infatti non deve essere vista come la causa di tutto.

Anche se molto è cambiato negli ultimi decenni, il termine stesso “terapia familiare” rimane piuttosto controverso e può essere fuorviante. Parlando di terapia si pensa inevitabilmente alla presenza di una malattia o di una disfunzione presente nell'individuo o nella famiglia piuttosto che altrove. Un'altra critica, piuttosto contemporanea, rispetto al termine “terapia familiare” è che nel mondo occidentale le forme familiari sono cambiate considerevolmente. La coppia eterosessuale con i propri figli non è più la norma: lavoriamo con famiglie ricostituite o miste così come con altre forme di relazioni che non sono basate su “legami di sangue”.

Confrontandosi con famiglie di altre culture, con sistemi di credenze molto diversi, sempre più spesso i medici che lavorano con le famiglie hanno dovuto riconoscere come le loro teorie fossero essenzialmente eurocentriche. Nuovi modelli di pratica avrebbero dovuto evolversi imparando dalle differenze piuttosto di far sì che le diverse pratiche culturali si inserissero nei loro modelli.

Il team che compone il Marlborough Family Service ha imparato a lavorare con le famiglie di culture molto diverse e sviluppare una competenza cosiddetta “cross clinica culturale”. Il punto di partenza per tale competenza deve essere una sana curiosità nel rispetto per l'altro seguita dall'esame delle proprie ipotesi su altre culture nonché pregiudizi. È necessario diventare sempre più consapevoli della specificità culturale e della relatività dei nostri concetti e approcci e di come questi abbiano dominato i pazienti di altre culture e i loro rispettivi sistemi di valori e pratiche.

Per tale motivo tale approccio ha iniziato a reclutare medici provenienti da culture analoghe a quelle delle famiglie a cui si riferivano, in particolare provenienti da Asia e Africa. Nel corso degli anni, fornendogli una formazione sistemica, è emerso un servizio specializzato anche se integrato, inizialmente chiamato “Asian and Arab Family Counselling Service” e rinominato poi “Marlborough Cultural Therapy Centre”.

I medici che lavorano a livello sistemico sono generalmente noti come “terapisti della famiglia” poiché vedono come loro scopo aiutare le famiglie a cambiare le loro interazioni problematiche e modelli di comunicazione. Aiutano quindi a gestire ciò che le famiglie non possono apparentemente gestire da sole; il terapeuta è in pratica al posto di guida e ciò è spesso del tutto appropriato. Tuttavia accade che la posizione esperta dei terapeuti possa impedire alle famiglie di trovare le proprie soluzioni.

Le famiglie “multiproblema” sono spesso famiglie “multi-agenzia” (Asen, 2005), poiché hanno la tendenza ad attirare più aiutanti che non di rado forniscono input contraddittori, causando problemi a pieno titolo. Nel corso degli anni si è compreso che le famiglie multiproblema richiedono un approccio più complesso rispetto alla semplice applicazione di approcci tradizionali che la psichiatria e la psicologia clinica hanno da offrire. Bisogna fornire interventi terapeutici per le famiglie in un ambiente di gruppo e l'approccio multi-famiglia sembrava fornire questo “extra” (Asen, 2005).

Tale approccio risale a circa 50 anni fa, quando Laqueur et al (1964) hanno lavorato con pazienti schizofrenici ricoverati a New York. I loro parenti sono stati invitati nell'ambiente ospedaliero e direttamente coinvolti nelle discussioni sulla vita familiare e sui problemi di trattamento. L'obiettivo era quello di migliorare la comunicazione all'interno della famiglia e con diverse famiglie viste insieme in un unico grande gruppo. Divenne presto evidente che i membri delle stesse sviluppavano idee su come affrontare problemi cronicamente bloccati.

I primi interventi tra gruppi multifamiliari sono stati opportunamente descritti come “laboratori protetti nella comunicazione familiare” (Laqueur et al 1964); si svolgevano ogni due settimane per la durata di 2 ore. Le famiglie si scambiavano idee ed esperienze con membri di altre famiglie imparando gli uni dagli altri.

Questo approccio ha successivamente ispirato altri medici che lavoravano con pazienti psicotici (McFarlane 1982; Anderson 1983; Kuipers et al 1992) ed osservarono

come le famiglie trovassero utile costatare come alcuni dei loro modelli di interazione e comunicazione fossero visualizzati da altri.

Negli anni '70 Alan Cooklin e il suo team al Marlborough Family Service di Londra (Cooklin et al 1983; Asen et al 1982) iniziarono ad applicare queste idee alle famiglie multiproblematiche a scapito degli scarsi risultati ottenuti con famiglie apparentemente caotiche, resistenti ai trattamenti e con figli a carico. Il tutto consisteva nel mettere insieme 6/8 famiglie per mesi su base giornaliera, come una sorta di “comunità terapeutica di famiglie disfunzionali”. Le famiglie con problemi molto simili sono state messi assieme ed incoraggiate ad aiutare gli altri al fine di imparare gli uni dagli altri.

Un programma quotidiano altamente strutturato e controllato in cui le famiglie erano coinvolte ad affrontare i problemi della vita quotidiana in un contesto terapeutico. L'obiettivo era quello di consentire a queste famiglie di individuare nuove forme di autogestione delle crisi che non richiedessero più il coinvolgimento di un numero crescente di professionisti che inevitabilmente facevano perdere la loro centralità.

Il Marlborough Family Day Unit, un'istituzione per il cambiamento (Cooklin et al., 1983), è stata fondata quasi 30 anni orsono e circa 2000 bambini e le loro famiglie sono stati trattati da allora. All'inizio il lavoro di tale unità è stato molto intenso e lungo: le famiglie hanno partecipato per otto ore al giorno e cinque giorni alla settimana, spesso per un periodo di molti mesi se non un anno intero. In seguito, l'approccio ha subito molti cambiamenti e transizioni, con un lavoro terapeutico che ora dura in media 12 settimane e fornisce un equilibrio tra il lavoro basato sulla clinica e quello basato sulla casa. Le famiglie frequentano inizialmente per tre o quattro giorni per sei ore, poi successivamente meno frequentemente, con incluso lavoro a domicilio per facilitare il trasferimento delle esperienze fatte nel contesto della clinica all'ambiente domestico.

Un principio fondamentale di questo lavoro è l'apertura e la trasparenza, non solo tra le famiglie, ma anche tra il personale e le famiglie. L'unità Family Day è ben equipaggiata con telecamere, permettendo la registrazione delle interazioni familiari con la possibilità di fornire sessioni di video-feedback quando le famiglie vedono sé stesse - e gli altri - e riflettono, da una meta-posizione, su come apportare modifiche. Le famiglie possono anche portare a casa piccole videocamere e fare un home movie sulla loro vita o su problemi specifici. Questi possono poi essere mostrati a tutto il gruppo di famiglie che sono spesso più esperte nell'analisi e nel commento di professionisti ampiamente formati.

In questo modo le famiglie e i loro singoli membri diventano consulenti per altre famiglie. Si sostengono a vicenda, osservano e commentano modelli disfunzionali che vedono l'uno nell'altro. Le famiglie e i loro singoli membri formano amicizie e creano una rete di sostegno per le famiglie isolate al di fuori del programma. Le famiglie esperte possono avvalersi di nuove famiglie scettiche, offrendo consigli e speranza. La trasparenza deve essere un processo bidirezionale che richiede al personale di condividere apertamente le proprie opinioni e osservazioni.

Prima di intraprendere il lavoro vero e proprio con le famiglie multiproblema viene indetta una riunione di rete alla quale devono partecipare tutte le parti interessate: i genitori, i vari professionisti coinvolti. Lo scopo di questo incontro è quello di:

- disegnare una mappa di tutti i professionisti coinvolti nella vita della famiglia, comprese le loro specifiche preoccupazioni, compiti e posizioni;
- capire le relazioni tra i professionisti e la famiglia;
- condividere apertamente le preoccupazioni che i diversi professionisti hanno;
- garantire che i genitori possano rispondere e definire quali sono le proprie preoccupazioni e le esigenze;
- concordare congiuntamente sulle aree di lavoro, le tempistiche e le conseguenze del cambiamento.

Più chiare e più concrete sono le preoccupazioni definite durante questa prima riunione della rete, più è possibile che i genitori comprendano ciò di cui i professionisti sono preoccupati e più è possibile per loro sapere su cosa agire e quali cambiamenti devono fare. Questo permette al team di valutazione di considerare come aiutare la famiglia e i suoi membri a fare i cambiamenti richiesti ma anche di valutare come i genitori - e altri membri della famiglia - fanno uso del feedback e se e come sono in grado e disposti a cambiare. Spesso è irrealistico aspettarsi che i genitori facciano cambiamenti spontanei, in particolare se sono bloccati in modelli cronici di scarsa genitorialità. Bisogna considerare di fornire interventi di supporto, come consigli diretti, “coaching dei genitori”, consulenza o qualche altra forma di lavoro familiare più direttiva.

A seguito della riunione della rete, dovrebbe essere possibile fare un piano dettagliato di come strutturare il lavoro: quante sessioni, per quanto tempo, chi dovrebbe essere presente e dove le sessioni dovrebbero avere luogo.

Dobbiamo tenere a mente che i comportamenti dei genitori, come quelli dei bambini, dipendono dal contesto. Il team fa quindi molti tentativi per vedere i genitori in una varietà di contesti diversi, non solo nella clinica o nella sala di consulenza ma nella casa di famiglia, nella scuola, nei reparti ospedalieri, nei supermercati dove le famiglie hanno spesso crisi pubbliche con i loro bambini indisciplinati - e in altri contesti che sono rilevanti per la famiglia. Questo approccio grandangolare se combinato con lo sguardo “ravvicinato” al singolo genitore e al bambino, consente di valutare il contesto più ampio della famiglia e il suo sistema di supporto.

Una giornata tipo della vita famiglia può essere ricreata in un ambiente multi-famiglia in modo che le interazioni naturalistiche possano evolvere. Con le altre famiglie presenti, i genitori tendono a sentirsi meno al centro dell'attenzione e il riflettore non è solo su di loro ma anche sugli altri. Inoltre, le impostazioni multi-famiglia promuovono anche le interazioni tra famiglie. Ciò consente di valutare la capacità dei genitori di stabilire contatti sociali e formare relazioni, nonché di valutare la loro capacità di sorvegliare i loro figli in modo appropriato.

Ritrovarsi tra molti gruppi di famiglie può rilevarsi però un'esperienza piuttosto stressante, con tutto il rumore e l'attività di 15 bambini e 12 adulti. Tali livelli di stress e intensità non sono però sgraditi in quanto richiede ai genitori di gestire le loro emozioni spesso volatili in circostanze difficili.

Nonostante ciò è anche un contesto in cui i genitori e le famiglie possono sostenersi a vicenda, dove portano le proprie osservazioni di altre famiglie e ricevono feedback. Spesso i genitori vedono rispecchiarsi in altre famiglie proprio quelle questioni che trovano difficile riconoscere in sé stesse.

La valutazione formale dell'efficacia della terapia familiare multipla è ancora agli inizi, sebbene alcune ricerche abbiano dimostrato che questa forma di intervento è molto accettabile per le famiglie con più problemi. È stato dimostrato come le famiglie e i loro singoli membri siano in grado di apportare cambiamenti e, altrettanto importante, possano sostenerli nel tempo.

Recentemente il Ministero della Salute britannico e il Chief Medical Officer hanno specificamente menzionato il servizio come un esempio di buona pratica e lo hanno raccomandato a livello nazionale.

---

## ORDINARY LIFE THERAPY

Di fronte a situazioni piuttosto gravi come nel caso di persone con allucinazioni, che non sono in grado di comunicare o sono autolesioniste, i farmaci tendono ad essere la classica risposta, ma i loro effetti non risultano essere curativi quanto piuttosto sedativi. Una promettente pratica collaborativa alternativa ai farmaci ed alle istituzioni mentali è stata creata dai terapisti che lavorano a Göteborg, in Svezia. Carina Håkansson nel suo libro *Ordinary Life Therapy*, descrive come i pazienti gravemente disturbati vengano collocati nelle case di famiglie normali (Håkansson, C. 2009). Le famiglie naturalmente vengono formate ad accettarli ed accoglierli, ma sono invitate a non condurre in alcun modo una terapia. Le famiglie devono semplicemente cercare di vivere la loro vita ordinaria lasciando che la persona si adatti o meno rispetto a come è in grado. Spesso si tratta di famiglie contadine dove le faccende quotidiane con gli animali e la cura della terra sono centrali. Le famiglie vivono la loro vita quotidiana e i “visitatori” vivono tra loro.

La terapia professionale viene offerta una volta alla settimana al paziente e le discussioni si svolgono una volta alla settimana con le famiglie. In occasioni speciali le famiglie, i terapeuti e i pazienti si riuniscono per pranzi e conferenze. I membri della famiglia non impediscono ai pazienti di agire in modi “strani e sconcertanti”; spesso accade che il paziente non comunichi con nessuno, passi la giornata a mangiare enormi quantità di cibo ed a disturbare la famiglia durante momenti come ad esempio mentre si guarda la televisione. Sicuramente per una famiglia numerosa questi momenti non sono certamente semplici da affrontare. Tuttavia, sono episodi che non vanno in alcun modo rimproverati o trattenuti.

Nel libro si narra la storia di una paziente, inserita nelle cosiddette “*ordinary family*”, che aveva appunto questa tendenza ad isolarsi rispetto alla famiglia di riferimento ed a mangiare di rado. Si racconta che un giorno, nel fienile di proprietà della famiglia, chiamò colei che la ospitava: “Lena sei lì?”, Lena rispose:” si sono qui”, Maria disse: “volevo solo sapere se potevi sentirmi”. In terapia anche Maria cambiò sostituendo le sue discussioni su strane creature che conquistavano il pianeta con discussioni sulla vita. Nel giro di due anni ha ottenuto “libero accesso” alla propria vita lasciando la famiglia per iniziare una nuova vita, nel suo caso in Africa, posto in cui avrebbe sempre voluto andare.

Queste sono tre delle innovazioni collaborative in atto. Tuttavia qualsiasi discussione sulla collaborazione multipartitica sarebbe incompleta senza menzionare l'enorme gamma di programmi per la riabilitazione dalla droga e dall'alcol. Tali programmi si basano su un discorso spirituale ma per il costruzionista tutti i discorsi dovrebbero essere posti al servizio ed a favore del cambiamento.

È importante menzionare il numero emergente di gruppi che resistono alla classificazione psichiatrica ed alla cura farmaceutica. Le loro origini possono essere fatte risalire agli anni 70, quando scoppiò una forte resistenza contro la caratterizzazione dell'omosessualità come uno squilibrio mentale.

Questa resistenza ebbe successo e nel 1973 l'omosessualità non fu più inclusa nel DSM. Forme simili di resistenza stanno sfidando la patologia delle voci uditive ([www.hearing-voices.org](http://www.hearing-voices.org)), l'autismo ([www.autisticadvocacy.org](http://www.autisticadvocacy.org)) e praticamente ogni altro modo in cui gli individui possono essere diversi ([www.find-freedom.org](http://www.find-freedom.org)). Come si cerca di proporre: la differenza umana non è una patologia.

## **ISTITUZIONI COME CONVERSAZIONI**

Rispetto agli esempi pratici riportati fino ad ora è importante, in riferimento alla visione costruzionista, che tutte le organizzazioni, da quella familiare a quella sociosanitaria, si uniscano al fine di costruire nuovi significati e nuove prospettive rispetto, in particolare, agli orizzonti della malattia mentale e del *recovery*. È bene sottolineare quanto ciascuna organizzazione non si costituisca attraverso processi definiti di macchinazione in cui vige una gerarchia tale per cui c'è un responsabile del funzionamento mentre gli altri vengono intesi come "lavoratori", pezzi meccanici che non hanno voce in capitolo e ne risultano alienati. Ogni individuo, con la propria storia e prospettiva, è invece rilevante per la costruzione di significato nonché per l'andamento funzionale delle singole organizzazioni. Piuttosto che considerare le organizzazioni, i diversi "sistemi" processi meccanici in cui ognuno viene considerato singolarmente rispetto ai vari processi, i teorici costruzionisti ci invitano a pensarle metaforicamente come delle conversazioni. In una conversazione nessuno dà ordini. Non si tratta di un monologo in cui un individuo si trova in posizione di superiorità rispetto all'altro; avviene piuttosto un dialogo.

Avendo già enfatizzata nei precedenti capitoli l'importanza del dialogo, si comprende come nel monologo sfumi l'importanza dell'Altro e del suo punto di vista senza il quale però le varie organizzazioni perdono stimoli vitali. Nel dialogo la conversazione nasce insieme all'altro, si co-costruisce ed è attraverso esso che vengono garantiti nuovi modi di ripensare al cambiamento. Sia i dialoghi, quanto soprattutto i racconti, mantengono unite le organizzazioni poiché raccontando del passato permettono di posizionarsi nel presente e di guardare al futuro in cui nessuno è solo ma ognuno è resiliente.

Condividere storie, magari tra famiglie differenti, permette di costruire la realtà, condividere la conoscenza ma soprattutto creare legami emotivi. Ciò avviene spostandosi da un approccio pressoché individuale verso un approccio più collaborativo in cui ciascuno partecipa attivamente. Non bisogna parlare di responsabilità individuale ma piuttosto considerare le organizzazioni come frutto di processi di costruzione sociale che necessitano di condizioni ideali in cui fiorire. È determinante de-enfatizzare tutto ciò che riguarda le regole, le gerarchie ma soprattutto le varie forme di autorità.

Da ciò si comprende come sia inevitabile rinnovare le varie organizzazioni, strettamente legate alla cultura ed adattare alla realtà ed alle esigenze di quest'ultima.

Se tradizionalmente nei vari sistemi ed in particolare nei Centri di Salute Mentale, era il leader, in questo caso lo psichiatra, a decidere come meglio procedere, spostandoci verso un processo di tipo collaborativo e relazionale, ciascun partecipante dovrà essere messo nelle condizioni per poter lavorare insieme e raggiungere l'obiettivo, sempre supportato da figure di riferimento che dovranno fornire materiali, informazioni e pratiche necessarie al raggiungimento. Partendo dai punti di forza, dimostrando quanto il "lavoro" di ciascuno sia fondamentale, solo così verranno garantite pari opportunità nel nome del rispetto e della cura. Affinché un dialogo funzioni è inevitabile la presenza di un attivo ascolto di tutti quelli che sono i valori, le opinioni di ogni partecipante a partire dalle quali poter pensare ed organizzare i piani, le varie politiche nonché le decisioni proprie delle istituzioni. Solo includendo ciascun individuo nelle varie prese di posizione, di decisione e affermando il suo contributo le organizzazioni potranno fiorire. Le persone tendono infatti maggiormente a supportare ciò che hanno creato rispetto ad un modello che gli è stato imposto.

Ogni individuo è sempre alla continua ricerca di ciò che è bene e male, del giusto e sbagliato e questo inevitabilmente, oltre a denotare dinamicità rispetto alle organizzazioni, può ostacolare i processi delle stesse. I racconti ritornano utili per gestire tali conflitti in quanto risorse efficaci per ripensare a nuove visioni del futuro e per realizzare molteplici relazioni sprigionando nuove forme di cambiamento semplicemente parlando e ascoltando. Più si lavora rispetto al dialogo ed alla relazione con l'altro migliori saranno i risultati verso il cambiamento.

Secondo i costruzionisti, affinché tale relazione avvenga, in vista di un processo di *recovery*, sarà necessario:

- riunire esperti provenienti da una vasta gamma di background per arricchire il processo di molteplicità;
- pensare all'obiettivo da raggiungere piuttosto che risolvere un problema esistente;
- incoraggiare ciascuno all'immaginazione in cui diversi futuri e prospettive sono possibili;
- spendere del tempo di qualità con l'altro, espandere le sue potenzialità riservandosi da ogni forma di giudizio e critica (Gergen, K. J., 2015). L'altro è significativo poiché garantisce nuovi feedback che arricchiscono ulteriormente i significati.

Il focus deve rimanere nello stabilire relazioni, legami, sistemi di tipo collaborativo, intendendo quindi le varie organizzazioni come un tutto in cui ciascuno favorisce il loro sostenimento.

Le riflessioni e i ragionamenti affrontati sino ad ora fanno parte, come specificato più volte, del grande filone del costruzionismo sociale rilevante in conclusione per la definizione e la messa in pratica stessa del *recovery*, cui caposaldo è l'importanza della dimensione relazionale e sociale per la riuscita verso il cambiamento.

Tale approccio, seppur significativo, non è però esente da critiche.

## **DIBATTITO RISPETTO ALL'APPROCCIO COSTRUZIONISTA**

Molte critiche sono state mosse soprattutto dai rappresentanti del realismo i quali accusano i costruzionisti di non parlare di realtà riferendosi a cose reali ma piuttosto al frutto di un processo di costruzione sociale. Per i realisti, ad esempio, non pensare

all'inquinamento come elemento reale è assurdo; di fondo in realtà c'è un grande malinteso. I costruzionisti non negano affatto la realtà delle cose e neppure cercano di governare ciò che è o non è fondamentalmente vero; sostengono piuttosto che nel momento in cui ci mettiamo a discutere su ciò che c'è o non c'è, entriamo inevitabilmente in un mondo fatto di discorsi a cui ciascuno partecipa nel rispetto delle sue tradizioni e valori e da cui emergono inevitabilmente le proprie preferenze.

L'approccio realista, ossia pensare alle cose come reali, è fondamentale per garantire la realizzazione nonché l'andamento della vita nelle tradizioni. I costruzionisti non sono contro al parlare in termini realisti, ci invitano piuttosto a prestare attenzione nel trattare le realtà quotidiane universalmente e indiscutibilmente come vere. Procedere in questa direzione potrebbe metterci in rischio e pericolo: nel momento in cui ti senti certo rispetto a ciò che è reale, inevitabilmente ti isoli di fronte a nuove forme di possibilità ed opportunità e conseguentemente ti limiti.

Pensare ad una pietra, ad esempio, semplicemente come a qualcosa di solido, pone limiti nell'andare ad interrogarsi su come questa potrebbe essere composta. Categorizzare una persona come "malato mentale" limita le sue possibilità di cambiamento nonché di speranza. Nel momento in cui definiamo qualcosa come Reale eliminiamo una molteplicità di alternative e, sopprimendole, limitiamo le possibilità di azione (Gergen, K.J., 2015). Anche per coloro che vogliono conoscere sempre di più e meglio, i risultati potranno essere paralizzanti, poiché si andranno a perdere tutti i riferimenti e le conoscenze che prima dominavano le nostre credenze.

Quando facciamo dichiarazioni rispetto a ciò che è reale, oltre che a limitare le nostre possibilità di azione, neghiamo anche le diverse possibilità di dialogo chiudendo di fatto la conversazione. Si vengono a stabilire limiti rispetto a ciò che gli altri possono dire ed ascoltare e ciò inevitabilmente ci pone in conflitto tra di noi. Limiti che negano i valori che ci rendono partecipi ad una determinata tradizione.

*"Penso quindi sono". René Descartes.*

Pensare, sperare, ricordare, avere bisogno, tutti verbi che con frequenza utilizziamo nel quotidiano si scontrano però con quello che è il mondo delle relazioni in cui si parla piuttosto di amore, tristezza, gioia, discorsi piuttosto della "mente". Da qui sono state mosse parecchie critiche alle idee costruzioniste sociali: non è che tale approccio miri ad abbandonare il linguaggio mentale dalle nostre vite quotidiane eliminando di

conseguenza anche tutti quelli che sono i campi di studio ad esso dedito come la psicologia e la psichiatria e tutte le loro pratiche cliniche? I costruzionisti non vogliono eliminare qualsiasi affermazione di realtà né vogliono distruggere alcuna tradizione ma piuttosto favorire processi di assorbimento, di messa in discussione e di creazione. Per loro la questione infatti non è rispetto a se la mente sia realmente reale; pongono l'accento piuttosto sulle conseguenze nella vita culturale del mettere in atto il discorso mentale.

Nella cultura occidentale il linguaggio della mente gioca un ruolo chiave; in assenza di termini come quelli legati alla ragione, alla memoria, all'attenzione le istituzioni vacillerebbero. Senza un linguaggio di "ragione individuale" e di "libera scelta" l'idea stessa di democrazia avrebbe poco senso. Il discorso psicologico è un ingrediente essenziale della tradizione culturale occidentale. Le discipline ad esso legato mantengono vivo non solo il linguaggio della mente, con le varie relazioni che ne scaturiscono, ma anche le tradizioni stesse della cultura. Ciò vale anche per le professioni nell'ambito della salute mentale, che lavorano con un vocabolario fortemente legato al cambiamento. Le persone cambieranno il corso della loro vita seguendo e ascoltando quelli che sono i loro "desideri inconsci", "sentimenti di autorivelazione" verso una crescita psicologica.

I dialoghi costruzionisti ci invitano tuttavia anche a essere criticamente consapevoli, ad esplorare i vari modi in cui tali tradizioni possano essere dannose per la nostra vita, pensando a delle alternative. Le etichette psichiatriche, le categorizzazioni rispetto alla malattia mentale, come già delineato precedentemente, hanno effetti devastanti sulla società. Vedere i problemi delle persone "nelle loro teste" ci rende miopi ma soprattutto sfuma il nostro sguardo a possibili alternative. Ecco come il linguaggio influenza molto il modo attraverso cui costruiamo il mondo.

Scopo dei vari dialoghi, pensieri costruzionisti, è quello di avvicinarsi o cercare di comprendere tutte le sfumature della conoscenza. Il costruzionismo sociale può essere in qualche modo inteso come un grande ombrello sotto al quale sono presenti tutte le diverse tradizioni da quella culturale, a quella pratica ed infine a quella religiosa. Tradizioni che realmente si parlano tra loro ma che sono socialmente costruite.

Qui però la domanda sorge spontanea: se tutte le realtà risultano essere socialmente costruite, come può il costruzionismo essere vero? Non ne risulta esso stesso una costruzione? I costruzionisti replicano che questa è la bellezza di tale approccio il quale non rivendica i propri argomenti, le proprie preposizioni come vere, oggettive o

empiricamente fondate. Le loro idee non si riferiscono ad un mondo così com'è, sono idee culturalmente e storicamente situate e legate quindi ad una tradizione. Il costruzionismo apprezza ogni forma di discussione critica dal momento che le sue riflessioni non sono mai finali o conclusive ma sono piuttosto orientamenti per cercare di evitare di costruire mondi in cui per arrivare a rivendicare una forma di verità venga posto fine al dialogo. Il costruzionismo, essendo un grande ombrello, non può essere un insieme di credenze, dogmi a cui ciascuno debba aderire, sono piuttosto strumenti d'azione, espressioni della tradizione.

Altre critiche mosse al costruzionismo riguardano il tema dell'importanza di avere solidi valori: senza solide ragioni o valori in cui le persone possono credere queste perderanno il loro desiderio di agire. Se le relazioni, ad esempio, vengono intese come qualcosa di socialmente, culturalmente costruito, perché riteniamo che ognuno sia responsabile delle proprie azioni? È soprattutto attraverso la partecipazione a diverse forme di relazione che acquisiamo il senso del valore, della giustizia e della gioia. Il pronome che risuona è infatti quello del noi.

Per i costruzionisti la vita si ricopre di significato, diventa degna di essere vissuta solo nel momento in cui siamo aperti agli altri e incominciamo ad esplorare quelli che sono i loro valori, le loro esigenze. È da queste relazioni che ampliamo il nostro potenziale che ci permetterà di dare nutrimento alla nostra stessa vita. Per le persone che soffrono per una vita poco significativa, che sono depresse o che pensano al suicidio, i farmaci possono fare da paravento ma il vero sentiero da percorrere verso una vita significativa è lo stabilire delle buone relazioni.

Ogni valore è fortemente legato alla cultura di riferimento e anche i vari termini sono legati a questa. La parola progresso indica una forma di miglioramento ma i costruzionisti si chiedono, "meglio per chi?". I valori sono creati all'interno delle comunità e ciò che è meglio per una può risultare peggiore per un'altra. "Progresso" dipende sempre dalla parte della recinzione in cui ti trovi. Questa riflessione si può ben comprendere nell'ambito della salute mentale: i termini della malattia mentale si sono moltiplicati favorendo la capacità di definire sempre più persone "malate" a cui prescrivere dei farmaci per curare malattie che prima neppure sapevamo di avere o addirittura di cui non conoscevano l'esistenza.

Ciò in cui dovremo concentrarci è la costruzione di conversazioni, dialoghi con l'Altro, fusioni di culture differenti in cui nessuno sarà superiore all'altro ma in cui ci si unisce. Lo scopo è piuttosto quello di unire esseri multipli che costruiscono assieme nuove forme di significato e alternative per permettere a tutti di vivere una vita degna di essere vissuta.

## CAPITOLO 3:

### RECOVERY RELAZIONALE: UNA RICERCA QUALITATIVA

#### DIMENSIONE SOCIALE NEL RECOVERY: EXIT MADNESS

Scopo della presente tesi è rendere esplicito e pratico l'argomento del *recovery*; per la sua realizzazione ci si è avvalsi della partecipazione ad una ricerca già avviata e condotta dalla prof.ssa Elena Faccio, docente di Psicologia Clinica. Tale progetto viene denominato "EXIT MADNESS", ossia Examining Interpersonal Testimonies of Recovery from Severe Mental Disease.

Propositi generali della ricerca sono l'indagine della funzione svolta dalla dimensione sociale e relazionale nei percorsi di *recovery* e dell'importanza delle figure di riferimento nella fase di recupero.

Rispetto agli obiettivi specifici si cercherà invece di approfondire:

- Come il processo di recupero venga raccontato da chi lo ha vissuto in prima persona;
- Le narrazioni, da cui emergono i soggetti che hanno significativamente contribuito al processo stesso;
- La funzione avuta dalla rete dei servizi sociosanitari;
- Quanto la dimensione lavorativa assuma un valore nel racconto di chi ha vissuto in prima persona il processo di *recovery*;
- Il punto di vista dello psicoterapeuta, che ha assistito il protagonista del racconto, circa il processo di recupero;
- La relazione che si è venuta ad instaurare tra psicoterapeuta e il protagonista del *recovery*, oltre a quella che è la sua evoluzione;
- L'importanza e la funzione che lo psicoterapeuta attribuisce alla dimensione sociale rispetto al percorso di recupero del suo utente.

Parte degli obiettivi, come approfondito in precedenza, muovono dall'indagine della dimensione sociale. Tale aspetto è centrale nell'approccio dei teorici costruttivisti: essendo il concetto stesso di malattia il risultato di costruzioni sociali, sono le stesse a darci la possibilità di poter uscire da questo. Per indagare tale funzione ci si è serviti di metodologie quali e quantitative come le interviste semi-strutturate: sono stati organizzati

incontri con pazienti o ex pazienti dove parlare rispetto al loro percorso di *recovery*. Le interviste hanno riguardato anche medici, psicoterapeuti, coloro che hanno assistito tali persone nel percorso di cambiamento.

Le narrazioni che emergono dalle interviste fungono inevitabilmente da prove per aumentare la consapevolezza e conoscenza circa il tema stesso del *recovery* come “percorso di guarigione e trasformazione che consente ad una persona con un problema di salute mentale di vivere una vita significativa in una comunità” (Del vecchio & Fricks, 2007, p.7). È un percorso graduale verso il recupero della propria identità, delle competenze “perse” con acquisizione di nuove. Il tutto è reso possibile da un intenso lavoro di collaborazione e sinergia tra le diverse parti interessate. L’obiettivo finale è garantire l’inclusione sociale di coloro che hanno con successo superato l’esperienza dello squilibrio psichico. Non si parla di scomparsa di sintomi, obiettivo arduo da raggiungere, ma di una ricerca attiva per acquisire un ruolo, un proprio spazio nella comunità, grazie alle proprie abilità e competenze.

Solo dopo aver inteso quanto detto circa il concetto, seppur molto ampio, di *recovery*, la comunità scientifica potrà ripensare a nuove pratiche più relazionali nell’ambito della salute mentale coinvolgendo tutti i partecipanti funzionali al recupero.

Tale ricerca ha altresì permesso di fornire strumenti teorico-operativi per implementare percorsi di recupero non perdendo però mai di vista il focus dell’importanza della tutela dei diritti delle persone che soffrono di gravi disturbi mentali.

La scelta di partecipare a questo progetto trova ragione nell’esplicitare quanto in pratica approfondito nei capitoli precedenti. Appare importante dimostrare, servendosi delle storie dei pazienti, quanto la dimensione relazionale sia necessaria e pratica anche nell’ambito della salute mentale. La personale partecipazione a tale ricerca ha permesso alla sottoscritta di approfondire le conoscenze sul tema del *recovery* che, seppur trattato nelle lezioni di Psicologia sociale del Prof.re Romaioli, sarebbe stato comunque scarsamente analizzato nell’ambito dell’intero corso accademico.

Avendo come base un’expertise molto pedagogica, risultava scarsa la dimestichezza con temi più tecnici. Per partecipare quindi in maniera attiva al progetto si è reso necessario un aggiornamento dedicandosi alla lettura ed approfondimento di riferimenti prevalentemente teorici ma anche metodologici, di taglio più qualitativo.

I collaboratori del progetto hanno concesso di entrare nelle storie di vita di tali persone accedendone alle interviste. All'inizio si è presa confidenza con i testi, rivedendo le interviste precedentemente svolte, presupposto necessario per qualsiasi tipo di analisi da farsi. Successivamente si è data disponibilità a lavorare nelle direzioni che potevano risultare più utili all'equipe: sia conducendo nuove interviste, sia sbobinando quelle già condotte o analizzando comunque materiale già raccolto. Si è iniziato sbobinando le interviste, lavoro svolto in sinergia con le altre colleghe partecipanti al progetto.

Si è poi individuato un tema, un focus verso il quale orientarsi sfruttando nelle varie interviste tutti quegli aspetti che potevano rendere il *recovery* un processo psicosociale e non meramente clinico. Per seguire tale focus si è prestata maggiore attenzione alle interviste duali ossia a quelle interviste strutturate tra il paziente e la figura di riferimento che lo aveva accompagnato in questo percorso. Normalmente quest'ultima è quella dello psicoterapeuta ma non esclusivamente. Si è cercato di approfondire infatti se da tali interviste emergessero delle *recovery* avvenute anche al di fuori dei formali circuiti di cura, sottolineandone il come, il dove e in che forme. Ciò risulta sicuramente interessante in quanto dimostra come il costrutto di *recovery* possa estendersi o declinarsi anche in altri contesti.

Sfida molto stimolante: partecipare ad una vera e propria azione di ricerca i cui risultati possono portare a reali cambiamenti sia per il paziente che per la stessa comunità medica e scientifica. Oltre allo sbobinamento delle interviste, essendomi inserita quasi allo scadere del progetto, non ho potuto dedicarmi alla conduzione delle stesse. Ciò nonostante ritengo che lo sbobinamento abbia comunque permesso di giungere a delle conclusioni o comunque a spunti per una riflessione.

## **DOMANDE DI RICERCA**

Per poter indagare sul focus della ricerca, ossia stabilire l'importanza dell'aspetto socio-relazionale in un processo di *recovery*, si sono definite 3 domande di ricerca che conducessero l'indagine.

1. *Quale significato assume l'Altro all'interno del processo di recovery per i partecipanti interessati?*
2. *Quanto la rete familiare può influire nel concetto stesso di disturbo psichico?*

### 3. *Si sono verificate recovery al di fuori dei formali percorsi di cura?*

Per poter rispondere a queste domande si sono naturalmente analizzate le interviste nella loro totalità selezionando quelle particolarmente in linea con il focus d'indagine.

Partendo dalle domande di ricerca proprie di questo progetto, si sono mantenute come traccia 4 aree di indagine. A ciascuna di esse sono state associate delle domande-pilota:

1. Come viene narrata la sofferenza ed il percorso di *recovery*: si tratta di esplorare come viene narrata la “sofferenza psicologica” vissuta ed il percorso di cambiamento;
2. Esplorare i personaggi che hanno partecipato al percorso: si tratta di indagare in merito ai partecipanti ed al modo in cui hanno contribuito al percorso di cambiamento. In questa area si poneva in particolare il focus sul ruolo investito da parte della rete dei servizi nel percorso di *recovery*.
3. Esplorare la percezione che la persona ha dello sguardo altrui;

Domande conclusive che riprendono i domini rispetto alle precedenti questioni: configurazione percorso, attribuzione cambiamento e possibili proposte della persona.

## **METODOLOGIA**

Le storie di *recovery* sono state raccolte attraverso interviste semi-strutturate.

Queste vengono definite tali in quanto le domande sono pensate e costruite dagli intervistatori con l'intento di focalizzarsi su specifiche questioni.

Oltre alle interviste duali strutturate tra paziente e professionista contemporaneamente presenti, sono stati consegnati ai pazienti il questionario RAS-DS (Recovery Assessment Scale- Domains and Stages) (Hancock, Scanlan, Bundy & Honey, 2016). Sia il questionario che le interviste erano rivolte ad un campione di 50 partecipanti: 25 psicoterapeuti che hanno seguito persone che rientrano nella definizione di “*recovery*” e 25 persone da loro individuate.

Tutti i partecipanti sono adulti reclutati attraverso una forma di campionamento “a scelta ragionata”, non probabilistico, in cui le persone sono selezionate in base a delle loro caratteristiche. (Cardano, 2003).

Entrando maggiormente nello specifico, i ricercatori hanno contattato i vari psicoterapeuti che a loro volta hanno indicato alcuni dei loro ex pazienti o pazienti attuali

ritenuti idonei alla partecipazione. Ogni intervista è stata pensata e decisa con la piena collaborazione tra i partecipanti alla ricerca ed a seguito di un percorso di analisi e riflessione della letteratura e della metodologia.

Si descrivono di seguito più dettagliatamente i tre strumenti d'indagine utilizzati:

- Interviste semi-strutturate con professionisti e pazienti intervistati individualmente. La durata di ciascuna intervista era circa di quarantacinque minuti, un'ora al massimo. Le interviste venivano registrate attraverso l'utilizzo di un registratore.

Ci si focalizzava su come venivano raccontate le esperienze di “*recovery*” ed il ruolo avuto sia dalla rete sociale che dai servizi.

Esempi di domande:

- “Come descriveresti il disagio psicologico che hai vissuto? Come si è manifestato? Come lo hai affrontato/vissuto?”
- Interviste duali non strutturate successive alle interviste singole coinvolgenti assieme paziente e professionista. Dopo aver fornito un tema gli interlocutori venivano lasciati liberi di esprimersi senza la necessità di proporre loro dei quesiti. Tale intervista aveva la durata di un'ora od al massimo un'ora e mezza e sempre registrata.

Esempio di tema da proporre:

- “parlatemi della vostra relazione, cos'ha contribuito a renderla importante?”
- Questionario standardizzato: “Scala di valutazione del *recovery*: Domini e stadi” (RAS-DS) (recovery Assessment Scale – Domains & Stages). Questionario rivolto a soli 25 pazienti, composto da 38 affermazioni valutate su una scala libertà a 4 punti, utilizzato per valutare i 4 domini del *recovery*. La tempistica dedicata alla compilazione del questionario si aggirava intorno ai 5-15 minuti e avveniva subito dopo lo svolgimento dell'intervista duale.

Esempio di domanda:

- “ho persone su cui posso contare”.

Durante ogni incontro veniva seguita una traccia flessibile al fine di rispettare sempre la volontà ma soprattutto i silenzi stessi dei partecipanti che potevano in qualche modo modificare il corso dell'intervista stessa.

Gli strumenti venivano però tecnicamente utilizzati nel seguente ordine: inizialmente si procedeva con le interviste semi-strutturate per poi proseguire, nella giornata seguente, con le interviste duali al cui termine veniva consegnato il questionario.

L'intenzione era quella di condurre le interviste e di permettere la compilazione dei questionari di persona, rispettando le norme Covid-19, anche se alcune di queste procedure sono avvenute in maniera telematica.

È importante sottolineare come i partecipanti reclutati si autodefinissero disponibili e liberamente interessati in modo tale che la ricerca non potesse ledere in alcun modo il loro benessere psicologico.

Dopo il minuzioso reclutamento delle persone ritenute idonee all'indagine della ricerca stessa da parte degli psicoterapeuti, saranno proprio quest'ultimi ad illustrare gli obiettivi della ricerca, indagando su interesse e disponibilità alla partecipazione. Solo in caso di esito positivo verrà richiesta al ricercatore l'autorizzazione alla comunicazione del nominativo. Il ricercatore proseguirà quindi con il contatto e con la firma del Consenso informativo.

Prima della conduzione dell'intervista, veniva fornita ad ogni partecipante una descrizione della ricerca, dei suoi obiettivi e spiegato come fosse strutturata l'intervista stessa. Veniva poi sempre richiesto ai partecipanti di fornire, anche solo verbalmente, il proprio consenso. Per ogni partecipante era poi garantita la possibilità di ritirarsi dalla ricerca in qualsiasi momento lo ritenesse opportuno, senza necessariamente portare a termine le fasi previste.

Solo dopo aver completato questi quesiti il ricercatore acquisiva la facoltà di procedere con l'intervista.

## **METODO DI ANALISI DEI DATI**

La metodologia impiegata per l'analisi delle varie storie è l'analisi tematica: metodo qualitativo che permette ai ricercatori di individuare dei temi ricorrenti, dei fili comuni nel set di dati, delle etichette che si pensa possano riassumere e descrivere al meglio quanto è stato raccolto (Boyatzis, 1998).

Tra i suoi vantaggi emerge sicuramente la flessibilità: nonostante sia decisamente definito come un metodo realista/esperienziale (Aronson, 1994; Roulston, 2001), l'analisi

tematica risulta indipendente dalla teoria e dall'epistemologia garantendone l'applicazione ad una molteplicità di approcci. Questa propria caratteristica ha permesso il suo utilizzo per gli scopi della presente ricerca.

L'analisi tematica si compone di sei fasi (Braun & Clarke, 2006):

1. Familiarizzazione con i dati: conoscenza del set di dati attraverso la lettura e la rilettura dei dati testuali. Lettura che deve essere attiva, analitica e critica per permetterci di ripensare al significato dei dati e di familiarizzare con le informazioni raccolte, in modo da avere uno sguardo d'insieme.

Questa fase iniziale permette inevitabilmente di cogliere ciò che potrebbe essere rilevante per rispondere a quelle che sono le domande di ricerca.

2. Generazione di codici iniziali.

In questa fase si iniziano a codificare i dati contrassegnando le varie parti del testo, in questo caso dell'intervista sbobinata, con parole o frasi pertinenti che catturino l'essenza del contenuto. Si tratta di codici brevi, illustrativi e strettamente correlati rispetto al contenuto dei dati stessi. È importante codificare tutti gli aspetti dei dati legati alle domande di ricerca.

3. Ricerca dei temi.

I codici non coincidono con i temi: un tema "cattura qualcosa di importante sui dati in relazione alla domanda di ricerca e rappresenta un certo livello di risposta o significato modellato all'interno del set di dati" (Braun & Clarke, 2006, p. 82). Dopo aver generato i codici iniziali, questi devono essere raggruppati in potenziali temi che riflettono i modelli e le relazioni presenti nei dati.

In altre parole, si organizzano i codici in gruppi, temi, anche se non tutti rientrano perfettamente in una categoria. Questo permette di identificare le cosiddette aree di somiglianze e sovrapposizione tra codici in maniera di definire un primo insieme di temi (ed eventualmente sottotemi).

I temi sono tra loro indipendenti, ma dovrebbero anche riflettere uno schema coerente e significativo.

I temi non si trovano nel testo, sono piuttosto un prodotto che deriva dall'interpretazione del ricercatore il quale li ricerca in maniera attiva seguendo quelli che sono i suoi obiettivi e i presupposti teorici.

4. Revisione di potenziali temi.

È importante assicurarsi che i temi riflettano l'essenza dei dati e che risultino rilevanti rispetto alle domande di ricerca. Tale revisione può essere eseguita riferendosi ai criteri di "omogeneità interna" ed "eterogeneità esterna" (Patton, 1990), ovvero verificando che ogni tema sia coerente al proprio interno con le unità che lo compongono e che si possano cogliere le differenze tra i temi senza sovrapposizioni. Nel caso emerga qualche ambiguità, è possibile scartare dei codici o riposizionarli sotto un altro tema ridisegnandone i confini.

#### 5. Definizione dei temi.

I temi vengono denominati attraverso l'utilizzo di un'etichetta descrittiva e significativa rispetto al contenuto dei dati. Si comprende la validità di un tema nel momento in cui: ha un focus, non si sovrappone ad altri temi e risponde alle domande di ricerca.

6. Produzione del report: definire un resoconto completo dei dati. Ciò avviene interpretando i risultati, stendendo le conclusioni basate sulla domanda di ricerca. I risultati devono essere riportati in modo chiaro, conciso e organizzato e per farlo si possono utilizzare degli esempi che permettano di illustrare ciascun tema.

### **PRIMA DOMANDA DI RICERCA**

L'obiettivo che è stato posto per cercare di dare una risposta alla prima domanda di ricerca, "*Quale significato assume l'altro all'interno del processo di recovery per i partecipanti?*", è stato quello di indagare il ruolo dell'altro dalla "nascita", se così si può definire, del disagio psichico, lungo tutta la durata del percorso di *recovery*.

Per meglio giungere a delle riflessioni, sono stati utilizzati vari sottotemi con l'intento di esaminare, nonché fornire una linea guida per cercare di ricostruire le varie storie.

### **ALTRO COME FIGURA "OSTACOLANTE" NEL PROCESSO DI RECOVERY**

Con questo sottotema si è cercato innanzitutto di indagare quelle che possono risultare, sebbene non in via definitiva, le origini del disagio psicologico. Si riportano di seguito brevi parti di interventi come ad esempio:

*“si è manifestato con solitudine. Mi sentivo molto solo e cercavo negli altri quello che non avevo. Praticamente mi sentivo non uguale agli altri, differente dalle altre persone, vedevo gli altri molto più bravi di me, molto più pronti alla battuta di me, tutte queste cose...” (Enrico)*

Disagio che si manifesta a seguito di un senso di inadeguatezza, di incapacità rispetto alla figura dell'altro che risulta migliore. Senso di inadeguatezza anche rispetto alla propria fisicità: *“è cominciata nell'adolescenza, alle scuole medie. Io andavo a scuola ma siccome ero un po' robusto, cicciottello, venivo chiaramente preso di mira dagli altri ragazzi. Anche perché cercavo già di fare dei discorsi un po' avanti per l'età che avevo, cercavo di costruire già delle amicizie vere, come dire.. non la classica amicizia che si fa giocando a pallone.. Già allora cercavo qualcosa in più. Probabilmente mi vedevano in modo strano, come diverso e quindi venivo attaccato, sia per il mio aspetto fisico che per il fatto di volere qualcosa in più. Lì sono cominciate le prime cose.. poi avevo anche dei compagni di classe che erano ripetenti e facevano un po' i bulli. Lì è cominciata anche la paura, perché c'erano minacce, c'erano anche.. capitava di ricevere qualche sberla, qualche pugno, quelle cose lì, qualche spintone e così è iniziata anche la paura.” (Enrico)*

Da questo racconto ritorna la potenza dello sguardo che l'altro può avere per la nostra vita: sarà in grado di suscitare emozioni alquanto negative che portano alla chiusura della persona di fronte alla dimensione sociale e relazionale rispetto a cui ci si sente inadeguati.

*“dopo questo periodo mi sono un po' tirato fuori dal mondo. Andavo solo a scuola e non facevo altro, perché la gente mi spaventava. In quel momento, siccome la mente ha bisogno di qualcosa, di esser nutrita, se resti fuori da quella che è la socialità con le persone, la mente si crea delle cose un po'... delle paure, delle ansie, delle cose per sopravvivere.” (Enrico)*

Socialità intesa nella forte accezione di macrosistema che ti permette di vivere, socialità come forma di nutrimento. Tutto ciò che ne resta fuori crea sensazioni di “ansia”, “paura”, si viene a perdere in qualche modo il controllo.

Questa figura dell'altro inteso come ostacolo alla guarigione e che inevitabilmente ne devia il percorso:

*“stavo a casa parecchio per malattia, sempre per questa patologia, diciamo, perché è una malattia insomma e allora mi dicevano “eh sei sempre malato”, “cosa vuoi fare carriera, rimani nel tuo livello e arrangiati”, insomma, soddisfazioni poche”*  
(Alberto)

## **DEFINIZIONE DI RUOLI NEL RECOVERY**

Arriva poi un momento in cui si decide di dare significato alla propria vita e per farlo ed è proprio dalla ricostruzione di un senso di socialità che bisogna ripartire.

È bene innanzitutto ricordare quanto spesso sia la malattia a fare da vincolo alla partecipazione alla vita sociale, piuttosto che la volontà del singolo:

*“Arriviamo forse a capire che è malattia e non è volontà”*

*“Perché Maurizio non sta bene? Perché non si cura, perché non vuole! È la malattia che ti porta ad avere questa caratteristica”. (Sabrina)*

La psicoterapeuta Elena Faccio, nell'intervista duale assieme ad Enrico, definisce in maniera molto accurata il *recovery* come *“una formula di adattamento alle esigenze che la vita crea e che possono essere in alcuni momenti più faticose per l'insieme delle richieste che derivano proprio dall'essere dentro contesti di vita”*.

L'uomo, come essere sociale, si ritrova a dover rispondere a quelle che sono le esigenze della realtà e per le persone che soffrono di disagio psicologico, definire dei ruoli risulta quasi, riprendendo le parole della Dottoressa Faccio, trovare *“un manuale di istruzioni”*.

A tal proposito, nel caso del suo paziente Enrico, ella intende il *recovery* come un *“percorso di conoscenza”* in cui si viene a riscoprire in qualche modo la persona che si è oltre ai problemi. Percorso di conoscenza che si co-costruisce assieme all'altro definendo insieme la strada per il cambiamento. Enrico e la dottoressa hanno cominciato andando a *“cambiare un po' i ruoli. In una fase iniziale, io nei confronti di Enrico mi sentivo percepita come la maestra che gli dava i compiti”*.

Innanzitutto, si vanno a ridefinire i ruoli:

*“Quindi all'inizio era proprio un ruolo di chi impartiva dei doveri e chi seguiva quei doveri e..poi, invece, piano piano, conoscenza è diventato un “guardiamo, ci mettiamo sullo stesso lato del tavolo e insieme il nostro interlocutore diventa il tuo modo di gestire, di ragionare rispetto alle situazioni, ma lo guardiamo insieme; non più io*

*maestra e tu allievo che esegui e obbedisci; però ci è voluto un po' di tempo per trasformare la complementarità del rapporto”.*

*“Se l’altro non è in grado di insegnarti le cose per bene fa danni” (Enrico)*

Abbiamo infatti il racconto di Ahmed che ha preferito procedere in autonomia in quanto molto scettico del ruolo, nonché della figura del medico:

*“non mi fidavo neanche più del medico di base, perché secondo me aveva sbagliato all’inizio l’indirizzo a cui mandarmi. I medici non erano in grado di capire. Io non faccio delle colpe, ma i medici.. tendono a giudicare invece di capire la persona. Ho cercato sulle pagine gialle e ho trovato una terapeuta ma anche lì.. con il senno di poi, ho capito che non faceva per me. Perché lei praticamente prendeva il mio posto. Qualsiasi cosa io avessi, mi diceva “tu non ti preoccupare, se succede qualcosa è colpa mia”. Però io facevo fatica a ritrovare me stesso così. Se tu prendi il mio posto capisci che mi incasino ancora di più”*

Ognuno deve mantenere il proprio ruolo attivo all’interno della relazione che deve risultare collaborativa, supportante, incentivante ed in cui si deve eliminare qualsiasi forma di autoritarismo sull’altro. Come denuncia infatti Enrico, *recovery*:

*“È creare un rapporto su delle basi ...paritetiche non di differenze, altrimenti non si creava il rapporto con me. Se cioè trovavo il terapeuta che si metteva a dire cosa dovevo fare, che lei sapeva tutto..ossia lei non ha mai detto “fai questo che con questo stai meglio”, nel senso..abbiamo cercato delle strade assieme”.*

*“mi serviva qualcuno che mi ascoltasse. E qualcuno che mi desse...un ruolo da svolgere.”(Ahmed)*

Importanza nel definire dei ruoli che mettano però sempre al centro il benessere della persona e la sua capacità di poter cambiare.

*“Perché è più semplice chiuderli nel manicomio e prendere una persona dicendo: è troppo pazzo, non lo curiamo”. (Enrico)*

Quando invece *“credo che l’avvicinarsi ad una persona non possa fare male, cioè non.. cioè fa sicuramente meno male che prendere una scatola di pillole”. (Enrico)*

Ruoli diversi che si vanno a fondere in una circolarità in cui l’altro ha potere trasformativo e riflessivo anche rispetto al proprio ruolo professionale. È il caso di Michele, psicoterapeuta di Antonio che, a partire dalla relazione con Antonio, rivede anche la sua stessa pratica terapeutica:

*“La cosa che mi colpisce, Antonio, è quando tu dici che il nostro rapporto si è.. è diventato significativo quando non poteva non interessarci che cosa stava provando l'altro e il nostro modo di stare in relazione non poteva che non risentire di quello che l'altro provava; ossia io stavo anche un po' come stava l'altro, l'altro stava anche un po' come stavo io. Quindi questa fusione di circolarità, di come si contaminassero le giornate, gli sguardi e comunque le reazioni... L'effetto che provavo sull'altro, mi ha permesso di scoprire me stesso. Anche per me Antonio è stato un innovatore per il mio ruolo; mi ha concesso di farmi delle domande su cosa o come per me potesse essere significativo intendendo dentro la mia, passami il termine, pratica terapeutica.*

*Tante volte Antonio mi aveva messo, come sta facendo adesso ma adesso siamo nella disponibilità di poterlo fare, su di un piedistallo. Sentivo molto forte il peso del trovarmi nel posto prezioso che Antonio mi aveva assegnato, cosa che io volevo anche un po' rifuggire. Antonio mi aveva messo nella condizione di sentirmi tanto il promotore del suo cambiamento, tanto quello che spostava l'asticella a destra o sinistra, qualunque cosa io facessi.” (Michele)*

Importante l'accezione di relazione come “fusione di circolarità”: insieme verso la costruzione e ricerca del proprio sé grazie allo sguardo, al ruolo dell'altro.

## **FORZA DEL DIALOGO E DELLA NARRAZIONE NEL PERCORSO DI RECOVERY**

Oltre al tema dell'importanza nel definire i ruoli, del ruolo che l'altro può assumere, ci si è soffermati sull'importanza del dialogo e della sua funzione nei percorsi di recupero.

*“però le persone a cui sta a cuore il tuo benessere, che vedi ti danno retta e ci scambi una parola, anche se di scherzo, ti aiutano tanto...” (Andrea)*

Qui ritorna il tema della parola, dello scambio di parola che si traduce in dialogo, dialogo che ti aiuta. Dialogo che, come approfondito nei capitoli precedenti, permette di ricostruire la realtà ed il modo che abbiamo di vederci nella società. Dialogo che al tempo stesso può risultare monologo nel momento in cui ci mette di fronte anche allo sguardo che l'altro ha nei nostri confronti. Il dialogo deve invece diventare uno “scambio”, una risorsa per il cambiamento, una strategia per tutto ciò che riguarda lo stigma sociale.

La realtà, il modo che abbiamo di vederci è frutto di dialoghi, nonché di costruzioni sociali, tradizioni differenti che vengono messe a confronto. Solo conoscendo l'altro,

parlando con l'altro possiamo assieme ripensare a delle nuove possibilità per una vita migliore. Bisogna ripensare al *recovery* come una narrazione:

*“Parlare con lui mi ha fatto capire che oltre al passato c'è anche il futuro..che i miei desideri potranno diventare realtà con il tempo”.*

*“Abbiamo capito che per descrivere il futuro bisogna passare per il passato, dare una narrazione, un significato diverso”. (Isacco)*

Per poter quindi dare un nuovo sguardo alla realtà è bene partire proprio dalla costruzione di nuove narrazioni iniziando dall'ascolto della storia di vita dell'altro, momento prezioso in cui si creano veri e propri momenti di condivisione utili ad entrambi gli interlocutori:

*“Non c'è sempre una sfida ma piuttosto una condivisione di esperienze e le esperienze son sempre super preziose” (Isacco)*

*“..poi hanno anche dei bei ricordi perché allora quando Maurizio era all'inizio della malattia ci sono i miei ragazzi che mi dicono "ma sai mamma che mi rendo conto adesso quando andavo con lo zio Maurizio che mi faceva guidare la macchina in mezzo alla neve in quel momento sicuramente aveva un momento magari che non va ma per noi è stato bellissimo ci ha lasciato fare delle cose che (sorride), ci ha insegnato a sciare.”*

*(Sabrina)*

Di nuovo la forza del racconto, della condivisione di storie passate che permettono di vedere oltre ad uno semplice stato di disturbo mentale. Momenti di condivisione che emergono anche tra psicoterapeuta e paziente, in cui i ruoli sembrano per un attimo svanire e si viene a creare una forte reciprocità:

*“Enrico quello che mi stai dicendo tu mi sta cambiando la vita. Cioè riconoscere il fatto che tante volte erano incontri con una reciprocità di scambio potente”. (Elena)*

Potere che la parola stessa ha nell' acquisire migliore consapevolezza di ciò che si è, ciò che è l'altro e di ciò che si può essere assieme:

*“Parlando prendiamo consapevolezza di quello che facciamo assieme, di quello che possiamo arrivare, che possiamo contribuire a fare, anche da un punto di vista emotivo. Noi si corre sempre..si corre sempre ti o sé, che noi corriamo..e a volte fermarsi e avere la possibilità di raccontarsi serve tantissimo, quindi grazie”. (Isacco)*

## L'UMANITA' NEL PROCESSO DI RECOVERY

Molti fra i partecipanti hanno tradotto come la forza del *recovery* stia nell'amore, nel donare e donarsi, riferendosi molto spesso al termine "umanità, essere umano" come qualità da ritrovare nell'Altro per garantire un certo senso di sicurezza ed appartenenza nel percorso verso il cambiamento:

*"Io volevo la presenza umana, qualcuno che mi desse la forza di trovare una strada per cambiare".*

*"Ecco quando ho cominciato a stare bene io, vedevo che le persone mi sorrid.. io sorridevo e vedevo che le persone mi sorridevano, allora hai capito è un'altra cosa... Invece se io sono triste, così, l'altra persona magari ti riflette tristezza, dici.. è bello essere solari, è bello. Allora la guarigione è quella."*

*(Adriano)*

Adriano parla metaforicamente di guarigione come il sorriso dell'altro nei tuoi confronti che inevitabilmente ti permetterà di sorridere alla vita. Emozioni, in questo caso positive, che l'altro fa suscitare e che illuminano la strada da seguire verso la guarigione. Andrea parla invece del processo di *recovery* come un percorso di amore, in cui per amore si intende donarsi all'altro senza nessuna maschera.

*"Essere me stesso cioè amore, e trovare negli altri quello che sono io: amore.*

*G: Cosa intendi, come lo potresti spiegare meglio questo amore?*

*R: Eh, dono di sé è importante..*

*G: Per dono di sé si intende?*

*R: Donarsi, essere liberi, tirare via le maschere, essere sé stessi..."*

Amare indipendentemente dalla malattia:

*"Sì perché.. non so se ti succede per strada che vedi le persone spoglie, no? Libere. Anche uno che ride o che canta, che te ne frega, cioè non bisogna guardare la diversità, bisogna guardare il male di una persona, lì andare a... come i dottori del tumore vanno a vedere il tumore, non vanno a vedere se uno veste in jeans oppure se uno va in giro in pigiama, poi ci sono delle regole un po' così nel mondo, però bisogna guardare... L'amore." (Adriano)*

Dagli esempi riportati fino ad ora si può comprendere come il processo di cambiamento sia un processo graduale di dare e avere; donando all'Altro si riceverà a sua volta qualcosa ma senza imposizioni. Si tratta di concepire l'Altro come figura di

riferimento ripensando inoltre alla relazione come luogo in cui mostrarsi per ciò che si è, con le proprie fragilità ed emozioni che devono emergere:

*“Quando ho cominciato a vedere la gente che non era così..come dei mostri..come me li immaginavo, praticamente. Quando ho visto della normalità, adesso pecco di modestia ma vedo tanti fantasmi in giro praticamente, gente che non si fa conoscere, gente che vive una vita senza emozioni, cioè. Che alla fine viviamo per quelle, per le emozioni, se le perdiamo viviamo male.” (Enrico)*

Il processo di *recovery* prevede inevitabilmente il coinvolgimento in un forte stato emotivo. Dal sorriso dell’Altro, dalla paura dell’Altro si passa ad amare sé e l’Altro. Tutti questi stati d’animo sono legati ad un unico filo conduttore: costruire una relazione con l’Altro che non dovrà esserti nemico. A tal proposito appare rilevante la considerazione che Enrico fa rispetto alla propria terapeuta Elena circa ciò che gli ha permesso di creare un forte legame tra loro:

*“Per me si è creata la fiducia. Io sono diffidente di natura, ma di mio, ma quando mi fido un po’ ti do quello che vuoi, mi ci metto, non ho difficoltà. Chiaro che ci metto un po’ di tempo, perché la mia storia mi ha fatto capire che bisogna metterci un po’ di tempo prima di fregarti, quando ti fregano due tre volte anche uno un po’ stupidito ci pensa prima di farsi fregare un'altra volta.*

*A: cosa ti sei accorto che Elena ha fatto per far sì che tu ti potessi fidare?*

*R: ma... si è fatta vedere come è, fragile, che ne so, si è fatta vedere umana.”*

Umanità come parola ridonante nel percorso di *recovery*, essere “umano” inteso non solo da un punto di vista professionale ma anche relazionale, così da costruire una relazione bilaterale da cui entrambi i soggetti escono più forti.

*“ho percepito da parte sua un voler capire come ero fatto e un voler crescere assieme...”*

*“Si è messa su una sedia con un pancione della madonna (ahaha), faceva fatica a respirare e ha perso un'ora e mezza con me. Questo per me ha fatto la differenza. Quando sono tornato a casa ho pensato a quella cosa lì, non a quello che mi ha detto, anche se mi ha raccontato una storia bellissima, veramente bella, commovente, però il fatto che ha perso un'ora e mezza quando ha fatto fatica a respirare per me ha fatto la differenza.” (Enrico nei confronti della psicoterapeuta Elena)*

Umanità come elemento distintivo del cambiamento, come “*segnale di investimento che va al di là di regole e rituali consolidati.*” (Elena, psicoterapeuta)

## **SECONDO OBIETTIVO: INDAGARE IL RUOLO DELL’ALTRO SIGNIFICATIVO: FAMIGLIA**

Per approfondire meglio tale domanda di ricerca, mi sono servita anche in questo caso di alcuni sottotemi definiti analizzando alcuni passaggi che maggiormente si dedicavano od introducevano al racconto della propria storia di famiglia rispetto alla malattia. Famiglia che assume diverse sfumature di valore: famiglia come figura di supporto, famiglia intesa come sistema sociale che fatica a comprendere.

La seconda domanda di ricerca indaga più nello specifico quanto la rete familiare possa favorire o meno il processo di *recovery*. Si propone soprattutto di analizzare quanto la storia familiare possa in qualche modo fare da background per lo sviluppo dello stesso disturbo psichico.

Questa indagine nasce dall’interesse generato a seguito della riflessione proposta nel secondo capitolo di tale tesi: in questo ho approfondito tre pratiche collaborative in grado di favorire il percorso di *recovery* grazie ad un lavoro di forte sinergia che coinvolge la rete sociale nella sua totalità, dalla famiglia alle istituzioni di riferimento.

## **FAMIGLIA COME SOCIETÀ’**

*“Sì, io vengo da una famiglia che siamo 5 fratelli, uno è morto due anni fa, 5 fratelli, e ho vissuto tranquillamente fino ai 15 anni, fino ai 15 anni sai, 5 fratelli, papà e la mamma, è come una società alla fine è una società, è bello avere fratelli, perché si impara a vivere anche nel sociale, no? Nella vita serve.” (Adriano)*

Dal racconto di Adriano ritorna l’importanza della dimensione sociale nelle vesti della famiglia intesa come società. Società composta in questo caso da fratelli e sorelle, dalla mamma e il papà, una specie di microsistema che permette di costruire il tuo essere sociale ed al tempo stesso di imparare a vivere nel sociale. Dimensione fortemente legata a dei valori che in questo caso si vanno a costruire tra le mura domestiche. Famiglia come luogo primario che permette di interfacciarti poi con il grande mondo della comunità fatto di altrettante regole e principi.

*“mia mamma mi ha guardato e mi ha detto "Io ti ho iscritto ad una scuola di meccanica, elettricista"... Io sono stato lì.. ho guardato mio papà negli occhi e ho detto "Ma papà, guarda che anche alle medie mi hanno detto.. vado bene in italiano, eccetera, liceo" e lui mi ha risposto "Fai un sacrificio" e il sacrificio l'ho fatto perché poi sono andato con la scuola e ho cominciato, sai io vengo da un paese perciò le regole sociali, positive, sono ancora valide nei paesi, anche adesso, in città forse meno” (Adriano)*

Piccolo paese in cui le scelte fatte verranno però giudicate come opportune o meno dopo il raffronto con canoni imposti da seguire. Modelli preimpostati, co-costruiti dai membri della società che in qualche modo “ti si dovevano cucire addosso”. Modelli che spesso fanno riferimento ad un antecedente periodo storico in cui vigevano valori che mal si adattano o comunque non si aggiornano rispetto all’evoluzione ed al progresso che il periodo contemporaneo porta con sé.

Società che “impone” delle regole sociali che la famiglia si sente di dover tramandare, rispettare per non risultare anomala. Così avrà un maggiore senso di appartenenza ad un contesto evitando di rimanerne isolata e conseguentemente schiacciata. Principi che molto spesso però non si adattano o rispondono a quella che è la persona ed a quelli che sono i suoi interessi e bisogni. Paradossalmente Adriano voleva seguire il suo interesse per le lingue, approfondendo in particolare quella italiana. Significativo il termine “sacrificio” che emerge dal suo racconto, concetto che è stato interpretato come rinuncia deliberatamente subita per rispondere alle regole ed ai valori socialmente costruiti all’interno di un paese, anche se piccolo.

## **SOCIETÀ/FAMIGLIA COME MAESTRO DI VITA**

Società che divulga modelli che la persona viene inevitabilmente portata a far propri, sebbene non condivisi:

*“Diciamo che figure precedenti hanno un po' rafforzato l'idea allievo-docente che aveva un sapere più grande su di lui, e quindi lui doveva mettersi a prendere appunti, imparando dall'altro e non da sé stesso” (Elena)*

Affiora indirettamente un'altra metafora: quella dell'allievo e del maestro. La figura dell'allievo rievoca la persona che soffre di un disagio psicologico. La rete familiare assume invece il ruolo centrale del maestro, figura saccente, superiore da cui si può solo imparare. Non viene però garantita la possibilità di esprimere il proprio pensiero, di far

uscire la propria e di esternare un proprio momento di fragilità. Al cospetto del maestro l'allievo ha il solo compito di "prendere appunti", prostrandosi alle sue parole considerate unica soluzione possibile, unico scenario preimpostato per vivere la propria vita in una società precostituita da regole e principi invalicabili. Società fatta di monologhi e non da dialoghi, che non si apre ai differenti punti di vista.

*"(..) il fatto di cominciare a far domande a 13-14 anni, c'era qualcosa, è che purtroppo mi è stato detto "no, non è così, non devi fare così" di conseguenza mi sono convinto per anni che era uno sbaglio quello che facevo". (Enrico)*

Domande per costruire un sé che viene in qualche modo negato, limitato ad una posizione di inferiorità, dimensione in cui ci si convince di essere sbagliati e di non avere vie di uscita. Società che vede la malattia come qualcosa di "anormale", diversa e limitante: un'eccezione alla regola, che ti estrania anche dal tuo stesso luogo di appartenenza. Si finisce per non sentirsi più parte di una comunità e progressivamente si vengono a perdere tutte quelle figure che si consideravano di riferimento.

*"ho avuto una famiglia che non mi ha fatto mancare niente però era una famiglia vecchio stampo, con un padre molto autoritario, sempre ... parlava solo lui, non si poteva pigliare iniziative, ho fatto le scuole che ha voluto lui, ho fatto il militare perché l'ha voluto lui, quando volevo fare servizio civile, mi sono preso anche la tubercolosi, e va beh..." (Maurizio)*

Risuona in questo racconto il termine autoritario piuttosto che paritario, la mancanza di dialogo che si traduce in monologo. Si viene ad accettare ciò viene detto senza controbattere, nonostante induca anche ad una forma di sofferenza, in questo caso fisica. Questo è il risultato di una mancata conversazione collaborativa, di supporto, coinvolgente tutti gli attori in questione. Storie di vita simili cui principio comune è accettare quello che ti viene detto senza porsi troppe domande perché è la società, intesa come famiglia, a scegliere indirettamente per te. Società rappresentata quindi anche sotto le vesti di rete familiare a cui viene sollecitata invece una forma di comprensione, di aiuto anche se non richiesto:

*"ma... che appunto... sono (?), vivendo nella solitudine, riesca a cavarmela in qualche modo da solo, vorrei essere compreso un po' di più dai parenti e poi ormai i parenti sono tre: mia sorella e i miei nipoti, perché mio cognato purtroppo è morto anni fa. (Alberto)*

## “SEI PIÙ DI COME TI COME TI DESCRIVONO”

Rispetto a questo tema invece il focus vira su quella che può essere la risoluzione di fronte ad una società, ad una famiglia che si pone da ostacolo al cambiamento o su come risulti essa stessa fonte primaria della sofferenza. Il cambiamento deve essere in primo luogo per Sé stessi, ecco come in questo caso i partecipanti sottolineano l'importanza di un lavoro volto sul Sé.

*“perché io ho pensato del mio cambiamento, per tanto tempo era "Ditemi chi devo essere, cosa devo fare per andà bene e io lo faccio". Un soldato con il pugnale in bocca pronto alla morte, che è un po' il mio modo di fare con la palestra, col lavoro e con tutto. Però oggi lo è in modo sano, tanto è vero che, a un certo punto non era più "Ditemi chi devo essere", ma stavo cercando di gestir quello che accadeva e fare quello che facevo senza che avesse ritorsioni sulla mia vita.” (Antonio, Michele facilitatore)*

Tra i principi del *recovery* ritroviamo infatti l'importanza di recuperare un significato che sia personale nell'esperienza della propria malattia, nel proprio processo di guarigione. Importante mantenere un'aspettativa positiva, la speranza nel credere che sia possibile raggiungere gli obiettivi poiché il Sé è di gran lungo maggiore di quello di quello che le persone intorno descrivono. Ciascuno deve avere la possibilità di costruire un progetto di vita, di definire un'identità diversa, positiva, che vada oltre a quello che gli altri pensano tu sia.

*“Michele, quello che ti stanno dicendo segnate, ma poi quando incontro Antonio dimenticalo” in quanto l'immagine che veniva presentata di Antonio e anche la sua problematicità era tanto ancorata a quello che veniva raccontato di lui e quello che lo abitava anche proprio rispetto alla sua famiglia, il nucleo familiare; quindi, c'era veramente questa accezione forte del nucleo familiare, tanto che Antonio veniva raccontato un po' come, diciamo l'unico che se dovessero aver scelto, cioè se avessero potuto scegliere tra i vari fratelli, l'unico che potenzialmente si poteva salvare e però era ancora molto distante dalla possibilità di farlo, che però intanto bisognava fare dei tentativi.” (Michele, operatore di Antonio)*

In questo caso a parlare è Michele, operatore di Antonio, il quale, a seguito di una prima conoscenza sommaria circa la storia di Antonio, non si limita a ciò che gli viene presentato da altri ma cerca di andare oltre la sua storia familiare legata ad episodi di

abuso e dipendenza da sostanze tossiche. Cerca di non associarlo a priori al suo passato, in un certo senso dimenticandolo, per non esserne influenzato in modo da costruire una nuova storia partendo dalle parole del vero protagonista.

*“ Siccome non penso che i tentativi ed errori siano qualcosa che ci permette di andare oltre il tentativo stesso, nel momento in cui è arrivato Antonio ho cercato di capire lui, di collegarmi a lui, cercando un po' di uscire da quella che secondo me era il racconto che faceva il servizio e cercare di provare a portare il discorso verso altre direzioni, magari un po' più legate alle passioni, a qualcosa che potesse essere di interesse comune piuttosto che solamente centrato sul consumo di sostanze e la sua storia familiare, cosa che secondo me lui era comunque pronto a raccontarmi nell'incontro, cioè si aspettava anche, insomma, che sarebbe successo, ecco. E quindi, questo.*

*Mi ricordo proprio che quell'incontro lì, la mia attenzione è stata proprio nel cercare di far sì che il discorso che un po' lo abitava prima e che quindi lo precedeva e l'ha preceduto e quello che lui si sarebbe aspettato che sarebbe dovuto succedere, potesse essere qualcosa da rimandare ad altri momenti, non in quell'incontro lì, cosa che adesso sentendo Antonio un po' mi si collega dentro al fatto che ci siamo raccontati dell'altro, ci siamo raccontati di passioni, ci siamo raccontati un po' più del fatto che era papà, del fatto che avesse fatto delle scelte nella vita, ma che comunque non fossero tutte vincolate dentro all'uso di sostanze.”*

L'operatore Michele utilizza un'espressione molto forte: collegarsi. Collegarsi è un'azione quasi spirituale, incontrare una persona nella sua essenza cercando di stabilire un legame con questa. Le passioni sono ciò che ci accomuna in quanto esseri umani ed è da queste che Michele ha deciso di partire per poter stabilire una relazione con Antonio decisamente personalizzata essendo le passioni diverse per ciascuno. Passioni che lo rendono umano nonostante la malattia, che emergono come punto di forza, e che permettono di costruire un dialogo compreso da tutti. Benessere legato alla possibilità di collegarsi, di sentirsi parte di una società, di più relazioni in cui essere Sé stessi.

Rilevante però soffermarsi su quanto per Antonio fosse scontato che si parlasse principalmente della sua dipendenza dall'uso di sostanze piuttosto che della persona, del padre che era, delle sue passioni. Come se il racconto della malattia venisse prima del racconto della persona o fossero comunque un tutt'uno; cosa in qualche modo accettata dalla persona stessa quasi fosse un'etichetta identificativa.

*“Guarda Mich, io mi ricordo con precisione quello di cui parlasti: mi ricordo che la maggior parte del tempo, sta cosa mi stupì in quel momento, me parlavi dei ragazzi che andavano a scià sullo show, che andavano a fa questo, che andavano a fa quello, e in quel momento io me so reso conto che non avevo fatto mai niente di tutto questo. E con quello mi hai catturato.” (Antonio, paziente di Michele)*

Discutere piuttosto delle passioni, magari nascoste oppure mai esperite a causa della malattia. Queste coinvolgeranno invece il protagonista inducendolo a pensare ad una soluzione, alla possibilità di vedere oltre la propria situazione attuale. Potrà mirare ad uno stato in cui sarà possibile raggiungere il benessere partendo anche da ciò che per gli altri potrà sembrare invece scontato o addirittura da ciò che gli è stato impedito.

## **CAMBIAMENTO COME RISCATTO SOCIALE**

*“Ma Antonio io lo capisco perché tu venivi raccontato davvero, in alcuni casi, è stato detto, come una persona antisociale, come una persona sicuramente fuori dalle righe ma come se non fosse fuori dalle righe per merito.. perché tu lo sceglieessi... ma perché fosse genetica. Il fatto della questione familiare è come se tu fossi stato modificato geneticamente e che tutto attorno a te fosse così proprio come eri tu in quella situazione lì, e che non potessi prescindere da quello. Per quello, anche da un certo punto di vista venivi raccontato in un discorso quasi di impossibilità di cambiamento, ma di tentativo di cambiamento.” (Michele, operatore di Antonio)*

Sofferenza psicologica intesa addirittura come geneticamente preordinata e da cui non si può dunque prescindere. Viene nuovamente dimostrata l'ignoranza della rete familiare sul tema stesso di malattia mentale che si serve, a tal fine, di termini medici esplicativi. Quasi come se la dipendenza fosse legata a neuroni geneticamente trasmissibili al figlio che si troverà ad accogliere passivamente il proprio designato destino senza apparente via di uscita.

*“Però mi hai toccato proprio.. Cioè nel senso, tutto questo che dicevano lo vedevo anche in me stesso, nel senso io a me stesso raccontavo come quello che non sarebbe potuto cambiare perché era quello; cioè, era un Lupis, era una famiglia... cioè guardando tutta la storia pregressa della mi famiglia, io ero sicuro di continuare a portare quel testimone. Ne ero certo.”*

Il *recovery* permette di andare oltre, come abbiamo visto, alla mera considerazione di salute mentale quale condizione stabile, duratura; sottolinea piuttosto la possibilità di progredire verso una nuova situazione in cui il cambiamento sarà possibile grazie all'aiuto della dimensione sociale. Ed è proprio da questa, come si evince dal racconto sovrastante, che bisogna partire; bisogna lavorare partendo dalle relazioni nocive passate e presenti per poter ricostruire nuovi significati.

*G: Non ho mai pensato che fossi un caso perso, eh. Mai. Mai, mai. Perché non so cosa voglia dire "caso perso", in sé.*

*X: Adesso nemmeno io lo penserei di qualcuno.*

*G: Eh, non lo penserei di nessuno, mi domanderei il tipo di relazione che si è creata con una persona, a un certo punto, per poter dire: "Questo è un caso perso", ecco, quale sia la relazione."*

Ciò che siamo lo dobbiamo, nel bene e nel male, al nostro passato, alle nostre storie di vita, alle relazioni che ci hanno permesso di diventare esseri sociali nel qui e ora. Il passato, come sostiene Antonio, non è quindi da cancellare ma piuttosto ciò da cui dobbiamo partire per costruire una nuova narrazione di noi stessi, facilitata dal fatto che sappiamo cosa non vogliamo essere. Questo è infatti ciò che sostiene Antonio:

*"La persona che sono è grazie a quelle cose che mi sono accadute, ho imparato nuove cose, nuove competenze per poter gestire cose che mi accadono oggi... Mentre prima, cioè vedo pure il risvolto positivo, mentre prima se mi accadeva una cosa brutta: "Ah, mi è accaduta una cosa brutta. Bum, morto." Ho imparato a capi che le cose che ti accadono non ti portano solo risvolti negativi, anzi... Per quanto io sono un pessimista e veda solvi male nelle cose, il marcio, però ho imparato a fa' anche quello"*

*"Nel primo momento era proprio l'idea di "riscatto", antitetico rispetto a quello che era, ovvero "Sono uno che fa i casini, sono uno schifo, sono immondizia, sono la feccia. Devo essere pulito, perfetto, preciso. Devo mantenere fede ai miei principi, devo avere sani questi principi, devo cambiare, devo essere l'esatto opposto di quello che sono." Poi, secondo me si è trasformato ed è diventata l'idea di potersi sentire collegato con il mondo, sentire che stava nel posto dove voleva stare, con le persone con cui voleva stare e che niente gli avrebbe tolto la possibilità di modificare una situazione in funzione di quello che lo faceva star bene. Era proprio un'idea di non avere un preconcetto di quello che è benessere ma poterlo costruire con le persone sentendosi collegato con loro.*

*Quindi è passato un po', secondo me, da un'idea di "Ditemi cosa devo fare e io lo faccio" oppure "Questo è il modello che devo rispettare, lo rispetto", e questo comunque è stato utile, perché comunque ha permesso di guardare anche altrove, ma poi è stato anche, secondo me abbastanza limitante, in quanto si rendeva conto anche lui che non poteva essere un idealismo, non poteva essere perfetto e non ubriacarsi mai più o dover essere non più "figlio di...": comunque, non poteva prescindere dalle cose che era e sarebbe stato e sapeva anche lui che sarebbero tornate; da un altro, la differenza di poter stare in relazione con le persone, quindi creare il benessere nel sentirsi parte, nel sentirsi legato, collegabile, accettando tutto ciò che si poteva accettare in una relazione"* (Michele)

“Siamo noi a creare la storia con la nostra osservazione, e non la storia a creare noi.” (Stephen Hawking)

## **OPERATORE INTESO COME MEMBRO DELLA FAMIGLIA**

In questo sottotema si vuole tornare a riflettere su quanto sia possibile invece ripensare a nuove relazioni sociali più positive. Relazioni che possono nascere anche a seguito di storie di vita in cui la dimensione sociale sia apparsa esclusivamente come ostacolante. Di seguito alcuni esempi di relazioni costruite proprio durante la malattia, talmente profonde da aver assunto ed in alcuni casi sostituito, la rilevanza di un membro della famiglia. È il caso di Antonio il cui rapporto con l'operatore di riferimento è evoluto al punto di considerarlo come un padre.

*“ Sì, ma non è solo una protezione perché io stavo male vedevo che lui stava male con me, si viveva quello che vivevo io ma stava male anche lui...cioè tanto è vero che per un periodo è stato, Michele è stata una figura paterna per me, cioè deluderlo era come deludere, per quanto in quel momento, dopo sarebbe stato poco produttivo, in quel momento per me è stato produttivo perché comunque l'ho visto come il padre che non ho mai avuto o che ho avuto e non ho saputo descrivere, perché comunque oggi, anche grazie a Michele, il rapporto che ho con mio padre l'ho rivalutato tutta la storia con mio padre. Però ecco, giorno per giorno.”*

Operatore che non assume più solamente un ruolo protettivo ma diviene quasi un tramite, un ponte che permette di ricostruire legami con la famiglia. L'idea stessa di

guarigione cambia e viene intesa ora con un'accezione più sociale. Si parla quindi di guarigione sociale poiché l'intero processo coinvolge tutti gli utenti.

*“è successo che si è messa in scena la potenza di una relazione tra un operatore e un ragazzo, tra un terapeuta e un ragazzo che è solamente...lui è stato il primo che mi ha fatto pensare alla “co-terapia”, cioè al fatto che quando succede qualcosa, succede dentro al fatto che è terapeutico; ma non quello che io sto facendo, è terapeutico ciò che sta accadendo in quel momento lì e lo è per entrambi, non può che esserlo. Non può esserlo solo per ognuno, o lo è per entrambi o non lo è. Sapendo che per ognuno si declina in modo differente. Poi la bellezza e la specialità del rapporto è che nella maggior parte dei casi non hai la possibilità, come adesso, di poterti dire cos'è che è stato terapeutico che l'altro abbia fatto per te. Nella specialità di una relazione come questa e nella bellezza, ma forse anche nell'utopia di come dovrebbero essere concluse le terapie, questo sta avvenendo: cioè a un certo punto qualcuno dice che cosa è stato terapeutico per l'altro.”*

*“Per quanto gli possa raccontare, mi può raccontare o ci possiamo raccontare che siamo usciti dal ruolo padre figlio che si era creata in comunità, realmente non ne siamo proprio usciti, nel senso, la sensazione è che si sia evoluta, cioè sicuramente si è evoluta ed è diventato un fratello, non so quello che è, ma io da quella sensazione non ne sono mai uscito, lui non lo so.”*

Rapporto che permane anche conseguentemente al periodo di malattia solidificandosi nel tempo. Michele non rimane un semplice operatore, Antonio lo definisce un fratello, una figura di riferimento, una relazione positiva costruita grazie alla fiducia, alla stima reciproca e ad un rapporto basato sul rispetto e la continuità.

*“è come se io provo non lo so a costruire una casa e mentre la costruisco dico “sta casa cadrà sicuramente, fa schifo, le fondamenta sono di merda” e c'è un muratore, un ingegnere lì con te che ti dà dei piccoli accorgimenti, ti guida e ti dice credi in te stesso e ti domandi “ma questo come fa a credere che farò un castello quando io penso di stare a costruire una casa che casca dopo 3 minuti” cioè comunque questo incide, è una cosa che aiuta tanto. È che è un mondo... un groviglio talmente grosso e carico di emozioni che non saprei come arrivare al capo.”*

Rapporto che mira al cambiamento grazie ad un lavoro di collaborazione. Significativa la metafora della casa per rappresentare la relazione: collaborando,

mettendo insieme pezzo per pezzo, dalle fondamenta si può costruire una casa solida e sicura. Processo di costruzione metaforicamente inteso come processo di guarigione, processo graduale e non privo di ostacoli, e casa come risultato di quest'ultima permessa dall'apporto collaborativo di ciascuno.

## **EDUCARE LA FAMIGLIA AL DISTURBO PSICHICO PER GARANTIRE IL RECOVERY**

Per quanto la famiglia sia emersa fino ad ora con il ruolo di sistema autoritario, poco comprensivo, legata a rispondere soprattutto ai modelli della società piuttosto che ascoltare e dialogare rispetto delle esigenze della persona sia essa figlio, parente o marito, da altre storie si evince quanto invece essa stessa abbia contribuito nei termini di *recovery*.

*“non fai male a te stesso perché dopo non sarai solo tu, non esisti solo tu, esistono altri che stanno intorno a te, devi pensare...non dico devi pensare...in quel momento dovevano venire...se c'è qualcosa, io lo definirei un amore verso qualcuno. Può essere anche un cavallo, un animale, no? Se io amo un cavallo e dico “mamma mia io mi uccido” e dici “ma quel cavallo a chi rimane?” (Ahmed)*

*Recovery* nuovamente nell'accezione di amore, perché il lungo e graduale processo verso la guarigione coinvolge tutti, non solo la persona malata ma l'intera famiglia. Famiglia come motivazione quindi al cambiamento stesso nel momento in cui però questa risulta sicura. Quando la malattia irrompe, tutti i membri della famiglia, della rete sociale di riferimento dovrebbero essere coinvolti, oltre che nel dolore iniziale, anche nel saper rispondere adeguatamente alla situazione di disagio.

Un primo passo è sicuramente quello di creare o quantomeno cercare, per quanto possibile, di mantenere un clima sereno ed equilibrato all'interno delle mura domestiche.

In un secondo momento risulta necessario stabilire, per poi andare ad intensificare e potenziare, i rapporti con gli istituti specifici di riferimento. Questo secondo passaggio non risulta affatto semplice poiché, come emerge dalle varie narrazioni, vi è una rilevante mancanza: la consapevolezza. Accade infatti che la stessa famiglia si ritenga in qualche modo incompetente, impreparata e inconsapevole di fronte all'insorgere dei primi segnali del disturbo, essendo per loro la malattia mentale qualcosa di ignoto.

Esempio: *“Quindi, io...mia mamma, un giorno, che l'ho trovata per strada, gli faccio: “sai che percorso faccio? Il day hospital”. Fa: “ah, non me ne frega niente”,*

*cioè lei non sa questi percorsi cosa significano, quindi ti fa ancora più male. Però ho trovato la serenità con me stesso, grazie agli operatori qua, e qui ho fatto anche amicizia, che adesso l'ho portato...che è con me in casa autonoma e l'ho conosciuto qua, siamo molto amici...e conviviamo, arriviamo, scherziamo, è bello...” (Andrea)*

Fondamentale non lasciare quindi sola la famiglia in un momento così delicato, in cui ci si sente impotenti, soprattutto perché poco consapevoli. Per permettere quindi di arrivare a costruire una relazione adeguata e di supporto nel percorso di cura, la famiglia o comunque la rete sociale di riferimento, nonché la stessa persona coinvolta, devono innanzitutto essere consapevoli del disturbo, di ciò che sta accadendo. Consapevoli nel contempo anche di tutte quelle che sono le “parti sane”, delle risorse della persona che sta affrontando un momento di disagio psichico, essenziali al cambiamento. Fondamentale non lasciare quindi sola la famiglia in un momento così delicato, in cui ci si sente impotenti, soprattutto perché poco consapevoli.

Al fine di colmare le lacune in un concetto così ampio come quello della malattia mentale, tra le domande pilota fatte durante le interviste, si è pensato di indagare circa l'esigenza o meno di ripensare all'educazione familiare rispetto alla malattia. Questo per non lasciare nessuno camminare nel buio permettendogli invece di contribuire attivamente al percorso di guarigione dell'Altro.

*“Soprattutto l'educazione rispetto alla malattia dei familiari perché credo sia la cosa non principale, però molto importante rispetto al malato, perché in casa non ci dovrebbero essere contrasti su questa cosa, anche se poi è successo anche a me di arrabbiarmi con lei, di magari avere delle reazioni un po' così perché insomma la cosa diventa difficile...” (Adriano)*

*“Sono d'accordo. Informare i coniugi o la famiglia insomma, chi sta vicino e dare supporto anche a loro. Perché è facile dire “devi stare vicino, devi comprendere, devi devi...”. Però anche loro hanno bisogno di un supporto perché non è facile insomma. Devono poter contare anche loro su operatori, su medici...(Miriam)”*

È importante l'informazione anche rispetto la presenza di persone di riferimento, istituzioni, gruppi di persone, come le stesse “terapie tra famiglie”. Sono tutte alternative, strategie che permettono di ricucire una situazione di solitudine andando a creare una comunità formata da persone che collaborano in vista del cambiamento, di uno scopo condiviso: raggiungere il benessere ed avere un ruolo attivo all'interno della società.

Ciascuno, con la propria parola, il proprio contributo può modificare il corso della malattia, sia nel bene che nel male. Tutti devono essere coinvolti per creare una rete di supporto e sostegno tanto per la famiglia che per la persona in questione. Echeggia l'importanza della dimensione sociale come forza, risorsa per ricostruire nuovi scenari ma soprattutto la rilevanza dell'informazione, della divulgazione di pensieri di tipo collaborativo per affrontare la malattia e lo stigma sociale.

*“Ma più che altro sapere che c'è qualcuno a cui puoi rivolgerti. Poi se sia un medico o chi non ha importanza. A me è capitato di partecipare a alcune riunioni di, non mi ricordo più, probabilmente organizzate dal servizio di Mezzolombardo. E appunto lì ho avuto anche delle informazioni utili per me e diciamo che sì, poi la cosa non è più andata avanti e si è fermata lì, ma si pensava di creare un gruppo di parenti per essere magari, per scambiare delle informazioni, di essere di reciproco aiuto.” (Adriano)*

*“A: E cosa pensate che il confronto con persone che hanno avuto esperienze simili, in cosa pensate possa aiutare?”*

*C: ma soprattutto come dire non sei solo, ecco. Tutto qua. Puoi scambiare, magari così le impressioni che hai, o cose che ti sono successe o che vorresti fare, che hai fatto, se la strada è giusta almeno, è sbagliata, cioè arrivare a confrontarsi sui temi che purtroppo penso che possano essere comuni con persone che hanno lo stesso problema in casa” (Adriano, marito di Miriam)*

Problemi che assumono un'accezione diversa diventando qualcosa di cui si può parlare senza vergogna, che sono soprattutto comuni e non costituiscono un'eccezione rispetto a ciò che viene considerato “normale”. Aiuto reciproco che fa di nuovo la differenza anche in termini di crescita:

*“Mah, secondo me non c'è una persona, secondo me 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.” (Alessandro)*

Sostegno che si può trovare solo all'interno di un gruppo in cui ognuno può portare qualcosa di sé facendo però la differenza per il cambiamento di tutti. Modifiche che

dovranno coinvolgere anche la società stessa portandola inevitabilmente a rivedere i propri canoni in vigore fino ad ora, spesso non corrispondenti alle esigenze dei singoli individui.

## **SITUAZIONI INFORMALI**

Questo tema è stato pensato per cercare di approfondire se da tali interviste emergessero delle *recovery* avvenute anche fuori dai circuiti di cura formali, fuori dai percorsi di mera ospedalizzazione o all'interno di istituti. *Recovery* che si possono ritrovare quindi nella quotidianità stessa dei partecipanti.

## **ARTE COME PROCESSO DI RECOVERY**

Adriano racconta di come l'arte in generale, ma in particolare la poesia ed il disegno, gli abbiano permesso di esternare quelle che sono le sue emozioni:

*“tenere le cose dentro fa male, perché se non le tiri fuori.. io le ho tirate fuori nella poesia, nel disegno, nella musica, con lo psichiatra, con il prete, perché se te le tieni dentro vai a finire che stai male, insomma.. adesso sto bene, adesso sto bene.” (Adriano)*

Alberto si rifugia invece nella lettura come luogo sicuro, come momento in cui fuggire dai pensieri:

*“ma la lettura, la lettura la vedo un po' come una specie di hobby, ma mi... fa passare il tempo, mi impedisce per fortuna di rimuginare e di avere brutti pensieri” (Alberto)*

Cambiamento visto nella capacità di riprendere in mano le proprie passioni:

*“Mi piace tanto leggere, c'è stato un periodo che ero particolarmente felice perché riuscivo a leggere un romanzo, un saggio alla settimana.” (Francesco)*

Arturo riprende quella che è sempre stata la sua passione per l'arte, a seguito di un percorso di arte-terapia, passione che gli ha permesso di reagire alla sua situazione:

*“frequentavo un po' tutte le varie attività, mi ha dato tanto l'arte-terapia infatti io ho sempre avuto la passione per il disegno e la pittura ai tempi del liceo a dir la verità, ero molto bravo, era l'unica materia nella quale eccellevo a dir la verità, e poi però per mancanza di tempo avevo lasciato. Il un po' sto lavoro mentre poi l'ho ripreso proprio qua con un corso, c'era una volontaria me la ricordo con tantissimo affetto perché era*

*una signora su una carrozzina che riusciva a malapena a muovere la mano, e veniva qua a fare volontariato e ste figure qua insomma ti danno una carica e forse indirettamente ti dicono "devi reagire insomma, devi, puoi uscire fuori ecco" e quindi adesso uno dei miei hobby preferiti è proprio la pittura" (Arturo)*

*G: allora io faccio un disegno, disegno a matita, prendo una fotocopia, la trasferisco su un cartoncino, cartoncino (?) è una pittura, colori acrilici, e dopo ho fatto il disegno con pazienza e mano ferma finché non avrò l'Alzheimer, cerco di farla con una certa perfezione che è un po' un mio difetto di essere perfezionista sulle cose, e per me è terapeutico questo insomma. Non i vendo i quadri li regalo*

*E: si mi aveva raccontato che gli piaceva un sacco pitturare ma ha anche tante altre passioni. va a sciare."(Arturo)*

Arturo sottolinea come dedicarsi con impegno ad un'attività, come il disegno, si sia rivelato fortemente terapeutico. Ritorna dunque il concetto di passione come risorsa fortemente curativa e funzionale per il percorso di guarigione. Tutte queste attività, passioni rispolverate durante il percorso terapeutico sono ritornate proprie per i vari protagonisti che continuano a coltivarle quali momenti in cui dedicarsi totalmente a sé.

## **NATURA COME DOTTORE MERAVIGLIOSO**

Oltre alla malattia c'è un mondo che attende: in questo caso Adriano si riferisce alla natura. Natura con il suo potere riflessivo e contemplativo che ti infonde un senso di amore e serenità:

*"Invece poi, come dicevo prima, c'è un altro mondo che ti aspetta: la natura, no? La natura è un dottore meraviglioso, se ti blocchi lì come fanno i poeti, gli artisti, blocchi lì una fragolina no? Magari 5 minuti la guardi, ti dà l'amore gratis" (Adriano)*

*"Guardi una pianta, un melo, adesso che viene primavera, con sti fiori rosa, stai lì 5 minuti, contempla, non guardare quella che magari passa vicino "Quello lì è matto", stai lì lo guardi e lo contempli e lui ti dà l'amore per.. le creature sono.. gratis!" (Adriano)*

Adriano insiste molto sul concetto di gratuità della natura, che ti dà amore, processo naturalmente garantito e funzionale, pur non essendo un trattamento propriamente medico. Questo giustifica la possibilità di *recovery* anche fuori dalle istituzioni propriamente socio-sanitarie, principalmente intese come luogo in cui esso avviene.

## ESSERE SODDISFATTI DI SÉ

Miriam ritrova la sua serenità dedicandosi invece alla sua passione più grande, il volontariato, passione che la gratifica come persona:

*“Capisco. Quindi questa attività di volontariato ha un effetto positivo sulla sua salute, è un modo per?”*

*Intanto 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.” (Miriam)*

## DISCUSSIONE DEI RISULTATI

L'applicazione dell'analisi tematica ha consentito di approfondire i dati testuali raccolti con le interviste e di indirizzare interpretazioni utili a rispondere alle principali domande di ricerca evidenziate. È emerso come inevitabilmente l'Altro, ossia tutto ciò che concerne la dimensione socio-relazionale, sia presente nel percorso di *recovery* delle persone con storie di disagio psichiatrico. Dimensione dell'Altro intesa sotto diverse accezioni: figura spesso “ostacolante nel processo di *recovery*”, in molti casi origine del disagio stesso. Importanza invece di definire il “ruolo dell'Altro” come una delle alternative ai fini della buona riuscita del *recovery*. Ruoli che si co-costruiscono anche grazie alla “Forza del dialogo” e della narrazione. Strumenti rilevanti che possono portare anche alla costruzione di relazioni nocive, distruttive che rischiano di andare ad intaccare la dimensione stessa del Sé ed il suo modo di vedersi nella società.

“L'umanità”, gesti di generosità, comprensione ed amore rivolti all'Altro rappresentano invece, per molti intervistati, atteggiamenti significativi per raggiungere il cambiamento. *“Io volevo la presenza umana, qualcuno che mi desse la forza per cambiare.”*

Altro definito nei vari racconti con un'accezione più ampia e che racchiude dentro sé un concetto ancor più corposo: quello di famiglia. Famiglia metaforicamente intesa come società, collettività che, costruitasi inizialmente all'interno delle mura domestica, ti permette poi di *“imparare a vivere nel sociale”*. Famiglia non sempre intesa

positivamente poiché è essa stessa a definirti, pre-impostarti per meglio adattarti ai valori, alle regole, al modo di pensare della società di cui si fa parte. Ciò è emerso essere, nella presente indagine, un potenziale e grave problema in grado di provocare nello stesso Sé un senso di inadeguatezza e di esclusione rispetto al proprio contesto sociale. Viene, da un certo punto di vista, delineato un modello di famiglia autoritario, limitante, che si trova in un gradino superiore all'emergere di un Sé unico nella sua forma. Famiglia interpretata ancora come "Maestro di vita", figura ostacolante per il processo di *recovery* dal momento che impone la strada da dover seguire senza lasciare libertà di essere, considerando il fatto di "Essere di più di come ti descrivono."

Viene poi introdotta la figura dell'operatore sociale inteso come "membro della famiglia"; molte tra le storie di *recovery* sottolineano come gli stessi medici siano tra le figure di riferimento per il loro processo di guarigione. Specialisti che molto spesso fanno le veci della famiglia e supportano il paziente lungo il percorso.

Grande limite della famiglia risulta la non consapevolezza, l'impotenza che si ritrovano a vivere di fronte ad un disturbo per loro completamente ignoto. Per superare quest'impasse, per molti intervistati risulta importante "Educare la famiglia" allo stesso disagio psichico e ciò risulta essere uno tra i più importanti passi da compiere per garantire il *recovery*.

La domanda conclusiva rispetto all'indagine tenuta sulle varie, differenti storie di vita, mira ad esaminare la presenza o meno di *recovery* anche al di fuori dei meri percorsi di ospedalizzazione. Tra i percorsi informali in grado di garantire questo processo ritroviamo: l'arte, nelle sue differenti sfaccettature, la natura ed infine il seguire le proprie passioni.

Quanto sinora detto vuole essere una panoramica generale dei risultati ottenuti attraverso l'analisi tematica: si entra ora nello specifico analizzando le storie nella loro particolarità. Si è preferito esaminare le interviste duali, ossia quelle che prevedevano lo scambio, il confronto tra il paziente e la sua figura di riferimento, pensando potesse emergere in maniera più marcata il tema della dimensione sociale. Non ci si è dedicati ad un numero ristretto di interviste ma si è preferito analizzarle nell'insieme, in modo da raccogliere il maggior numero di informazioni specifiche.

Alcune fra le varie storie hanno esaltato in maniera più approfondita determinate tematiche. Di particolare interesse la storia di Enrico la cui sofferenza è iniziata

nell'adolescenza; a causa della sua corporatura robusta veniva preso di mira dai suoi coetanei. Questo ha fatto scattare in lui un particolare senso di disagio tanto che per paura dell'Altro, del suo giudizio, ritiene di essersi "ritirato" dal mondo perché la gente lo spaventava. Traumi precoci ed esclusione sociale sono stati descritti infatti come origine dei problemi di salute mentale in un recente studio qualitativo (Stott e Priest, 2018).

Questo lega fortemente con la storia di Enrico: l'Altro è necessario ai fini della mia stessa sopravvivenza. Lui *"voleva la presenza umana, qualcuno che mi desse la forza di trovare una strada per cambiare"*.

In questo estratto risalta l'ambivalenza del ruolo dell'Altro: Altro come origine del disagio psichico ma al tempo stesso Altro come chiave, risorsa per uscire dallo stesso.

Enrico si rivolgerà poi in autonomia alla Dottoressa Elena, psicoterapeuta, punto di riferimento per il suo percorso di *recovery*. Enrico tiene a sottolineare quanto sia stato difficile trovare qualcuno disposto ad ascoltarlo ed a non farlo sentire malato: l'unica alternativa finora proposta consisteva nell'assumere pillole che placano l'ansia ma perpetuano il tuo stato. Recenti ricerche evidenziano come, sebbene le relazioni interpersonali possano essere essenziali nel recupero (Mudry et al., 2019), le persone con problemi di uso di sostanze sperimentino un accesso ridotto a relazioni interpersonali di supporto a causa dello stigma e dell'esclusione sociale (Weston et al., 2018).

Con la sua psicoterapeuta Enrico è riuscito a costruire un percorso diverso partendo dal presupposto della Dottoressa rispetto al concetto stesso di *recovery*: si viene a definire in maniera differente in relazione ai contesti di vita che ognuno affronta. Non esiste un *"manuale di istruzioni"*. Nel percorso di Elena ed Enrico, ridefinire i ruoli è stato basilare: non doveva più esservi una persona con il ruolo dell'assegnare doveri ma piuttosto l'esigenza di ripensare allo stesso interlocutore. Interlocutore che *"diventa il tuo modo di gestire, di ragionare rispetto alle situazioni, ma lo guardiamo insieme"*.

Entrambi affermano come ci sia voluto del tempo per *"trasformare la complementarità del rapporto"* visto che Elena in quanto dottoressa ed Enrico in quanto protagonista primario del proprio percorso di *recovery*, hanno dovuto rivedere il proprio ruolo e, in qualche modo, riadattarlo ad un percorso nuovo, unico nel suo genere. Dovevano essere degli incontri trasformativi per entrambi, dai quali ognuno doveva uscire con una differente consapevolezza rispetto al proprio Sé, al proprio ruolo nella società. Enrico infatti enfatizza quanto sia riuscito a creare un legame di fiducia con la

propria psicoterapeuta, fiducia nata nel momento in cui *“si è fatta vedere com’è, fragile, che ne so, si è fatta vedere umana.”*

Interessante anche la storia di Adriano che fa risalire all’infanzia il proprio periodo di sofferenza: nato e cresciuto in una famiglia numerosa, con 5 fratelli, famiglia che definisce come una società. Nucleo familiare molto numeroso che consente di imparare a vivere nel sociale facendoti acquisire valori ben radicati.

Adriano racconta la propria passione innata per l’arte, la letteratura, interrottasi in età adolescenziale quando il padre decise di iscriverlo ad una scuola per elettricisti. Seppur contro la propria volontà, ad Adriano è stato chiesto di *“fare un sacrificio”* per adeguarsi alle regole sociali vigenti nel suo piccolo paesino, per evitare di rimanerne schiacciato ed isolato. Il termine famiglia viene associato al grande macrosistema della società: rappresenta l’istituzione di riferimento con la funzione di insegnare a costruire il proprio essere sociale adattandolo a vivere e ad affrontare le sfide che avvengono fuori dalle mura domestiche. Torna anche qui decisamente la metafora di famiglia come maestra, quale sistema autoritario che ti impone di vivere in una certa maniera.

Società che nel caso di Adriano sembra non considerare i valori della singola persona e le sue passioni. Famiglia che non ascolta le esigenze del figlio, che non pensa al suo benessere, raggiungibile per il protagonista, attraverso l’Amore che non conosce barriere nemmeno nella malattia, piuttosto che con l’orientamento in termini formativi.

Minimo comune denominatore delle storie sino ad ora descritte è la mancanza di figure, in questo caso familiari, di riferimento. Tale assenza è motivo scatenante per il disagio. Non si parla di famiglia nel suo ruolo affettivo, accogliente, quale siamo abituati a sentire. In queste storie di disagio psicologico emerge quanto questo macrosistema ne sia in qualche modo la base.

Anche nella storia di Antonio, che aveva Michele come operatore, si affronta il tema di una famiglia nociva, di una storia familiare fatta di abusi di sostanze e di alcool. Dipendenza sofferta anche dallo stesso Antonio il cui destino sembrava quasi scontato, come se agli occhi di tutti fosse l’unica sorte possibile. La sua problematicità era fortemente ancorata al nucleo familiare di cui faceva parte e la possibilità di guarigione considerata un semplice tentativo, quasi una scommessa già persa in partenza.

È stato difficile per lui, in primo luogo, rivolgersi ad un Centro di Salute Mentale per affrontare il problema rimboccandosi le maniche, in secondo luogo trovare qualcuno

disposto ad andare oltre la sua storia di dipendenza familiare per incontrare, ascoltare la sua. Michele, operatore di Antonio, non si è limitato ad una prima sommaria presentazione di Antonio, non si è fatto trascinare dai pregiudizi a priori propri od altrui, ma ha bensì voluto ripartire ricostruendo una nuova storia iniziando dalle passioni, di comune interesse per entrambi. Parlare di passioni non era assolutamente scontato per Antonio, pronto piuttosto a descrivere la propria storia fatta di sostanze e abusi. In questo caso si è approfondita la figura di Antonio in quanto persona in grado di fare scelte che, seppur risultate poi scorrette, non gli hanno impedito di guardare ed andare oltre, non lo hanno imprigionato in un passato senza via di uscita.

Nella letteratura attuale si cerca di approfondire la potenziale grande influenza che le relazioni interpersonali possono avere per le persone sofferenti di disagio psicologico. Eva Brekke, ricercatrice norvegese, in un recente studio (2020) esplora e descrive storie di recupero relazionale vissute in prima persona dagli intervistati di un'area della Norvegia. Vengono analizzate otto interviste individuali di persone con storie di "condizioni concomitanti" in cui convivono problemi di salute mentale ed abuso di sostanze. Tale progetto di ricerca collaborativo è orientato al sostegno nel recupero da parte dei servizi. Vi è il coinvolgimento inoltre di un gruppo di sei persone della comunità: due con esperienza vissuta di condizioni concomitanti, un membro della famiglia di una persona con analoghe condizioni e tre operatori sanitari. La maggior parte dei partecipanti ammette di aver utilizzato differenti sostanze stupefacenti e di essere stato affetto da malattie psicotiche, disturbi affettivi, ansia, disturbi post traumatici e disturbi di iperattività.

Obiettivo del suddetto progetto: esplorare e descrivere le esperienze di recupero relazionale dei partecipanti. È stato chiesto loro di descrivere le proprie esperienze personali di recupero attraverso domande di *follow-up* mirate per accedere a fenomeni esperienziali quali: "com'è stato per te?" e "come ti sei sentito?". I partecipanti a questo studio hanno descritto le relazioni sociali come di supporto ma anche come ostacolo al recupero. L'essere genitori è stato definito come un fattore fortemente motivante al recupero. D'altro canto questo veniva associato anche a senso di colpa e rimorso. I partecipanti hanno evidenziato la genitorialità come motivazione per il recupero in quanto implicante l'essere importanti per un'altra persona. Riacquistare la fiducia della propria famiglia è stato descritto come un processo supportante il recupero anche se

potenzialmente complicato da eventi dolorosi del passato. Alcuni partecipanti hanno enfatizzato come la relazione con il partner li abbia aiutati ad iniziare a vivere una vita al di fuori delle strutture di trattamento. Avere avuto un'esperienza di condizioni concomitanti assieme al proprio partner ha per molti consentito la comprensione reciproca. La teoria dell'identità sociale suggerisce come le persone abbiano maggiori probabilità di fornire supporto sociale rispetto ad altri che condividono la loro stessa identità sociale (Tajfel e Turner, 1986).

Ristabilire la fiducia degli altri è stato descritto come un processo di recupero anche se diversi partecipanti hanno riferito di sentirsi immeritevoli della fiducia della loro famiglia. Ricevere fiducia è stato descritto come sorprendente e con un effetto positivo sull'autostima degli stessi.

In questo studio emerge come le persone con condizioni concomitanti descrivano esperienze miste di relazioni sociali. Le relazioni sociali sono state descritte sia come di supporto che come problematiche. Diversi partecipanti hanno descritto esperienze di abuso e abbandono di minori, bullismo ed esclusione sociale durante l'infanzia e tali esperienze hanno portato ad una mancanza di fiducia nelle altre persone.

In una revisione di studi qualitativi sul recupero nelle malattie mentali gravi (Stuart et al., 2017), gli autori Stuart e Leamy suggeriscono di aggiungere le "difficoltà sociali" come sesta dimensione nel quadro CHIME (Leamy et al., 2011) per riconoscere le problematiche interpersonali e intrapsichiche e le difficoltà finanziarie che le persone con gravi malattie mentali affrontano nel loro processo di recupero.

Il capitale sociale di recupero (Cloud e Granfield, 2008) è stato suggerito come utile per spiegare quanto le relazioni sociali influenzino il recupero (Neale e Stevenson, 2015; Pettersen et al., 2019). La solitudine e la mancanza di risorse sociali appaiono come i principali potenziali ostacoli al duplice recupero per i partecipanti a questo studio, supportando l'ipotesi che le risorse sociali siano essenziali per sostenerlo. La solitudine ha impedito ai partecipanti di impegnarsi in attività piacevoli come i viaggi, potenziali importanti fattori di recupero ed in grado di elevare la qualità della vita delle persone (Davidson et al., 2006).

Membri della famiglia che non comprendevano appieno la loro situazione (Kennedy e Horton, 2011), hanno involontariamente ostacolato il recupero tentando di sostenere una persona con condizioni concomitanti.

Altri studi hanno descritto come l'accesso a nuove identità sociali possa essere una leva nel recupero dalla dipendenza (Best, 2016; Best et al., 2016).

Il processo di riconquista della fiducia descritto nel presente studio deve essere inteso come un processo di cambiamento dell'identità sociale. La fiducia è stata descritta quale essenziale, anche se difficile da instaurarsi, per riconquistare una relazione equilibrata (Kennedy e Horton, 2011). I risultati di questa ricerca supportano la nozione di recupero relazionale e l'ipotesi che le relazioni sociali siano pietre miliari sia dei problemi di salute mentale che dei problemi legati all'uso di sostanze e del recupero (Price-Robertson et al., 2017).

Le relazioni con la famiglia e altre persone importanti nella propria vita sono state descritte come fondamentali tanto da influenzare le speranze, le identità, il significato e *l'empowerment* dei partecipanti (Leamy et al., 2011; Price-Robertson et al., 2017). Tuttavia, questa interdipendenza tra esperienze personali e relazionali quali forze distruttive, dolorose ed estenuanti, nonché forze di supporto, ispiratrici di speranza e profondamente significative nella vita dei partecipanti, appare complessa. I risultati di questo e di altri studi indicano come tale complessità possa essere particolarmente presente nella vita delle persone con storia di disagio psichico.

Questo lavoro contribuisce alla letteratura esistente fornendo una comprensione più sfumata di come le relazioni interpersonali possono essere vissute da persone con concomitanti condizioni di salute mentale ed uso di sostanze stupefacenti. Da esso si apprende come tali persone sperimentino le relazioni interpersonali in modi complessi. Questi risultati rendono esplicito come il recupero possa essere inteso quale processo relazionale che interviene nelle e attraverso le relazioni con gli altri coinvolgendo l'ambiente sociale e relazionale presente, passato e futuro delle persone, comprendendo interventi che supportano le capacità relazionali ed il coinvolgimento nella rete. Gli operatori devono tenere presente di come le relazioni interpersonali possono essere complicate da passate esperienze di abuso o abbandono e dal danno arrecato agli altri a causa della dipendenza.

Le relazioni con amici, familiari o professionisti possono avere quindi un impatto fondamentale sulla fiducia delle persone nel processo di recupero; l'impegno ed il coinvolgimento continui, oltre il previsto, sembrano essere fattori importanti nelle relazioni per supportare gli sforzi di recupero. (Ness et al., 2016; Topor et al., 2006).

Considerare il recupero come un processo sociale implica il riconoscimento della vita quotidiana come l'arena centrale affinché ciò avvenga (Borg e Davidson, 2008).

Una recente revisione della letteratura (Ness et al., 2014) ha rivelato come una vita quotidiana significativa, un'attenzione ai punti di forza, un orientamento al futuro e il ristabilimento di una vita sociale e di relazione di supporto, siano elementi facilitanti il recupero.

L'operatore Michele ha usato un verbo dalla valenza molto forte per andare a definire il loro percorso verso la guarigione: collegarsi. Da intendersi come andare incontro all'Altro, trovare dei punti di giunzione, di legame, quali le passioni che rendono entrambi esseri umani. Tale tema viene ripreso da Leamy e colleghi nel cosiddetto quadro "CHIME", costituito da cinque processi centrali nel recupero personale, ossia: connessione, speranza, identità, significato ed *empowerment* (Leamy et al., 2011).

Connessione riconosciuta come rapporto dialettico nel quale non si è più etichettati come persone malate ma bensì individui in grado di pensare e di mettere in atto un cambiamento in virtù della forte sinergia creatasi tra i vari soggetti coinvolti.

Antonio con Michele è riuscito a costruire un rapporto in grado di andare oltre il mero contesto in cui si trovavano: il Centro. Lo definiscono quasi una sorta di simbiosi come una "*fusione di circolarità*" in cui si vengono a mettere in discussione, a rivalutare i propri bisogni per fonderli in un unico obiettivo, un'unica ottica legata in questo caso alla guarigione. Benessere legato alla possibilità di collegarsi, di sentirsi parte di una società, di più relazioni in cui essere Sé stessi.

Questo collegamento, questa fusione, come definita dai protagonisti della storia, consente ad entrambe le figure coinvolte, sia Antonio che Michele, di riscoprirsi. Antonio è stato per Michele "*l'innovatore*", colui che gli ha permesso di riflettere anche in merito alla sua stessa pratica terapeutica. Michele, dal canto suo, era stato per Antonio il "*promotore del suo cambiamento*". Questo incontro, questa relazione creatasi ha fatto nuovamente sentire lo stesso operatore su di un piedistallo, in una posizione di superiorità rispetto a Michele. Ciò lo ha indotto a ripensare al proprio ruolo, a quanto la forza delle sue parole potesse essere rilevante per il cambiamento di tale soggetto. Persona che affidandosi completamente a lui gli ha affidato anche il proprio futuro di cui si sente inevitabilmente responsabile. Solo grazie a questa fusione, a questo affidarsi e fidarsi

sono riusciti a trovare insieme un percorso comune da seguire per il cambiamento e una persona con cui condividere tale cammino.

Questo denota come la via del *recovery* coinvolga tutti gli attori sociali a ripensare al proprio Sé ed a quanto l'Altro sia coinvolto nella costruzione del Sé stesso. Si viene a rivedere il proprio approccio alla vita non più come quello di "un soldato" pronto ad affrontare il nemico costituito da una società che ti etichetta per i tuoi errori. Si ripensa ad un significato che possa essere personale sia per la propria esperienza di malattia, che per il proprio processo di guarigione. Un significato che si traduce in speranza, in possibilità che fino ad allora nessuno si era sentito garantire ma piuttosto negare.

Cambiamento che in questo senso si traduce nel "*riscatto sociale*", nello scuirci di dosso quei vestiti che non ti rappresentano, che non ti appartengono geneticamente. Possibilità di cambiamento è molto differente del parlare di tentativo di cambiamento.

La storia di Michele e Antonio funge da esempio per poter progredire: occorre ripensare al cambiamento nei termini di condivisione e cooperazione. La dimensione sociale non sempre è complessa ed ostacolante; l'Altro che ritrovi fuori dal tuo nucleo familiare può permetterti di mettere a fuoco ed in un certo senso rivedere sotto una nuova prospettiva la tua stessa storia, la tua stessa famiglia, ripensando poi a differenti significati. Se dapprima si veniva considerati come risultato della nostra storia sociale, il processo di *recovery* propone quale assunto principale il fatto di essere "*più di come gli altri ti descrivono*".

Viene fatta una profonda riflessione in merito a quanto ancor oggi il disagio mentale venga associato alla genetica piuttosto che studiato, interpretato e approfondito partendo dalla dimensione sociale, dalle relazioni sociali che hanno determinato la definizione del Sé. In psicologia sociale, l'errore fondamentale di attribuzione (Ross, 1977) indica la tendenza ad attribuire il comportamento degli altri a tratti sensibili della personalità piuttosto che a dinamiche, forze situazionali. Gli operatori sociali tendono infatti a collegare le condizioni di vita avverse delle persone con disagi psicologici a tratti stabili come la debolezza, ignorando fattori situazionali.

Il percorso da intraprendere verso la guarigione deve essere ripensato come una "*co-terapia*": "*quello che accade è terapeutico per entrambi*", per tutti gli attori coinvolti. Per garantire la realizzazione di tale rapporto, le persone intervistate si sono focalizzate sulla necessità di rieducare la famiglia in merito a ciò che concerne il disturbo

psichico. Questo consentirebbe l'attuazione dello stesso processo di *recovery* che, come visto, coinvolge l'intera dimensione sociale.

*“Se io amo un cavallo e dico mamma mia io mi uccido, quel cavallo a chi rimane?”.*

Se da un lato troviamo la famiglia come fonte di motivazione per il cambiamento, quando questa è sicura, dall'altro emerge anche la necessità di lavorare sul legame con la stessa, rendendola consapevole del disagio.

L'assistenza familiare per persone con diagnosi di grave malattia mentale è risultata essere ancora poco studiata. In un recente studio tenutosi nel New Mexico, Stati Uniti, si sono esaminate le paure, le preoccupazioni, il relativo desiderio della famiglia di riferimento nell'essere coinvolta nel trattamento. Sono state studiate la difficoltà di connessione con i professionisti, le forme di assistenza fornite ai pazienti e la comunicazione intra-familiare. È emerso quanto le azioni e le comunicazioni dei membri della famiglia spesso supportino il recupero del paziente; tuttavia, le loro incomprensioni e la mancanza di conoscenza della malattia possono invece ostacolarlo.

Andrea riporta ad esempio quanto la sua famiglia non fosse per nulla cosciente del percorso da lui intrapreso: *“sai che percorso faccio? Il day hospital,”*, *“ah, non me ne frega”*. *“Lei non sa questi percorsi cosa significano, quindi ti fa ancora più male”*.

Ulteriore affermazione che puntualizza quanto il dolore ed il processo di guarigione risulti più funzionale insieme all'Altro ed in questo caso la famiglia di riferimento.

Di rilievo, rispetto a quanto affermato, la storia di Adriano e Miriam, unici tra gli intervistati a definire il proprio partner quale figura di riferimento per il processo di guarigione. Adriano parla della propria moglie in termini di supporto e risorsa per il suo cambiamento; non mancano comunque i litigi o le incomprensioni tra persone che vivono assieme la quotidianità.

Per garantire un rapporto solido e sano Adriano si sofferma su *“l'educazione rispetto alla malattia dei famigliari perché credo sia la cosa principale, però molto importante rispetto al malato, perché non ci dovrebbero essere contrasti su questa cosa”*.

La moglie conferma l'importanza di informare le persone vicine alla persona che sta soffrendo senza dimenticarsi però di dare supporto anche alle stesse *“perché è facile dire devi stare vicino, devi comprendere, devi devi”*.

Miriam, in virtù del fatto di essere la moglie e dunque una figura di grande impatto emotivo e relazionale, ammette la difficoltà nel sostenere a volte il marito, inconsapevole della propria malattia anche per via della mancanza di figure di supporto.

Accade spesso, probabilmente per scarsa divulgazione di informazioni, che le famiglie non sappiano a chi rivolgersi per cercare una cura ed un sostegno mirato. Molte asseriscono di non essere a conoscenza del lavoro svolto dalle istituzioni o delle terapie più all'avanguardia quali le cosiddette "terapie tra famiglie".

I recenti cambiamenti nella politica e nella filosofia della salute mentale sottolineano l'importanza di includere la famiglia nella pianificazione, nell'erogazione e nella valutazione dei servizi per "testare" l'efficacia del trattamento.

Tra i servizi familiari per malattie mentali gravi, i modelli multifamiliari hanno ricevuto un'attenzione speciale sulla base dei potenziali benefici del feedback reciproco, dell'incoraggiamento e della motivazione tra famiglie. Nel territorio italiano, nella fattispecie in alcuni Servizi di Salute Mentale Comunitari di Roma, dal 1997 viene offerto Il Modello Psicodinamico del Gruppo Multifamiliare. Dal 2011 gruppi multifamiliari si tengono settimanalmente in tutti i sei distretti del Dipartimento di salute mentale che coinvolge una popolazione di oltre un milione di persone. Nel periodo 2015–2019 hanno partecipato agli incontri un totale di 794 persone tra cui 439 nuclei familiari. Le famiglie che non includevano il paziente hanno mostrato una prevalenza di una diagnosi di schizofrenia nel paziente indice. Le famiglie che frequentavano i gruppi multifamiliari da tempo hanno mantenuto un alto tasso di partecipazione nonché una durata di assistenza più lunga.

I gruppi multifamiliari rappresentano un contesto in cui i pazienti possono incontrare altre persone e professionisti liberamente ma in modo strutturato e con obiettivi non strettamente terapeutici. L'elevato numero di pazienti che hanno partecipato da soli suggerisce che la partecipazione soddisfa un bisogno autopercepito di un contesto aperto e libero che faciliti la condivisione di problemi e soluzioni. Una buona erogazione dell'intervento, un'elevata partecipazione e una fattibilità a lungo termine suggeriscono che i gruppi multifamiliari possono essere implementati nei grandi servizi di salute mentale urbani per molti anni e possono essere una risorsa preziosa per molti pazienti e famiglie.

Adriano descrive la propria esperienza nel territorio di Mezzolombardo: è stato organizzato uno spazio, un momento di condivisione a cui potevano partecipare tutti i parenti della persona che stava vivendo un disagio psichico. La considera un'iniziativa molto utile e vantaggiosa. Gli ha permesso di acquisire maggiori informazioni ma soprattutto di ricevere aiuto ed al tempo stesso di portare il proprio contributo, il proprio pensiero ad altre famiglie. Trovare qualcuno con cui condividere un'esperienza ed in grado anche di comprenderla, ha permesso ad Adriano di sentirsi meno solo. La stessa

moglie l'ha ritenuta un'alternativa molto valida; a parer suo in questa situazione *“l'équipe fa la differenza, (...) se uno invece è in compagnia, le cose cambiano in meglio perché ci si scambiano in tante cose insieme e si cresce.”*

Da qui la necessità di riflettere su una società che deve iniziare a parlare più di guarigione, di possibilità di cambiamento affiancando il malato e le famiglie e conducendoli alle differenti strade percorribili.

Dati recenti sottolineano come il coinvolgimento delle famiglie nel percorso di cura garantisca un'adesione migliore al trattamento nonché risultati migliorativi in persone che soffrono di disagio psichico (Biegel et al., 2007; Brent & Giuliano 2007; Nelson & Sullivan 2007; Rotunda, et al., 2008). La mancanza di informazioni, l'esclusione dal trattamento e l'impossibilità di contattare servizi di riferimento rimangono tuttavia, lamentate attuali dei familiari che vogliono fornire aiuto. Le leggi sulla riservatezza, come l'Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA), possono essere una tra le ragioni per cui le famiglie vengono escluse. Pur essendo esclusi o assenti dal trattamento formale, i familiari possono tuttavia incoraggiare il recupero fornendo cure e assistenza informali. Emerge però come i familiari non sempre considerino le loro azioni particolarmente utili; i pazienti invece considerano qualsiasi forma attiva o passiva di cura ed incoraggiamento, un'impalcatura per il proprio recupero. Questi fraintendimenti enfatizzano l'importanza del coinvolgere attivamente le famiglie nel trattamento onde aumentare la conoscenza dei dubbi che le persone dovranno affrontare e su come e quando fornire un'assistenza efficace.

Tra tutti gli intervistati sono riportate storie di persone che hanno trovato il loro percorso verso il cambiamento anche al di fuori delle classiche istituzioni. Lo stesso Adriano descrive come, oltre ad aver frequentato le terapie di gruppo, l'arte ed in particolar modo la poesia e il disegno gli abbiano permesso di esternare i propri

sentimenti. Alberto ritrova invece nella lettura un luogo sicuro che “*gli impedisce per fortuna di rimuginare e di avere brutti pensieri*”.

Arturo dice di aver seguito un corso di arte-terapia che si è rivelato essere molto terapeutico per il proprio disagio ma anche molto funzionale dato che gli ha permesso di riprendere una passione accantonata da molto tempo.

Miriam racconta invece come la sua passione per il volontariato la gratifichi come persona tanto da permetterle di ritrovare la propria serenità.

Tutte queste strategie, sebbene non sostituiscano la pratica terapeutica e le varie istituzioni, possono risultare valide alternative per attivare percorsi di *recovery* anche all'interno di circuiti informali e di piccoli gesti quotidiani. Permettono di ritrovare il proprio posto nel mondo ripartendo proprio da Sé stessi e dai propri interessi.

## CONCLUSIONE

In questa tesi si sono indagati i legami che possono esistere tra la dimensione socio-relazionale ed il recovery nel campo della salute mentale. Intervistando persone con storie di disagio psichico ed il loro rapporto diretto con la dimensione sociale, è emerso quanto il recupero relazionale sia uno strumento che promuove il ripensamento del percorso in termini di cura e guarigione. Ciò ha permesso di prendere in considerazione alternative che vadano oltre la mera psichiatria e il conseguente trattamento farmacologico.

L'inclusione della rete sociale di riferimento, la presenza di un'équipe multidisciplinare e la costruzione di pratiche, definite anche terapie collaborative, si sono rivelate valide strategie sia dal punto di vista del miglioramento della sintomatologia sia nel recupero di un ruolo attivo all'interno della società.

Per giustificare concretamente tale assunto vengono descritte tre pratiche collaborative che mirano a mostrare come l'Altro possa rivelarsi una risorsa in situazioni di disagio psichico.

*L'Open Dialogue* è un approccio innovativo il cui scopo è fornire supporto a persone che soffrono di psicosi attraverso l'inclusione dell'intera rete sociale di riferimento; ha una mentalità flessibile e aperta ed i suoi benefici e risultati sembrano significativi. Coinvolgendo infatti l'intera rete sociale, servizi compresi, si riesce, oltre a comprendere la crisi, a prendere una decisione comune verso nuove linee di azione. La metodologia principale è il dialogo: discutendo dei problemi, ascoltando un punto di vista diverso dal proprio, si può ripensare alla situazione ma soprattutto normalizzare uno stato di disagio. Per farlo è necessario superare il modello medico tradizionale in cui c'è chi definisce il problema e chi cerca di risolverlo; tutti gli agenti sociali sono co-costruttori di nuovi percorsi di cambiamento e guarigione. Non bisogna costruire un discorso patologico rispetto al problema quanto piuttosto concentrarsi sul ricostruire un nuovo dialogo trasformativo. Il dialogo risulta una possibilità curativa che permette di allontanarci dal tradizionale linguaggio psichiatrico nonché dal grande processo di stigmatizzazione. Questo metodo permette di garantire un aiuto immediato ma soprattutto di pensare ad un piano di trattamento a partire dalla stessa conversazione.

Considerare le reazioni psicotiche quale volontà di dare un senso alla propria esperienza, una discussione riflessiva tra i membri della famiglia, del team, garantirebbe la costruzione di nuove narrazioni. Ciò fa riflettere sull'importanza della comunicazione da un punto di vista familiare e sulla necessità di creare uno spazio comune, conviviale che garantisca la costruzione di un nuovo linguaggio.

Tale approccio ha riportato dei risultati concreti a livello numerico riducendo notevolmente i soggiorni ospedalieri, i tassi di ricaduta ma soprattutto garantendo una reintegrazione sociale molto elevata.

Anche il *Marlborough Family Service*, servizio di psicoterapia rivolto alle famiglie cosiddette “multi-problema”, vittime di abusi o dipendenti da sostanze, ripensa ad un approccio sistemico che vada oltre ai meri approcci tradizionali. Esso parte dal presupposto che ogni famiglia, in quanto sistema sociale, si comporti secondo un insieme di regole sviluppate nel tempo. Ciò che occorre è diventare sempre più consapevoli della specificità socio-culturale e di come questa abbia dominato i nostri sistemi di valori e pratiche. Far interagire famiglie differenti tra loro garantisce, oltre alla messa in discussione di tali regole, il mutuo aiuto. Si viene a definire una rete di sostegno tra famiglie, apparentemente isolate dal contesto perché ritenute “diverse”, le quali costruiscono una comunità in cui finalmente sentirsi parte.

*L'ordinary life therapy* prevede invece l'inserimento di pazienti disturbati in famiglie normali come strategia per un'integrazione a livello sociale.

Queste pratiche collaborative sono fortemente legate alla visione costruzionista secondo la quale tutto sarebbe frutto di una costruzione sociale. Riunire in questo caso differenti organizzazioni sociali, da quella familiare a quella sociosanitaria, permetterebbe la nascita di nuovi orizzonti per il *recovery*.

I risultati raccolti in questa tesi hanno permesso di delineare la necessità di spostare il focus verso processi di questo tipo, collaborativo e relazionale. Le persone con storie di disagio psichico non dovrebbero essere etichettate come bisognose di “protezione”, vincolandole o isolandole in contesti facilitati; bisognerebbe piuttosto vederle quali attori principali nella costruzione di una nuova identità. Ciò garantirebbe la possibilità ad ogni partecipante di raggiungere il proprio obiettivo con il supporto di figure di riferimento.

Queste pratiche sono ancora troppo poco conosciute e studiate, sono modelli internazionali non ancora giunti in Italia. Intento di questa tesi è approfondirle rendendole

argomento di discussione ed indagine così da indurre a rivedere i classici processi di psichiatrizzazione.

La possibilità poi di intervistare alcune persone con diagnosi di disturbo mentale ha concesso di entrare ancora maggiormente nel merito dell'obiettivo di questo lavoro. Dalle varie storie è emerso uno scenario differente rispetto alla concezione dell'Altro e della famiglia quali figure di riferimento. Si può affermare con certezza quanto l'Altro abbia un ruolo importante sia nell'origine del disagio mentale che per lo stesso processo di *recovery*. Ruolo trasformativo verso la guarigione, ma anche riflessivo in quanto induce a discutere questioni profonde quali la necessità di ripristinare un ruolo paritario tra chi soffre il disagio psichico e la rete sociale. Nella nostra società i malati vengono ancora considerati come pazienti piuttosto che persone con esigenze e richieste. Una delle cause principali deriva da valori fortemente radicati nel substrato sociale di riferimento che tende ad associare il malato alla genetica.

Dalle narrazioni appare la necessità di ripensare alla malattia mentale, rieducando le famiglie su questo tema di cui vige ancora scarsa consapevolezza. Se per molti la famiglia è risultata l'arma scatenante il disturbo mentale, per altri invece è stata risorsa per la guarigione. Altri ancora hanno trovato il professionista ed il suo ruolo figura di riferimento, in una situazione in cui la famiglia non era presente. I protagonisti di due differenti storie raccontano in particolare come siano riusciti a creare un legame di fusione e circolarità con il loro psicoterapeuta. Tale rapporto ha permesso ad entrambi di riflettere sul proprio ruolo nella società giungendo insieme a nuove linee di azione.

Tali risultati trovano sostegno in un recente studio qualitativo tenuto da Eva Brekke su persone con storie di disagio psichico in un'area della Norvegia. Obiettivo: dimostrare quanto l'impatto, le dinamiche relazionali, siano rilevanti nel processo di *recovery*.

Partendo dalla letteratura che tratta il *recovery*, passando attraverso pratiche collaborative in suo sostegno, riportando dati pratici di persone che hanno vissuto il disagio in prima persona legandoli a studi recenti di letteratura, possiamo concludere come la dimensione sociale costituisca un aspetto fondamentale per il progresso.

È emerso infine come il processo di *recovery* possa non esclusivamente avvenire all'interno di istituti sociosanitari, ma anche nelle situazioni più informali della quotidianità: alcuni pazienti riportano l'esempio dell'arte terapia, della lettura e del seguire quindi le proprie passioni quali risorse per il cambiamento.

Obiettivo del *recovery* relazionale non è dunque la guarigione della malattia ma il miglioramento della qualità di vita. Per ottenere tale risultato sono necessarie la partecipazione attiva del paziente e la stretta collaborazione della rete sociale, entrambe nella piena consapevolezza dello stato di malattia e della possibilità di poterne ambire al cambiamento.

## **LIMITI**

Tra i limiti di questa tesi, riscontrati anche nelle differenti ricerche di letteratura, la partecipazione di un campione esiguo di partecipanti con diagnosi clinica simile. Si trattava per lo più di storie di abusi di sostanze o disturbi depressivi, sarebbe stato interessante esplorare diagnosi più differenziate. Le ricerche riportate inoltre tendono ad escludere persone al di fuori dei servizi, replicando una forte carenza di ricerca in questo settore. Per quanto riguarda la figura dei professionisti che hanno competenze terapeutiche specializzate nel lavoro con il trauma, si evidenzia la necessità di una formazione più legata alla pratica del *recovery* e di estenderla a più agenzie in modo da intensificare il sostegno pratico e materiale.

## **PROSPETTIVE FUTURE**

Questa tesi fornisce, come pocanzi anticipato, potenziali spunti di riflessione per il futuro. Invita in primo luogo a studiare ed approfondire tanto il tema della malattia mentale quanto le potenzialità del *recovery* relazionale.

Riconoscendo la psichiatria come processo globale molto complesso e diversificato, dagli effetti ambivalenti che possono risultare anche dannosi in molti modi per gli individui, le società e i sistemi sanitari pubblici, emerge il bisogno di ricerca, accompagnata da un dibattito pubblico necessario ad accompagnare il processo decisionale politico. Emerge la necessità, inoltre, di rivedere i linguaggi propri della psichiatria per permettere la diffusione di nuovi dialoghi inclusivi.

Viene richiesta una maggiore consapevolezza e diffusione dei principi del *recovery* ma anche di nuovi modelli e pratiche collaborative che permettano di ripensare ai meri processi tradizionali di psichiatrizzazione.

Dal punto di vista metodologico, in Italia i servizi e pratiche legate al *recovery* relazionale sono ancora esigui rispetto alle necessità e bisogni dei pazienti. Questo viene confermato anche dai partecipanti alla ricerca stessa che parlano dell'urgenza di rivedere le metodologie molto spesso esclusivamente legate all'attribuzione di farmaci.

Con la mia tesi ho cercato, a partire da studi recenti di letteratura, di diffondere la funzionalità di alcune pratiche che potrebbe essere estese, vedi Modello Psicodinamico del Gruppo Multifamiliare proprio del contesto romano, lungo tutto il territorio italiano.

Si confida dunque di aver contribuito alla diffusione di nuovi approcci collaborativi ma soprattutto di aver invitato ad una riflessione mirata sul tema della salute mentale da un punto di vista della guarigione e del cambiamento, possibili attraverso un lavoro di sinergia con l'intera rete sociale.

## BIBLIOGRAFIA

Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rökköläinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(5), 363-372.

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM ^IV). Washington DC: APA.

Amering, M., & Schmolke, M. (2009). *Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities*. John Wiley & Sons.

Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. Basic Books.

Anthony WA (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s, *Innovations and Research*, 2, 17-24.

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.

Aronson, J. (1994). A pragmatic view of thematic analysis. *The qualitative report*, 2(1), 1-3.

Asen, E., Dawson, N., & McHugh, B. (2018). *Multiple family therapy: The Marlborough model and its wider applications*. Routledge.

Becker, M., Diamond, R., & Sainfort, F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of life Research*, 2, 239-251.

Becker, T., Mills, C., Bhugra, D., te Meerman, S., Thoma, S., Heinze, M., & von Peter, S. (2021). Psychiatrization of society: a conceptual framework and call for transdisciplinary research. *Frontiers in Psychiatry*.

Berardi, D., & Fioritti, A. (2017). Individual placement and support: manuale italiano del metodo per il supporto all'impiego delle persone con disturbi mentali.

Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., ... & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry research*, 270, 168-175.

Best, D., Beckwith, M., Haslam, C., Alexander Haslam, S., Jetten, J., Mawson, E., & Lubman, D. I. (2016). Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: The social identity model of recovery (SIMOR). *Addiction Research & Theory*, 24(2), 111-123.

Biegel DE, Ishler KJ, Katz S, Johnson P. (2007). Predictors of burden of family caretakers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders. *Journal of Social Work Practice in the Addictions.*; 25–49.

Bond, G. R. (2004). Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 345.

Borg, M. (2007). The nature of recovery as lived in everyday life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems.

Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of mental health*, 17(2), 129-140.

Boyatzis, R.E. (1998). Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Brekke, E., Ness, O. and Lien, L. (2020), "Relational recovery in co-occurring conditions: a qualitative study of first-person experiences", *Advances in Dual Diagnosis*, Vol. 13 No. 2, 89-100.

Brent, B. K., & Giuliano, A. J. (2007). Psychotic-spectrum illness and family-based treatments: A case-based illustration of the underuse of family interventions. *Harvard Review of Psychiatry*, 15(4), 161–168

Burman, S. (1997). The challenge of sobriety: natural recovery without treatment and self-help groups. *Journal of Substance Abuse*, 9, 41–61.

Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Sobell, L. C., Dum, M., & García-Rodríguez, O. (2007). Natural recovery from alcohol and drug problems: A methodological review of the literature from 1999 through 2005. *Promoting self-change from addictive behaviors: Practical implications for policy, prevention, and treatment*, 87-101.

Cardano, M. (2003). *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali* (pp. 192-192). Carocci.

Casadi “Khaki” Marino (2015) To belong, contribute, and hope: first stage development of a measure of social recovery, *Journal of Mental Health*, 24:2, 68-72.

Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: Expansion of a theoretical construct. *Substance use & misuse*, 43(12-13), 1971-1986.

Cole, Michael, and SYLVIA SCRIBNER. "Vygotsky, Lev S.(1978): Mind in Society. The Development of Higher Psychological Processes."

Cooklin, A., Miller, A. and McHugh, B. (1983): An institution for change: developing a family day unit, in: *Fam.Proc.*, 22,453-468.

D'Avanzo, Barbara D'Avanzo, Barbara, (2015) L'idea di recovery : spunti per proseguire nella riflessione, Franco Angeli,167-181

De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. WW Norton & Co.

Deegan, G. (1996). Recovery and the Conspiracy of Hope. The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand. Brisbane, Australia.

Deegan, P. E. (1988). "Recovery: the lived experience of rehabilitation." *Psychiatric Rehabilitation Journal* 11: 11-19.

Del Vecchio, P., & Fricks, L. (2007). Guest editorial [Editorial]. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 7–8.

Frank, A. W. (2013). *The wounded storyteller: Body, illness & ethics*. University of Chicago Press.

Freedman J., Combs G. (1993). Invitations to new stories: Using questions to explore alternative possibilities. In Gilligan S., Price R. (Eds.), *Therapeutic conversations*, 291-303.

Gergen, Kenneth J. (2015) "An Invitation to Social Construction". Third Edition, 55 City Road, London: SAGE Publications Ltd.

Gleeson, J., Jackson, H. J., Stavely, H., & Burnett, P. (1999). Family intervention in early psychosis. *The recognition and management of early psychosis*, 376-406.

Hakansson, C., & Lundquist, L. (2009). Ordinary life therapy.

Hancock, N., Scanlan, J. N., Bundy, A. C., & Honey, A. (2016). Recovery assessment scale-domains and stages (RAS-DS) manual-version 2.

Hermans, H. J., & Kempen, H. J. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement*. Academic Press.

Holma, Juha & Aaltonen, Jukka. (1997). The Sense of Agency and the Search for a Narrative in Acute Psychosis. *Contemporary Family Therapy*. 19. 463-47.

Jaakko Seikkula. (2021) Dialogo Aperto- un nuovo approccio psicoterapeutico e orientato ai diritti umani per costruire servizi psichiatrici umanistici, *Ricerca Psicoanalitica*.

Jackson, C., & Birchwood, M. (1996). Early intervention in psychosis: Opportunities for secondary prevention. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(4), 487-502.

Kim Hopper, (2007) Rethinking social recovery in schizophrenia: What a capabilities approach might offer, *Social Science & Medicine*, Volume 65, Issue 5, 868-879.

Kiser, d. J., piercy, f. P., & lipchik, e. (1993). The integration of emotion in solution-focused therapy. *Journal of marital and family therapy*, 19(3), 233-242.

Laqueur, W. (1964). DF Fleming (ed.), *The Changing Cold War*. Volume 351 (January, 1964) of *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. Philadelphia: The American Academy of Political and Social Science, 1964. x+ 267 pp. 2.00, paper. *Slavic Review*, 23(2), 362-364.

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.

Maone, A., & D'Avanzo, B. (2015). *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Maone, A., D'Avanzo, B., Russo, F., Esposito, R. M., Goldos, B. L., Antonucci, A., ... & Narracci, A. (2021). Implementation of psychodynamic multifamily groups for severe mental illness: A recovery-oriented approach. *Frontiers in Psychiatry*.

Marianne Wyder, Jastine Barratt, Rowena Jonas, Robert Bland, Relational (2022). Recovery for Mental Health Carers and Family: Relationships, Complexity and Possibilities, *The British Journal of Social Work*, Volume 52, Issue 3, 1325–1340.

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

Mudry, T., Nepustil, P., & Ness, O. (2019). The relational essence of natural recovery: natural recovery as relational practice. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17, 191-205.

Nelson TS, Sullivan NJ. (2007). Couple therapy and addictions. In: Wetchler JL, editor. *Handbook of clinical issues in couple therapy*. London: The Haworth Press, 45–56.

Ness, O., Borg, M., Semb, R., & Topor, A. (2016). “Negotiating partnerships:” parents’ experiences of collaboration in community mental health and substance use services. *Advances in Dual Diagnosis*, 9(4), 130-138.

Ogundipe, E., Sælør, K.T., Dybdahl, K., Davidson, L. and Biong, S. (2020), ““Come together”: a thematic analysis of experiences with belonging”, *Advances in Dual Diagnosis*, Vol. 13 No. 3, pp. 123-134.

Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in open dialogue: Fidelity criteria. *The University of Massachusetts Medical School*, 8, 2017.

Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*(1), 9–22.

Pettersen H, Landheim A, Skeie I, et al. (2019). How Social Relationships Influence Substance Use Disorder Recovery: A Collaborative Narrative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment, 13*.

Price-Robertson, R., Obradovic, A., & Morgan, B. (2017). Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health, 15*(2), 108-120.

Reupert, A., Price-Robertson, R., & Maybery, D. (2017). Parenting as a focus of recovery: A systematic review of current practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 40*(4), 361.

Ross, L. D., Amabile, T. M., & Steinmetz, J. L. (1977). Social roles, social control, and biases in social-perception processes. *Journal of personality and social psychology, 35*(7), 485.

Rotunda, R. J., O'Farrell, T. J., Murphy, M., & Babey, S. H. (2008). Behavioral couples therapy for comorbid substance use disorders and combat-related posttraumatic stress disorder among male veterans: An initial evaluation. *Addictive behaviors, 33*(1), 180-187.

Schmidt, U., & Asen, E. (2005). Does multi-family day treatment hit the spot that other treatments cannot reach. *Journal of Family therapy, 27*(2), 101-103.

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.

Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, V. (2003). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year

follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical human sciences and services*, 5(3), 163-182.

Seikkula, J. & Arnkil, T. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac.

Seikkula, J. (2019). Psychosis is not illness but a survival strategy in severe stress: a proposal for an addition to a phenomenological point of view. *Psychopathology*, 52(2), 143-150.

Seikkula, J., & Olson, M. (2016). Therapists' responses for enhancing change through dialogue: dialogical investigations of change. *Research perspectives in couple therapy: Discursive qualitative methods*, 47-69.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy research*, 16(02), 214-228.

Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3(3), 192-204.

Simon Robertson Stuart, Louise Tansey & Ethel Quayle (2017) What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature, *Journal of Mental Health*, 26:3, 291-304.

Stott, A., & Priest, H. (2018). Narratives of recovery in people with coexisting mental health and alcohol misuse difficulties. *Advances in Dual Diagnosis*, 11(1), 16-29.

Thornicroft, G., Rose, D. and Mehta, N. (2010) Discrimination against People with Mental Illness: What Can Psychiatrists Do? *Advances in Psychiatric Treatment*, 16, 53-59.

Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., & Davidson, L. (2006). Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *Archives of Andrology*, 9(1), 17-37.

Turner, J. C., & Oakes, P. J. (1986). The significance of the social identity concept for social psychology with reference to individualism, interactionism and social influence. *British Journal of Social Psychology*, 25(3), 237-252.

Warner, Richard. July (2009) Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current Opinion in Psychiatry* 22(4): 374-380.

Weston S, Honor S, Best D. (2018) A Tale of Two Towns: A Comparative Study Exploring the Possibilities and Pitfalls of Social Capital among People Seeking Recovery from Substance Misuse. *Subst Use Misuse*. Feb 23;53(3):490-500.

## **SITOGRAFIA**

The Substance Abuse and Mental Health Services Administration, tratto da: <https://www.samhsa.gov/>

